OFFICE of the
INSURANCE
COMMISSIONER
WASHINGTON STATE

Formulario de queja

Utilice este formulario para presentar una queja sobre una compañía de seguros
También puede presentar una queja en línea en: www.insurance.wa.gov

Haremos nuestro mejor esfuerzo para abogar en su nombre. Mientras tanto, debe continuar ejerciendo sus derechos según los términos de su contrato de seguro.

* Indica un campo obligatorio

1. Su información de contacto

* Nombre: _____

* Dirección: _____

* Ciudad: _____ * Estado: _____ * Código postal: _____

* Teléfono particular: (___) _____ Teléfono laboral: (___) _____

Teléfono móvil: (___) _____ Correo electrónico: _____

Información del titular de la póliza (* si es diferente de la anterior)

Nombre del titular de la póliza: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: (___) _____ Teléfono laboral: (___) _____

Teléfono móvil: (___) _____ Correo electrónico: _____

2. Información del seguro

* Compañía de seguros: _____

Tipo de póliza: ☐ Grupal ☐ Individual ☐ Desconocido

Póliza n.º: _____ Reclamación n.º: _____

Fecha de la pérdida: ____/____/____ * Tipo de seguro: ☐ Anualidad ☐ Propiedad comercial

☐ Dental ☐ Discapacidad ☐ Salud ☐ Hogar/condominio/inquilinos ☐ Vehículo particular/motocicleta/autocaravana/vehículo laboral ☐ Vida ☐ Atención a largo plazo ☐ Complemento médico ☐ Garantía/contrato de servicio

☐ Plan de descuentos ☐ Vida/discapacidad para crédito ☐ Otro: _____

Nombre del agente/perito tasador: _____

Nombre de la compañía: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (___) _____

3. Defina su problema

Marque todas las opciones que correspondan.

☐ Denegación de reclamación ☐ Liquidación insatisfactoria de reclamaciones ☐ Problema de facturación

☐ Incremento de la prima ☐ Demora de reclamación ☐ Negativa a asegurar

☐ Cancelación/no renovación ☐ Tergiversación ☐ Servicio deficiente

☐ Otro: _____

* Incluya una breve explicación del problema. _____

4. Preguntas

¿Qué desea que haga la compañía de seguros? _____

* ¿Adjunta documentos acreditativos? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, no envíe documentos originales, solo copias.

5. Declaración

Al completar mi nombre y la fecha a continuación, declaro que la información contenida en este formulario es verdadera y precisa.

* Nombre: _____ * Fecha: ____/____/____

6. * Divulgación de información médica por parte de las aseguradoras

Autorizo a cualquier compañía de seguros, contratista de servicios de salud, organización de mantenimiento de la salud o acuerdo de bienestar entre múltiples empresas que tengan algún registro o conocimiento del asegurado cuyo nombre figura en este formulario, a proporcionar dicha información a la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington. Podrán compartir copias de cualquier registro u otra información, incluidos los registros médicos y expedientes de reclamaciones. Las fotocopias de la autorización del presente formulario tendrán la misma validez que el original.

Firma del asegurado o su representante: _____

Fecha: ___/___/_____

Naturaleza de la representación (padre, madre, tutor, poder notarial, etc.)**:** _____

Para leer nuestra declaración de confidencialidad, vaya a: www.insurance.wa.gov/complaint-confidentiality-statement

7. Divulgación de información por parte de la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington

Toda la información de salud personal no pública que se encuentre bajo la custodia de la Oficina del Comisionado de Seguros (Office of the Insurance Commissioner, OIC) del Estado de Washington es confidencial y no está sujeta a divulgación pública al amparo de las leyes de divulgación pública del Estado de Washington. **Sin embargo, la ley estatal permite que la OIC comparta de manera confidencial copias de sus documentos e información médica y de salud personal con otras entidades, a menos que indique lo contrario a continuación.** Las entidades con las que la OIC puede compartir la información mencionada incluyen: la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros y sus afiliadas y subsidiarias, funcionarios de entidades reglamentarias y del orden público de este estado y de otros estados y naciones, el gobierno federal de los Estados Unidos y las autoridades internacionales. Estas entidades deben comprometerse a mantener la confidencialidad de sus documentos e información.

☐ No autorizo la divulgación de información de salud personal no pública a otras entidades como se describe anteriormente.

8. Enviar documentos

Una vez que haya completado este formulario, envíelo por correo o por fax junto con todos los documentos acreditativos (si los hubiera) a la siguiente dirección:

Washington State Office of the Insurance Commissioner
P.O. Box 40255
Olympia, WA 98504-0255
Teléfono: 1-800-562-6900 o (360) 725-7080 Fax: (360) 586-2018

OFFICE of the
INSURANCE
COMMISSIONER
WASHINGTON STATE

Lo que necesita saber antes de presentar una queja

¿Reclamaciones retrasadas o denegadas? ¿Pólizas canceladas? ¿Desconcertado por la redacción confusa de la póliza? Si no está seguro de si podemos ayudarlo, siempre es una buena idea llamarnos. Cada día, contestamos cientos de preguntas relacionadas con su seguro. Cuando es necesario, también contactamos a las compañías por las quejas. Revisaremos sus problemas y, si no podemos ayudarlo, lo orientaremos en la dirección correcta para que pueda obtener más ayuda. Llame a nuestra línea directa gratuita del Consumidor de Seguros al **1-800-562-6900.**

Lo que podemos hacer:

- Enviar su queja a la compañía de seguros y pedirles que proporcionen una explicación de su accionar.
- Enviar su queja a Washington Healthplanfinder y pedirles que resuelvan sus inquietudes.
- Revisar la respuesta de la compañía para asegurarnos de que cumplieron con las leyes del estado de Washington y con las disposiciones de su póliza.
- Ordenarle a la compañía que solucione el problema si no cumplieron con las leyes o con las disposiciones de su póliza.
- Tratar de encontrar patrones de problemas que puedan necesitar una revisión adicional.
- Tratar de ayudar a solucionar su problema de seguro o de mediar entre usted y la compañía para que puedan comunicarse entre sí.
- Ayudarle a entender su póliza de seguro.
- Recomendar lugares a los que puede acudir para obtener ayuda si no estamos legalmente facultados para resolverlo.

Lo que no podemos hacer:

- Actuar como su abogado, brindarle asesoría legal ni desempeñarnos como su perito tasador de reclamaciones.
- Emitir juicios médicos ni determinar si es necesario un tratamiento adicional.
- Tomar decisiones de responsabilidad ni determinar quién tiene la culpa.
- Establecer los hechos en torno a una reclamación (por ejemplo: quién está diciendo la verdad cuando hay diferentes relatos de lo que sucedió o quién dijo qué).
- Determinar la causa de la pérdida, el valor de una reclamación ni la cantidad que se le adeuda, ni desempeñarnos como su perito tasador.
- Dar respuesta a problemas cuyo cumplimiento no estemos legalmente facultados a exigir.
- Exigirle a Washington Healthplanfinder que cumpla con las leyes estatales de seguros, ya que no es una compañía de seguros regulada por nuestra oficina.
- Ordenarle a una compañía que pague una reclamación, reembolse una prima o restablezca o emita una póliza (si cumplieron con la ley y con las disposiciones de su póliza).

Consulte la sección *Other places to go for help (Otros lugares a los que puede acudir para obtener ayuda) de nuestra página web* en: www.insurance.wa.gov/complaints-appeals-fraud/complaints/other-places-go-help