



## Aplicación de Reporte del Consumidor

Si la información en un Reporte del Consumidor proporcionado a una compañía de seguros o empleador a través de iiX ha sido un factor en contra de recibir un seguro o un trabajo, iiX le proporcionará una copia del reporte. Para procesar su pedido, escriba legiblemente y llene todas las secciones de la aplicación.

### INFORMACIÓN DE CONSUMIDOR

#### NOMBRE COMPLETO:

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Estatus - Sr  
Sra. Dr.

#### NOMBRES ALTERNATIVOS/ ANTERIORES:

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Estatus - Sr  
Sra. Dr.

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Estatus - Sr  
Sra. Dr.

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ NUMERO DE LICENCIA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM / DD / AAAA Estado # de licencia de conducir

Número Del Social Security (Últimos cinco números): \_\_\_\_\_

#### Nombre de Compañía o Empleador Ordenando Seguro

### DOMICILIO

ACTUAL: Número \_\_\_\_\_ Nombre de calle \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

ANTES: Número \_\_\_\_\_ Nombre de calle \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario de solicitud, reconozco que soy la persona nombrada en este formulario de divulgación. Recientemente se ha tomado una acción adversa contra mí como resultado del informe del consumidor mencionado anteriormente. Por la presente solicito una copia de dicho informe.

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

Envíe por correo la aplicación completado y firmado, junto con prueba de identidad y comprobante de dirección postal, para:

iiX (Attn: Compliance Dept)  
1574 Crescent Pointe Pkwy  
College Station, TX 77845

OR

Fax form to: 201-748-1019  
Email form to: iix-fcra@verisk.com  
Attn: Compliance Dept

Enviaremos una respuesta en días 30.