

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-HRFA

Revised: 10/01/2024



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: _____

Nombre del asegurado si es diferente a su nombre: _____

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

El nombre completo de la compañía aseguradora: _____

Numero de la póliza: _____ Numero de reclamo: _____

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:

Fecha(s) de los servicios médicos (si es aplicable): _____

¿Qué servicios de tratamiento médico está solicitando (por favor, sea específico)?

¿Los servicios estaban relacionados con la atención de emergencia? Si [] No []

¿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 []



RFA

¿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?

Información Estadística Solamente

La siguiente información se utiliza solo para estadísticas con el fin de garantizar que todos los asegurados tengan acceso a un seguro de salud. Proporcionar esta información es opcional y no afectará el proceso de queja de ninguna manera.

Idioma principal que se habla en su casa:
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero o Transmasculino <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero o Transfeminino <input type="checkbox"/> No-binario o Inconformidad de género <input type="checkbox"/> Intersexualidad <input type="checkbox"/> Identidad de género no aparece <input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo
Raza/etnicidad: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleños del Pacífico/Nativos de Hawái <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo

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:

Entiende que se proporcionará al titular de la licencia una copia de este formulario y toda la documentación presentada involucrado en esta queja en cualquier momento.

(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) _____

Dirección de Envío del Reclamante _____

Dirección de Correo Electrónico del Reclamante _____

Número de Teléfono _____

Reclamante Firma _____ 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

Teléfono Durante el Día _____ Dirección de Correo Electrónico _____

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.



Aviso de Privacidad en la Colección de Información

Los Formularios de Solicitud de Asistencia

*** Este aviso se proporciona de conformidad con la Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California, Sección 1798.17) ***

Colección y Uso de la Información Personal

El Código de Seguros de California Secciones 12921 y 12921.1, y estatutos y reglamentos relacionados, dan el Departamento de Seguros de California (CDI) y la División de Servicios al Consumidor la autoridad para regular e investigar quejas de los consumidores. El Departamento de Seguro de California utiliza su información para dirigir las quejas presentadas a la atención del Departamento. Se recoge información sujeta a las limitaciones contenidas en la ley de Prácticas de Información de 1977, SAM de 5300, et seq., SIMM 5305, et seq. y otros aplicables leyes estatales y federal.

Proporcionar Información Personal es Voluntario

Usted no tiene que proporcionar la información personal solicitada. Sin embargo, si usted no desea proporcionar la información necesaria, es posible que no se pueda investigar su queja. Al proporcionar información o documentos, no incluya información personales que no están solicitado, como números de Seguro Social, números de licencia de conducir, información innecesaria relacionada con la salud y tarjeta de crédito o información financiera.

La Información Proporcionada al Departamento de Seguros de California es Confidencial

Toda la información que nos proporcione durante la investigación de su queja será tratada como una comunicación bajo la Sección 12919 del Código de Seguros de California. No revelaremos ninguna información a ninguna persona fuera del Departamento de Seguros de California, a menos que la ley lo permita o lo requiera.

Posibilidad de Divulgación de Información Personal

Podemos compartir su información personal con el titular del seguro y en el caso de una Revisión Médica Independiente con la Organización de Revisión Médica Independiente. También podemos compartir su información con otras agencias gubernamentales o reguladoras según lo permita o lo requiera la ley o en conformidad con el memorándum de entendimiento.

Acceso a Su Información

Usted tiene el derecho a acceder a los registros que contienen su información personal que están mantenido por el Departamento de Seguros de California. Para solicitar el acceso, póngase en contacto con: CDI Privacy Officer, Legal Division, Government Law Bureau, 300 Capitol Mall, Suite 1700, Sacramento, CA 95814, (916) 492-3500.

Departamento de Póliza de Privacidad

El Departamento de Seguros de California ha desarrollado pólizas con respecto a la privacidad de su información. Se puede ver visitando nuestro sitio web en www.insurance.ca.gov/privacy-policy.