STATE OF CALIFORNIA Dave Jones, *Comisionado De Seguros*

DEPARTMENT OF INSURANCE
CONSUMER SERVICES AND MARKET CONDUCT BRANCH
CONSUMER SERVICES DIVISION
300 SOUTH SPRING STREET, SOUTH TOWER
LOS ANGELES, CA 90013
www.insurance.ca.gov
CSD-002
Rev. 2/11/2015

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SALUD

Nombre_____ Teléfono Durante el Día: ( ) _____

Dirección _____ Teléfono Alternativo: ( ) _____

Ciudad/Zona Postal _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____ Género del Asegurado: Hombre ☐ Mujer ☐

==========

Nombre del asegurado si es diferente a su nombre: _____

Tipo de seguro: Salud ☐ Dental/Visión ☐ Suplementario de Medicare ☐ Otro ☐_____

Idioma principal que se habla en su casa: _____

Para garantizar que todos los Californianos tengan acceso a un seguro médico, por favor identifique su raza / etnicidad*:* _____

El nombre completo de la compañía aseguradora: _____

Numero de la póliza: _____ Numero de reclamo: _____

Fechas de los servicios médicos (si es aplicable) _____

Agente (si es aplicable) _____ Numero de licencia de Agente _____

El Numero de teléfono del Agente: _____ *Dirección de correo electrónico del Agente*: _____

Dirección del Agente _____ *Ciudad/ Estado*_____/ _____ *Zona Postal* _____

¿Se ha comunicado con la compañía o el agente? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es si, por favor de proveer la fecha(s) y el nombre de la persona(s) comunicada

_____

¿Ha reportado esto a alguna otra oficina del gobierno? Si ☐ No ☐

El nombre de la Agencia: _____

Fecha de notificación: _____ *Número de archivo*_____

¿Ha escrito anteriormente al Departamento de Seguros referente a este caso? Si ☐ No ☐
Número de archivo (si esta disponible) _____ *Fecha*_____

¿Hay representación de un abogado sobre este asunto? Si ☐ No ☐

¿Se ha presentado una demanda? Si ☐ No ☐

¿Hay algún juicio en acción prevaleciente en este caso? Si ☐ No ☐ *Si es si, nosotros podríamos deferir la investigación regulatoria hasta que finalice el pleito. Pedimos que complete este formulario para poder tener constancia de su asunto. Una vez concluido el asunto, aceptaremos cualquier información relacionada a violaciones de la ley por parte del asegurador que usted o su abogado esté dispuesto a proveer.*

Brevemente describa cual es su problema (use papel adicional si es necesario):

¿Qué considera usted como una solución satisfactoria a su problema?

Para que podamos comenzar nuestra investigación efectivamente, proporcione toda la documentación acreditativa que pueda tener en relación con este asunto, justo con su *Solicitud de Asistencia de Salud.*

☐ Copia de la tarjeta identificación del seguro de persona asegurada - los dos lados

☐ Copias de la correspondencia entre usted y la compañía de seguro/agente, incluyendo todos los relacionados Explicación de Beneficios (EOBs)

☐ Si usted desea dar autoridad a alguien que le ayude a presentar la *Solicitud de Asistencia de Salud*, por favor complete el formulario de *Autorización y Designación del Agente*.

POR FAVOR LEA:

Entiendo que se le proporcionará una copia de este formulario y toda la documentación presentada al titular de la licencia que participan en esta Solicitud de Asistencia.

➡ _____ _____

(Firma) (Fecha)

State of California
Department of Insurance
Autorización y la Designación de un Agente

- Si usted desea dar a alguien la autoridad para asistirlo en la presentación de su queja por favor complete las partes A y B siguientes.
- Si usted es un padre o tutor legal que está presentando esta queja a un niño menor de 18 años, no es necesario completar este formulario.
- Si usted está presentando una queja de un consumidor que no puede completar este formulario y que tiene la autoridad legal para actuar en nombre de este consumidor, por favor complete la Parte B solamente. También enviará una copia del poder notarial para decisiones de atención de salud o cualquier otro documento legal que dice que usted puede tomar decisiones para el consumidor.

PARTE A: Reclamante

Yo permito que la persona nombrada abajo en la parte B que me ayude en la realización de una queja presentada ante el Departamento de Seguros de California. Autorizo al Departamento de Seguros de California para compartir mi información personal con la persona nombrada a continuación en la Parte B. Esto puede incluir información acerca de mi condición médica (s) y la atención si es aplicable, y puede incluir el tratamiento de salud mental, tratamiento contra el HIV o pruebas, tratamiento de alcohol y drogas, u otra información salud.

Entiendo que sólo la información relacionada con mi queja será compartida.

Mi aprobación de esta asistencia es voluntaria y tengo el derecho de terminar con ella. Si yo quiero que termine, debo hacerlo por escrito.

Nombre de Reclamante (Imprimir) _____

Firma de Reclamante _____ Fecha _____

PARTE B: Persona Que Asista Al Reclamante

Si procede, nombre de la Organización (letra de imprenta)

_____

Nombre de la Persona que Asiste (letra de imprenta)

_____

Firma de la Persona que Asiste _____

Dirección_____

Relación con Reclamante

_____

Número de teléfono durante el día _____ Teléfono de noche _____

☐ Se adjunta Mi Poder Notarial para decisiones de atención médica u otro documento legal.

Devuelve el formulario completo al California Department of Insurance, Consumer Services Division, 300 S. Spring Street, Los Angeles, CA 90013. Si usted tiene alguna pregunta, el Departamento puede ser alcanzado en (800) 927-4357, fuera de California (213) 897-8921.