

이 양식을 이용하여 보험사에 대한 불만 사항을 제출하십시오

홈페이지에서 불만 사항을 온라인을 제출하실 수도 있습니다: [www.insurance.wa.gov](http://www.insurance.wa.gov)

여러분을 대신하여 여러분의 권리를 옹호할 수 있도록 최선을 다하겠습니다. 불만 사항이 처리되는 동안, 귀하의 보험 계약 약관에 따라 귀하의 권리를 주장하시려면 계속하셔야 합니다.

\* 는 필수 기재 항목입니다

## 1. 귀하의 연락처

\* 이름: \_\_\_\_\_  
\* 주소: \_\_\_\_\_  
\* 시: \_\_\_\_\_ \* 주: \_\_\_\_\_ \* 우편번호: \_\_\_\_\_  
\* 자택 전화번호: ( ) \_\_\_\_\_ 직장 전화번호: ( ) \_\_\_\_\_  
휴대폰 번호: ( ) \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

## 보험 계약자 정보(\* 상기와 다른 경우 필수 기재)

보험 계약자 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_  
자택 전화번호: ( ) \_\_\_\_\_ 직장 전화번호: ( ) \_\_\_\_\_  
휴대폰 번호: ( ) \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

## 2. 보험 정보

\* 보험사: \_\_\_\_\_  
보험 증권 유형:  그룹  개인  알 수 없음  
보험 증권 번호: \_\_\_\_\_ 청구 번호: \_\_\_\_\_  
손실 발생일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \* 보험 유형:  연금보험  기업 자산  초과  
 장애  건강  주택/콘도/세입자  개인 자동차/오토바이/레저용 차량/기업 차량  생명  
 장기 치료  의료용 보충제  보증/서비스 계약  할인 플랜  신용 생명/장애  
 기타: \_\_\_\_\_  
보험 설계사/손해 사정인 이름: \_\_\_\_\_  
보험사 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_  
전화번호: ( ) \_\_\_\_\_



## 6. \* 보험업자에 의한 의료 정보 공개

저는 본 양식에 기재된 피보험자에 대한 모든 기록 또는 정보를 지닌 보험사, 건강 서비스 계약자, 건강 유지 기관 또는 다중 복지 계약가 이러한 기록 또는 정보를 워싱턴주 보험 감독자 사무소에 제공하는 것에 동의합니다. 이들은 의료 기록 및 청구 파일을 포함한 모든 기록 또는 기타 정보의 사본을 공유할 수 있습니다. 본 불만 사항 양식의 사본 승인은 원본으로 간주되어 유효합니다.

피보험자 또는 대리인 서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

대리인 관계(부모, 후견인, 위임장 등): \_\_\_\_\_

저희의 기밀 유지 방침은 이 곳을 참조하십시오: [www.insurance.wa.gov/complaint-confidentiality-statement](http://www.insurance.wa.gov/complaint-confidentiality-statement)

## 7. 워싱턴주 보험 감독자에 의한 정보 공개

보험 감독자 사무소(OIC)의 보호 아래 모든 미공개 개인 건강 정보는 기밀이며 워싱턴주 공시 법률에 따라 공시 대상이 아닙니다. 그러나 주 법률은 귀하가 아래에서 선택하지 않는 한, OIC가 귀하의 개인 건강/의료 문서 및 정보의 사본을 기타 단체와 기밀로 공유하는 것을 허용합니다. OIC가 정보를 공유할 수도 있는 이러한 단체는 다음을 포함합니다: 국립 보험 감독자 협회 및 그 제휴사 및 자회사, 해당 주 및 기타 주 및 국가 사법 및 법률 집행인, 미국 연방 정부 및 국제 단체. 이러한 단체들은 반드시 귀하의 문서와 정보에 대한 기밀 유지 서약에 동의해야 합니다.

저는 비공개 개인 의료 정보를 상기 설명된 바와 같이 기타 단체에 공개하는 것에 동의하지 않습니다.

## 8. 서류 제출

본 양식을 작성하신 후 증빙 서류(해당되는 경우)를 다음 주소로 우편 또는 팩스를 통해 보내 주십시오:

Washington State Office of the Insurance Commissioner

P.O. Box 40255

Olympia, WA 98504-0255

전화번호: 1-800-562-6900 또는 (360) 725-7080    팩스: (360) 586-2018



보험금 지급 요청이 연기되었거나 거절되었습니까? 보험 증권이 취소되었습니까? 헛갈리는 보험 증권 용어 때문에 어려움을 겪고 계십니까? 저희가 도울 수 있는 문제인지 잘 모르시는 경우, 언제든지 저희에게 전화하십시오. 저희는 매일 보험에 관한 수백가지 질문에 답변해 드립니다. 필요 시, 불만 사항에 대해 회사 측에 연락해 드리기도 합니다. 저희는 여러분의 문제를 검토해 드릴 것이며, 만약 저희가 해결할 수 없는 일이라면 여러분이 도움을 받으실 수 있는 올바른 길로 안내해 드릴 것입니다. 무료 전화 **1-800-562-6900**로 **보험 고객 핫라인에 전화하십시오.**

### 저희가 해드리는 일:

- 여러분의 불만 사항을 보험사로 보내고 해당 조치에 대한 설명을 요청합니다.
- 귀하의 불만 사항을 Washington Healthplanfinder에 보내 문제 해결을 요청합니다.
- 해당 기업의 답변을 검토하여 그 기업이 워싱턴 주 법률 및 귀하의 보험 증권을 따랐는지 여부를 확인합니다.
- 해당 기업이 해당 법률 또는 귀하의 보험 증권을 따르지 않은 경우 문제를 고치라고 합니다.
- 향후 심층 검토가 필요한 경우를 위해 문제의 패턴을 찾아봅니다.
- 여러분의 보험 문제를 해결하기 위해 노력하거나 여러분과 해당 기업이 의사소통할 수 있도록 돕습니다.
- 여러분이 여러분의 보험 증권을 이해할 수 있도록 돕습니다.
- 저희 측에 해결할 법적 권한이 없는 경우 도움 받을 수 있는 다른 곳을 추천해드립니다.

### 저희가 해드릴 수 없는 일:

- 여러분의 변호사로 활동하여 법적 조언을 하거나 손해 사정인이 됩니다.
- 의료적인 판단을 내리거나 추가적인 치료가 필요한 경우 이를 결정합니다.
- 법적 책임 결정을 내리거나 책임 소재를 결정합니다.
- 청구를 둘러싼 사실 관계를 정립합니다(예: 일어난 일에 대해 엇갈린 진술이 있는 경우 누가 진실을 이야기 하는지 또는 누가 어떤 상황을 진술했는지).
- 손실 원인, 청구 가치, 귀하에게 추가로 지불할 금액 또는 귀하의 손해 사정인으로 활동 여부를 결정합니다.
- 저희는 문제 처리를 법률적으로 집행할 수 없습니다.
- 저희 사무소에서 보험사로 규정하는 기업이 아니므로 주 보험 법률을 준수하려면 Washington Healthplanfinder에 요청하십시오.
- 청구, 프리미엄 환불 또는 보험 증권 회복 또는 발행은 회사에 문의하십시오(해당 기업이 법률 및 귀하의 보험 증권을 따른 경우).

저희 홈페이지의 *다른 곳에서 도움 받기를* 참조하십시오: [www.insurance.wa.gov/other-places-go-help/](http://www.insurance.wa.gov/other-places-go-help/)