



# Gobierno del Distrito de Columbia

## Departamento de Seguros, Valores y Banca



### Formulario de reclamaciones del consumidor

#### El papel del Departamento de Seguros, Valores y Banca (DISB, por sus siglas en inglés)

Como parte de su responsabilidad de supervisión, el Departamento de Seguros, Valores y Banca (DISB) investiga quejas interpuestas contra las instituciones financieras a las que concedemos licencias y regulamos. El Comisionado está facultado para tomar medidas administrativas si se infringen las leyes o reglamentaciones administradas por el DISB. Cuando resulte apropiado, el DISB remitirá los casos a las autoridades correspondientes para una investigación más exhaustiva o acciones penales. Como agencia administrativa, la autoridad del DISB se limita al cumplimiento de las leyes y reglamentaciones. No obstante, el DISB investigará a fondo su reclamación y hará todos los esfuerzos necesarios para alcanzar una resolución satisfactoria. Si las circunstancias de su reclamación exigieran tomar medidas legales, le aconsejamos que consulte a un abogado.

#### Lista de instituciones financieras reguladas

El DISB regula las siguientes instituciones financieras:

- **Industria de seguros:** compañías de seguros; agentes de seguro (productores); organizaciones para el cuidado de la salud (HMO, por sus siglas en inglés); comunidades de jubilación de cuidado continuo; compañías de seguro cautivas; y grupos de retención de riesgo.
- **Industria de activos:** asesores de inversión y sus representantes; operadores por cuenta propia/ajena y sus agentes; emisores de activos financieros y agentes de emisores.
- **Industria de la banca, del Distrito y estatal:** bancos comerciales; prestamistas y agentes hipotecarios; pagadores de cheques; transmisores de dinero; entidades financieras de ventas a los consumidores y vehículos a motor; prestamistas; organizaciones de servicio de crédito a los consumidores; y servicios de préstamos estudiantiles.

#### **Directrices para completar este formulario**

Le rogamos que se tome el tiempo que necesite para leer estas directrices porque su cumplimiento nos permitirá brindarle una mejor atención.

- Complete el formulario de reclamación del consumidor proporcionando tantos datos como sea posible.
- Adjunte la documentación complementaria.
- **Firme** el formulario de reclamación del consumidor una vez que lo haya completado.
- Conserve una copia, incluyendo cualquier documentación original, para sus archivos.
- Envíe el formulario por correo postal, fax, correo electrónico o mediante entrega en mano a la siguiente dirección:

District of Columbia Department of Insurance, Securities and Banking  
1050 First St., NE, Suite 801  
Washington, DC 20002  
Fax: (202) 354-1085  
Correo electrónico: [disbcomplaints@dc.gov](mailto:disbcomplaints@dc.gov)

DISB acusará recibo de su reclamación y le informará sobre el investigador asignado para su tramitación. Si no recibe este acuse de recibo en un plazo de 10 días a 2 semanas, comuníquese con el DISB.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la División de Servicios al Cliente del DISB a través de [disbcomplaints@dc.gov](mailto:disbcomplaints@dc.gov).

<b>SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR</b>		
Nombre:	Teléfono durante el día: ( )	
Teléfono por la tarde-noche: ( )	Móvil: ( )	
Mejor hora para llamar:		
Dirección (calle):		Distrito:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico y/o número de fax:		
<b>Solo para fines demográficos: Seleccione su rango de edad a continuación.</b>		
Menos de 25 <input type="checkbox"/> 25 - 49 <input type="checkbox"/> 50 - 64 <input type="checkbox"/> Más de 65 <input type="checkbox"/>		
<b>SECCIÓN II – INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS, SOCIEDAD DE VALORES, BANCO U OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS FINANCIEROS</b>		
Nombre de la compañía:		
Dirección (calle):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono, fax o dirección de correo electrónico:		
<b>Tipo de producto en cuestión: Marque las casillas apropiadas a continuación.</b>		
<input type="checkbox"/> Seguros <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Inversión</span> <input type="checkbox"/> Cuenta corriente/de ahorros <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Préstamo</span> <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____		
<b>Tipo de problema: Marque las casillas apropiadas a continuación.</b>		
<input type="checkbox"/> Denegación/Disputa/Retraso en la reclamación <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Reembolso adeudado</span> <input type="checkbox"/> Declaración falsa por parte de la empresa o empleado <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Pago no abonado</span> <input type="checkbox"/> Actividad sin licencia <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Transacción no apropiada</span> <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
N.º de cuenta o póliza:		
¿A cuánto asciende el importe en disputa?		

### SECCIÓN III – NATURALEZA DEL PROBLEMA

Describa, proporcionando tanta información como sea posible, los acontecimientos en el orden en el que se produjeron, incluya fechas específicas, nombres de las personas involucradas y las acciones de la institución financiera a las que se opuso. Incluya COPIAS de la correspondencia o de la documentación complementaria que pueda ser útil, incluidas las reclamaciones interpuestas ante las instituciones financieras u otros reguladores o agencias gubernamentales. **NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES O LA ÚNICA COPIA QUE TENGA DE CUALQUIER DOCUMENTO.** Conserve una copia de esta reclamación para sus propios archivos. *(Si necesita más espacio, adjunte una hoja suelta.)*

Si ha intentado solucionar su reclamación directamente con la institución financiera, proporcione la información a continuación. De lo contrario, continúe con la siguiente pregunta.

Nombre de la persona o personas con las que se puso en contacto:

Fecha o fechas en las que se puso en contacto con ellas:

Puesto de la persona o personas con las que se puso en contacto:

Teléfono o correo electrónico de la persona o personas con las que se puso en contacto:

Respuesta de la institución financiera: *(Si necesita más espacio, adjunte una hoja suelta o una copia si lo hace por escrito.)*

¿Se ha puesto en contacto con cualquier otro regulador de servicios financieros, como por ejemplo reguladores de otros estados, la Comisión de la Bolsa de Valores de los Estados Unidos, la Autoridad Reguladora de la Industria Financiera, la Oficina del Contralor de la Moneda, etc. o ha tomado alguna medida, incluyendo la mediación? Si la respuesta es sí, describa sus contactos.

### SECCIÓN IV – RESOLUCIÓN

¿Cómo le gustaría que se solucionara esta reclamación?

### SECCIÓN V – FRAUDE FINANCIERO

Si cree que se ha producido un fraude financiero o una actividad criminal, marque esta casilla  e indique por qué cree que se trata de una acción fraudulenta.

### DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

La información solicitada en este formulario se utilizará para investigar y responder a su reclamación. En nuestro esfuerzo por solucionar su problema, esta información podrá divulgarse fuera del ámbito de la agencia a la institución financiera objeto de su reclamación; a cualquier tercero involucrado; a la agencia local, estatal o federal con autoridad de supervisión de la institución supervisora objeto de la reclamación; a las fuerzas del orden locales, estatales o federales si se descubre que se ha producido una infracción o posible infracción de la ley; o a una oficina legislativa en respuesta a cualquier consulta realizada a petición suya.

### EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES

Deseo presentar una reclamación contra la institución financiera nombrada en este formulario de reclamación, en el entendimiento de que el DISB podrá llevar a cabo una investigación en mi nombre. No obstante, comprendo que el DISB no tiene la autoridad necesaria para actuar como mi representante en el asunto objeto de esta reclamación. Entiendo que completar este formulario es voluntario, pero no proporcionar la información solicitada y/o no firmar este formulario podría retrasar o impedir la investigación de mi reclamación. Entiendo que, como parte de la investigación del DISB en mi nombre, podrá remitirse una copia de este formulario a la institución financiera objeto de su reclamación o a otros terceros a los que se hace referencia en la Declaración de Privacidad más arriba.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**(Firma obligatoria. Las reclamaciones que no estén firmadas se devolverán y no se procesarán.)**