



Departamento de Seguros, Valores
y Banca del Distrito de Columbia

Solicite ayuda para tratar con una institución financiera

El Gobierno del DC puede asignar un investigador para ayudar a los residentes del Distrito.

¿Cómo puede ayudar el gobierno del DC?

¿Tiene inquietudes acerca de su compañía de seguros, prestamista hipotecario o asesor de inversiones? ¿Está intentado entender cómo pagar sus préstamos estudiantiles? **Los investigadores y asesores del Departamento de Seguros, Valores y Banca (DISB, por sus siglas en inglés) del DC pueden ayudarle.** El DISB otorga licencias y regula las compañías de servicios financieros y los profesionales que operan en el DC. Esto significa que el DISB puede ayudarlo cuando tenga inquietudes o quejas sobre las siguientes compañías o productos para determinar si se han quebrantado leyes o reglamentos del DC:

- Bancos (cuentas, préstamos, etc.)
- Compañías de seguros (hogar, automóvil, inquilinos, etc.)
- Entidades administradoras de préstamos estudiantiles (privadas o federales)
- Prestamistas y administradores de servicios hipotecarios
- Servicios de transferencia de dinero
- Pagadores de cheques
- Contratos de servicios (garantías de hogar y auto, etc.)
- Asesores y representantes de inversiones
- Compañías gestoras de tasaciones
- Profesionales asociados a estas entidades

Reconocemos que este puede ser un momento difícil. **Revisaremos minuciosamente su problema y trabajaremos con usted para identificar si existe una solución que funcione tanto para usted como para la institución.** Si su problema requiere una investigación más a fondo o enjuiciamiento penal, el DISB remitirá el asunto a las autoridades correspondientes. Tenga en cuenta que el DISB no tiene la autoridad legal para representarlo y no puede ofrecer asesoramiento legal. En caso de que una acción legal sea necesaria, es posible que deba consultar a un abogado.

Cuéntenos acerca de usted.

| | | | | | |
|---|--|--|-----------------|------------------|----------------|
| Nombre completo: | | Teléfono: | | Distrito del DC: | |
| Dirección: | | Unidad: | Ciudad, Estado: | | Código postal: |
| Correo electrónico: | | Género: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> No binarie | | | |
| ¿Es hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Edad: <input type="checkbox"/> 18-25 <input type="checkbox"/> 26-35 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 46-64 <input type="checkbox"/> Más de 65 | | | |
| Raza: <i>marque todas las que correspondan</i> | | <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| ¿Es elegible para declarar el estatus de veterano o militar? | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Servicio activo/reserva <input type="checkbox"/> Desplegado | | | |
| Ingreso familiar anual combinado: | | <input type="checkbox"/> Menos de \$15.000 <input type="checkbox"/> \$35.000 - \$49.999 <input type="checkbox"/> \$100.000 - \$149.999 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> \$15.000 - \$24.999 <input type="checkbox"/> \$50.000 - \$74.999 <input type="checkbox"/> \$150.000 - \$199.999 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> \$25.000 - \$34.999 <input type="checkbox"/> \$75.000 - \$99.999 <input type="checkbox"/> Más de \$ 200,000 | | | |

Cuéntenos sobre el problema. *Marque todo lo que corresponda*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mi reclamo fue denegado/retrasado/disputado. | La compañía tomó medidas en mi nombre sin autorización. |
| <input type="checkbox"/> Me deben un reembolso que no he recibido. | La compañía practica sin licencia. |
| <input type="checkbox"/> Mi pago no fue acreditado a mi cuenta. | La compañía no cumplió con sus obligaciones. |
| Tengo un problema con mi préstamo estudiantil. | Otro: |

Si tiene problemas con un préstamo estudiantil, cuéntenos más.

¿Cuáles son los nombres del administrador del préstamo y de los colegios/universidades/escuelas de comercio a las que asistía cuando se emitió el préstamo? Esta información ayuda al DISB a identificar cualquier patrón de prácticas fraudulentas y respalda nuestros esfuerzos para resolver su solicitud.

(opcional) ¿Cuándo se graduó/planea graduarse de la escuela secundaria o de un programa de equivalencia?

¿Cuál es el monto de la deuda actual de su préstamo estudiantil?

Cuéntenos sobre la compañía con la cual le gustaría recibir ayuda.

| | | | |
|---|--|--|---------------------------------|
| Nombre de la compañía: | | Su # de cuenta/póliza: | |
| <i>(opcional)</i> Dirección: | | Ciudad: | Estado: Código postal: |
| ¿Qué producto tiene de la compañía? <i>Marque todo lo que corresponda</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Cuenta corriente/ahorros | <input type="checkbox"/> Préstamo estudiantil | <input type="checkbox"/> Préstamo (no estudiantil) | <input type="checkbox"/> Seguro |
| <input type="checkbox"/> Inversión | <input type="checkbox"/> Contrato de servicios | <input type="checkbox"/> Otro: | |
| <i>(opcional)</i> Si se comunicó con la compañía y tiene la información de contacto de la persona con la que habló, indíquela a continuación. | | | |
| Nombre: | | Título: | Teléfono: |
| Correo electrónico: | | Fecha(s) de contacto: | |

Si hay otra compañía involucrada en esta disputa, cuéntenos sobre ella. *Omita si no aplica.*

| | | | |
|---|--|--|---------------------------------|
| Nombre de la compañía: | | Su # de cuenta/póliza: | |
| Dirección: | | Ciudad: | Estado: Código postal: |
| ¿Qué producto tiene de la compañía? <i>Marque todo lo que corresponda</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Corriente/ahorro | <input type="checkbox"/> Préstamo estudiantil | <input type="checkbox"/> Préstamo (no estudiantil) | <input type="checkbox"/> Seguro |
| <input type="checkbox"/> Inversión | <input type="checkbox"/> Contrato de servicios | <input type="checkbox"/> Otro: | |
| <i>(opcional)</i> Si se comunicó con la compañía y tiene la información de contacto de la persona con la que habló, indíquela a continuación. | | | |
| Nombre: | | Título: | Teléfono: |
| Correo electrónico: | | Fecha(s) de contacto: | |

En sus propias palabras, describa el problema y cualquier respuesta de la compañía.

Por favor, explique el problema en su totalidad. Es importante incluir todos los detalles sobre la situación. Sea específico al referirse a nombres, fechas o documentos. Indique si alguna parte de la transacción ocurrió fuera del Distrito de Columbia. **Recuerde que siempre es mejor incluir información de más que de menos.** De ser necesario, puede adjuntar otra página. También lo alentamos a que adjunte copias de cartas, facturas, contratos, correos electrónicos u otros documentos relevantes. **No envíe originales ni su única copia de ningún documento.** Las instrucciones sobre cómo enviar documentos se proporcionan en la siguiente página.

¿Cómo le gustaría que se resolviera este problema? *Por ejemplo, me gustaría recibir un reembolso de \$X o me gustaría restablecer mi póliza.*

Si cree que un fraude financiero o una actividad delictiva ha transcurrido, díganos por qué cree que se ha presentado dicha conducta.

Además del Gobierno del DC, puede haber otras entidades gubernamentales o privadas que puedan ayudarlo con su solicitud. **¿Ha contactado a alguno de ellos?** Algunos ejemplos de estas otras entidades incluyen la Comisión de Bolsa y Valores de EE. UU., la Oficina del Contralor de la Moneda, la Autoridad Reguladora de la Industria Financiera, el Departamento de Educación de EE. UU., la Oficina de Protección Financiera del Consumidor o su escuela anterior en el caso de un préstamo estudiantil.

No Sí. Describa su interacción a continuación:

Lea y firme las siguientes declaraciones.

Declaración de privacidad: Entiendo que la información solicitada en este formulario se utilizará para investigar y responder a mi queja. Con el fin de resolver mi problema, la información solicitada puede divulgarse a la institución financiera que es objeto de mi queja; cualquier tercera parte involucrada; otras agencias federales, estatales o locales que tengan autoridad reguladora sobre la institución financiera en cuestión; autoridades policiales federales, estatales o locales o funcionarios electos del Distrito o del Congreso si la queja se presentó inicial o posteriormente ante dicha oficina.

Descargo de responsabilidad: Deseo presentar una queja y/o plantear una pregunta sobre la institución financiera nombrada en este formulario con el entendimiento de que el DISB puede realizar una investigación en mi nombre. Sin embargo, entiendo que el DISB no tiene la autoridad para actuar y no puede actuar como mi representante legal en relación con esta queja. Entiendo que mi envío de este formulario es voluntario y que no proporcionar la información solicitada y/o no firmar este formulario puede retrasar o impedir la investigación de mi queja. Entiendo que, como parte de la investigación del DISB, se puede enviar una copia de este formulario a la institución financiera que es objeto de la queja o a terceras partes, como se menciona anteriormente en la Declaración de privacidad. Entiendo que el proceso de quejas del DISB no está diseñado para replicar los recursos disponibles en un tribunal de justicia.

Descargo de responsabilidad: El Departamento de Seguros, Valores y Banca cumple con todas las leyes federales y estatales aplicables con respecto a la discriminación. El Comisionado no basa las conclusiones relativas a las quejas en la edad, ascendencia, color, identidad y expresión de género, estado civil, raza o cualquier otra categoría protegida de una persona. Con el fin de determinar las tendencias con respecto a los datos de quejas, le pedimos que provea voluntariamente la información demográfica solicitada. La información demográfica no se compartirá con la persona o entidad objeto de su queja.

Autorización: Autorizo que el Departamento de Seguros, Valores y Banca del DC se comunice con la institución financiera involucrada en mi nombre y acceda a cualquier información relevante que ayude a investigar mi queja.

Firma: _____

Fecha: _____

Adjunte los documentos justificativos y sométalos.

| En línea | Correo electrónico | Correo |
|--|--|---|
| Utilice nuestro portal en línea para responder a las preguntas de este formulario, cargar archivos adjuntos y someterla. | Complete este formulario, adjunte sus documentos justificativos a su correo electrónico y envíelo a disbcomplaints@dc.gov . | Complete este formulario y envíelo por correo junto con fotocopias de sus documentos a: Department of Insurance, Securities and Banking 1050 First St. NE, Suite 801 Washington, DC 20002 |

¿Qué sigue?

El DISB reconoce que este puede ser un momento difícil para usted. Su solicitud se asignará a un investigador o asesor de nuestro equipo. Dentro de 3 días laborales posteriores a la asignación de su caso, el DISB le enviará una carta de acuse de recibo con el nombre y la información de contacto del miembro del equipo asignado a su asunto.

Por lo general, su solicitud se resolverá dentro de 45 días, aunque algunas solicitudes pueden tardar más. Durante ese tiempo, es posible que nos comuniquemos con usted para hacerle preguntas adicionales o solicitar más información. El DISB hará todo lo posible para resolver su problema. Cuando se resuelva su solicitud, recibirá una carta de cierre que documente el resultado.

