



Envia a: Life and Health Division
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
Formulario de Queja o Recurso de Apelación por
Seguro de Vida y Seguro de Salud
www.scc.virginia.gov/boi
1-877-310-6560
Número de fax 804-371-9944

Puedes llamar a la Oficina de Seguros por información general y asistencia. Si querías presentar una demanda contra una agencia de seguros o solicitar asistencia para apelación de negación, rellena este formulario. Es posible que la Oficina de Seguros se pida por más información, dependiente de su tipo de problema.

Estoy presentando (marque uno):

Una demanda contra una agencia de seguros o un agente de seguros O

Una petición por asistencia para entablar recurso de apelación contra una decisión de un El Plan de Atención Médica Administrada de Seguros (MCHIP)

Tipo de Seguro:

- Medigap Cuidado a Large Plazo Incapacidad Vida Pensión vitalicia Crédito Dental
 Salud MCHIP: (HMO organización de mantenimiento de la salud)
(PPO organización de proveedores preferidos)

Llena el formulario siguiente sobre la persona que necesita ayuda:

Nombre: _____ Edad: _____

Dirección:

_____ Postal

_____ Ciudad

_____ Estado

_____ Código postal

Número telefónico.: (_____) _____ (_____) _____ (_____) _____
Habitual Trabajo Móvil

Dirección de correo electrónico: _____

Llena esta sección si usted no es el asegurado y usted está haciendo una petición de ayuda por el asegurado. Tenga en cuenta que el asegurado necesitará firmar este formulario. La Oficina de Seguros no puede darle ayuda si no hay la firma del asegurado.

Nombre y Relación al asegurado: _____

Dirección:

_____ Postal

_____ Ciudad

_____ Estado

_____ Código postal

Número telefónico: (_____) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del: agencia de seguros o agente de seguros

Dirección:

Postal

Ciudad

Estado

Código postal

Póliza de seguros Certificado de seguros Número de Identificación: _____

Fuentes de Cobertura de Seguro:

Seguro de grupo _____ Seguro individual
(nombre de patrono o de grupo)

Describe las problemas están implicadas en su queja o su apelación. Si necesario, adjunta un papel separado. También, si es aplicable, adjunta una correspondencia de su asegurador.

Estoy adjuntando copias de todas correspondencias o otros papeles relacionando a este problema que ayudar la evaluación de mi queja/apelación. Me comprendo y convengo en que es posible que la Oficina de Seguros envíen una copia de este formulario y alguna o toda información adjunta al agencia de seguros, el agente de seguro, otras entidades reglamentadas, o agencias federal/estatal apropiadas. También, permiso que la compañía de seguros saludes revelar todos archivos médicos que están relacionados a esta queja/apelación a la Oficina de Seguros. Permiso que la Oficina de Seguros revelar todos archivos médicos que están relacionados a esta queja/apelación a la compañía de seguros saludes. La firma de mi nombre significa que autorizo a la Oficina de Seguros obtener alguna información necesaria para evaluar mi queja/apelación.

Nombre (escribir con claridad): _____

Firma: _____

Firma del asegurado

(si más viejo que 18 Y si diferente que la otra firma):

Fecha de Hoy: _____

Por preguntas en relación con una queja, puedes llamarse a la Sección de Servicios Consumidores en la Oficina de Seguros al 804-371-9691 o llama la línea gratuita al 1-877-310-6560. Si tienes preguntas sobre presentar una apelación, puedes llamarse la Oficina del Defensor del Pueblo de Cuidado de la Oficina de Seguros al 804-371-9032 o llama la línea gratuita al 1-877-310-6560.