



Illinois Department of Insurance

320 W. Washington Street
Springfield, IL 62767
Phone 877-527-9431
TDD 217-524-4872
Fax 217-558-2083
mc.insurance.illinois.gov

Formulario de Queja Salud y HMO

Atención: Una queja puede ser presentada por la persona asegurada o un representante autorizado.

Nombre (Persona completando la forma)		Fecha	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número(s) de teléfono	Correo electrónico		
Nombre de la persona asegurada (La persona involucrada en esta queja que está cubierta por la póliza)		Su relación con el individuo cubierto	
Dirección del individuo cubierto	Ciudad	Estado	Código Postal
Número(s) de teléfono del individuo cubierto	Correo electrónico individuo cubierto		Edad del asegurado(a)
Nombre de la compañía de seguro	Numero de ID del Individuo Cubierto (incluir copia del ID, frente y reverso)		
Si es seguro de grupo, nombre de empleador o grupo	Nombre del empleado		
Número de la reclamación	Fecha (s) del Servicio de reclamaciones		
Tipo de cobertura:			
<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Suplemento Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado a largo plazo <input type="checkbox"/> Otro _____			
Su relación con el individuo cubierto (una opción debe ser seleccionada y firmada):			
1) <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Padre de un menor de 18 años <input type="checkbox"/> Representante Legal (guardián, poder de representación, executor o administrador - deberá adjuntar la documentación oficial) Autorizo al Departamento de Seguros para investigar esta queja y para obtener información financiera y salud personal, si es necesario, para llevar a cabo la investigación. Firma de la persona llenando la queja _____ Fecha _____			
2) <input type="checkbox"/> Representante Autorizado (Si no es la persona nombrada en la parte 1, esta sección debe ser leída, firmada y fechada por la persona cubierta) Autorizo al Departamento de Seguros para investigar esta queja y para obtener información financiera y salud personal, si es necesario, para llevar a cabo la investigación. Además, autorizo a la persona antes mencionada para que presente esta queja en mi nombre y que tenga acceso a mi información de salud personal y financiera. Firma de la persona asegurada _____ Fecha _____ Firma de la persona llenando la queja _____ Fecha _____			
Por favor indique su queja (continúe al reverso de la página)			

Adjunte copias de toda la documentación de respaldo, incluyendo una copia de la parte delantera y trasera de su tarjeta de identificación de seguro médico.

Aviso Importante: Las quejas presentadas ante el Departamento de Seguros son registros confidenciales y no serán divulgados a terceras partes, excepto al dueño de la póliza o el representante autorizado, o la parte contra la que la queja ha sido presentada.

