



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.