



Formulario de Queja o Recurso de Apelación por Seguro de Vida y Seguro de Salud

Envía a:

State Corporation Commission
Bureau of Insurance
Life and Health Division
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
www.scc.virginia.gov/boi
1-877-310-6560 or TDD 804-371-9206
Fax# 804-371-9944

Para información general y ayuda, usted puede comunicarse con la Oficina de Seguros. Por favor, llene este formulario si usted desea presentar una demanda, o si usted desea solicitar asistencia para apelar un fallo de negociación. Nosotros podremos pedirle más información.

Estoy presentando (marca todos aplicables):

- Una demanda contra una agencia de seguros un agente de seguros/ un corredor de Web
 un Navegador otro asistente
 Una petición para asistencia para entablar un recurso de apelación contra una decisión de El Plan de Seguros de Atención Médica Administrada

Tipos de Cobertura de Seguro:

- Salud (HMO- org. de mantenimiento de salud PPO- org. de proveedores preferidos Otra) Dental
 Cuidado a Largo Plazo Medigap Incapacidad Vida Pensión vitalicia Crédito Otra

¿Si marcó Seguro de HMO, PPO, o Dental, fue su cobertura compró a través del Intercambio, del mercado de seguro de salud o del mercado de pequeñas empresas?

- Sí No Yo no sé

Si la respuesta es sí, ¿tiene un plan que es disponible en varios estados, "multi-state plan"?

- Sí No Yo no sé

Si usted marcó seguro de salud, HMO, o PPO, y tiene cobertura individual o cobertura a través de una pequeña empresa, ¿qué nivel de cobertura tiene?

- Platino Oro Plata Bronce Catastrófica Ninguno de estos Yo no sé

Por favor, proporcione la información sobre la persona asegurada que necesita ayuda:

Nombre: _____ Edad: _____

Dirección: _____
Postal Ciudad Estado Código postal

Número telefónico primero: (_____) _____ Número telefónico secundario: (_____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Llene esta sección si usted NO ES EL(LA) ASEGURADO(A) y usted está solicitando ayuda en representación del asegurado(a). Tenga en cuenta que el asegurado necesitará firmar este formulario. La Oficina de Seguros no puede darle ayuda sin la firma del asegurado.

Nombre/ Relación con la persona asegurada: _____

Dirección: _____
Postal Ciudad Estado Código postal

Número telefónico primero: (_____) _____ Número telefónico secundario: (_____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de asegurador: _____

Número de Póliza Número de Certificado Número de Identificación: _____

Fuentes de Cobertura de Seguro: Seguro de Individual
 Seguro de Grupo _____
(Nombre de patrono o de grupo)

Si su demanda refiere a un agente, un corredor de Web, un Navegador, u otro asistente, proporcione la siguiente información:

Nombre: _____ Organización/ Agencia: _____

Dirección: _____
Postal Ciudad Estado Código postal

Dirección Web de Corredor de Seguros: _____

Describa los problemas relacionados con su reclamo o apelación. Si falta espacio, adjunte un papel separado. Si recibió correspondencia de su asegurador, adjúntela también.

Estoy adjuntando copias de toda la correspondencia u otros documentos que están relacionados con esta situación y que pueden ayudar a la Oficina de Seguros en su evaluación sobre mi queja/apelación. Entiendo y estoy de acuerdo en que la Oficina de Seguros podría enviar una copia de este formulario y algunos o todos los documentos que adjunto a la parte adversa, a otras entidades reguladas, o a la agencia estatal o federal que corresponda. Asimismo, autorizo a la compañía de seguros a revelar todos los registros médicos relacionados con esta queja/apelación a la Oficina de Seguros; también autorizo a la Oficina de Seguros a revelar registros médicos relacionados con esta queja/apelación a la compañía de seguros. Con la firma de este formulario, autorizo a la Oficina de Seguros a obtener cualquier otra información necesaria para evaluar mi queja/apelación.

Firma de la persona que solicita asistencia: _____

Firma del asegurado
(Si es mayor de 18 años y si es diferente a la persona de arriba): _____

Fecha de Hoy: _____

Para preguntas en relación con una queja, usted puede comunicarse con la Sección de Servicios al Consumidor de la Oficina de Seguros al número 804-371-9691, o llamar la línea gratuita al 1-877-310-6560 o llamar a la línea gratuita en Virginia al 1-800-552-7945. Si usted tiene preguntas sobre cómo presentar una apelación, usted puede comunicarse con la Oficina del Defensor del Pueblo de la Oficina de Seguros al número 804-371-9032 o al número de la línea gratuita 1-877-310-6560.