



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 _____ Estadud - Sr Sra Dr

NOMBRES ALTERNATIVOS/ ANTERIORES:

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ Estadud - Sr Sra Dr

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ Estadud - Sr Sra Dr

FECHA DE

NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ NUMERO DE LICENCIA: ____ / ____
MM / DD / AAAA Estado # de licencia de conducir

Número Del Social Security (Últimos cinco numeros): _____

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 aplicación, verifico que yo soy la misma persona el el Reporte del Consumidor que esta pidiendo una copia. Recientemente me han dado una medida adversa como resultado de la informacion del Reporte del Comnsumidor. Por la presente pido una copia del report.

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
Attn: Compliance Dept

Enviaremos una respuesta en días 30.