

Departamento Bancario de Texas
(Texas Department of Banking)
2601 N. Lamar Boulevard
Austin, Texas 78705-4294
877-276-5554 (llamada gratuita)
FAX 512-475-1288

Comisión de Servicios Fúnebres de Texas
(Texas Funeral Service Commission)
P. O. Box 12217
Austin, Texas 78711
888-667-4881 (llamada gratuita)
FAX 512-479-5064

Protección al Cliente del
Departamento de Seguros de Texas
(Texas Department of Insurance
Consumer Protection) (111-1A)
P.O. Box 149091
Austin, Texas 78714-99091
800-252-3439 (llamada gratuita)
FAX 512-475-1771

Formulario para Quejas del Consumidor

Las tres agencias mencionadas anteriormente tienen jurisdicción sobre diversos sectores de la industria fúnebre. El Departamento Bancario de Texas regula la industria fúnebre prepagada y los cementerios de cuidados perpetuos. La Comisión de Servicios Fúnebres de Texas regula y otorga las licencias a las funerarias, los directores de funeraria y los embalsamadores. El Departamento de Seguros de Texas regula los seguros y los contratos de anualidades que proveen fondos para los contratos fúnebres prepagados. Por favor dirija su queja a la agencia que regula el sector de la industria que corresponde a su queja. Todas las agencias reenviarán, cuando corresponda, copias de las quejas a las demás agencias que están involucradas en la regulación de la industria de cuidados fúnebres. Por favor brinde la mayor cantidad posible de la información solicitada. La información no debe necesariamente estar escrita a máquina y puede agregar más hojas si es necesario.

También debe adjuntar a su queja copias de fotografías, cartas, contratos u otros documentos pertinentes.

Por favor escriba con letra legible.

Su nombre	Su domicilio	
Teléfono particular	Ciudad	
Teléfono de su trabajo	Estado	Código postal

Compañía que es objeto de la queja (Nombre de la Compañía)	Domicilio comercial	
Teléfono comercial	Ciudad	
Persona que lo atendió	Estado	Código postal

1. Fecha de la transacción con problema: _____

2. Por favor describa su queja en detalle (Adjunte más hojas si es necesario)

3. ¿Le ha planteado su queja a la compañía? SÍ/NO. En caso afirmativo, ¿Cuándo? _____

¿Qué respuesta que le dieron? _____

4. ¿Ha presentado su queja ante alguna otra agencia estatal o agencia de cumplimiento de la ley, o ha consultado con un abogado? SÍ/NO En caso afirmativo, ¿Qué agencia o abogado? _____

¿Qué medidas tomó la agencia o abogado? _____

5. Por favor enumere los nombres, domicilios y números telefónicos de los testigos del (de los) hecho(s) alegados:

Doy fe que, a mi leal saber y entender, las declaraciones precedentes son verdaderas y correctas.

Firma	Fecha
-------	-------

SÓLO PARA USO DE OFICIA (FOR OFFICE USE ONLY):

Date Received:	Case #:	Assigned To:
Date Resolved:	Referral Date:	Referral Agency:
Ref. Agency Contact:	Dual Jurisdiction: YES / NO	Date Referral Resolved: