



說明：

- 請在向DFS提出投訴之前，先向相關保險公司、機構或個人提出投訴。
- 填寫本表格。盡可能詳細地填寫。以黑色墨水清晰整潔地列印。
- 隨附或附加有關您交易的所有相關檔的副本。不要發來原件！

您的信息

姓名：

街道地址：

城市、州和郵編：

電話號碼：

電子郵寄地址：

代表：如果您代他人提交材料，請提供您的姓名、企業名稱、位址、電話、電子郵寄地址和您與所代表提交材料人士的關係。

您所投訴的保險公司、機構或個人的資訊

企業名稱或個人姓名：

街道地址：

城市/鎮：

電話號碼：

與本投訴相關的保單或帳號（如有）：

您的投訴信息

哪種產品可最好地描述您的投訴：（保險、銀行、按揭、助學貸款、支票兌現等）（在第2頁所示區域添加您交易或投訴的更多詳情）：

帳號/保單號/索賠號：

損失、服務或交易的日期：

大約涉及的金額（如有）：美元

您尋求什麼救濟或解決方案？

如此事宜有關保險，您的保單是否被撤銷？ 是：否：

您是否有向公司投訴？

如為是，您向保險公司或機構投訴的日期：

投訴的方式（電話、郵件、當面等）：

聯繫/答覆的人士：

答覆日期：

公司答覆：

關於投訴的更多資訊

此事宜是否由其他機構或律師提交（圈選一項）：是 否

如為是，律師的姓名和地址：

是否在準備訴訟？（圈選一項）：是 否

請於此處描述投訴的詳情（或隨附描述投訴的函件）：

為解決您的投訴，我們可能將本表的副本發送至您所投訴的人士或企業。

請在下方簽字之前閱讀以下內容：提出本投訴，即表明本人瞭解金融服務部並非本人的私人律師，而是代表公眾執行旨在保護公眾免責誤導或不法商業行為的法律。本人還瞭解，如本人有任何關於本人合法權利

或責任的問題，本人應當聯繫私人律師。本人對於轉送至本投訴所針對之機構或人士的本投訴之內容沒有異議。就本人所知，上述投訴是真實準確的。

簽字：_____日期：_____

附加或隨附與您的投訴相關的任何檔的副本（合同、帳單、撤銷的支票、往來函件等）。不要發送原件。

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF FINANCIAL SERVICES
1 STATE STREET, NEW YORK, NY 10004 | 1 COMMERCE PLAZA, ALBANY, NY 12257 | WWW.DFS.NY.GOV
PH. 800-342-3736 | FAX. 212-480-6282