



Vui lòng sử dụng đơn này để nộp khiếu nại về công ty bảo hiểm

Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại trực tuyến tại: www.insurance.wa.gov

Chúng tôi sẽ nỗ lực hết sức để đòi quyền lợi cho quý vị. Hiện tại, quý vị nên tiếp tục theo đuổi quyền lợi của mình theo các điều khoản của hợp đồng bảo hiểm của quý vị.

* Thể hiện trường bắt buộc

1. Thông tin liên lạc của quý vị

* Tên: _____

* Địa chỉ: _____

* Thành phố: _____ * Tiểu bang: _____ * Mã vùng: _____

* Số điện thoại Nhà riêng: () _____ * Số điện thoại Nơi làm việc: () _____

* Số điện thoại Di động: () _____ Thư điện tử: _____

Thông tin chủ hợp đồng bảo hiểm (* nếu khác với thông tin liên lạc nói trên)

Tên chủ hợp đồng: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã vùng: _____

Số điện thoại Nhà riêng: () _____ * Số điện thoại Nơi làm việc: () _____

* Số điện thoại Di động: () _____ Thư điện tử: _____

2. Thông tin bảo hiểm

* Công ty bảo hiểm: _____

Loại hợp đồng: Nhóm Cá nhân Không rõ

Hợp đồng số: _____ Khiếu nại số: _____

Ngày mất: ____ / ____ / _____ * Loại bảo hiểm: Niên kim Tài sản kinh doanh Nha
khoa Khuyết tật Y tế Nhà ở/Chung cư/Người thuê nhà Xe hơi cá nhân/Xe máy/RV/Xe hơi công ty

Nhân thọ Chăm sóc Dài hạn Hỗ trợ Y Tế Hợp đồng Bảo hành/Bảo dưỡng

Chương trình giảm giá Tín dụng tử kỳ/khuyết tật Khác: _____

Đại lý/Tên Người phân xử: _____

Tên Công ty: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã vùng: _____

Số điện thoại: () _____

3. Xác định vấn đề của quý vị

Hãy đánh dấu tất cả mục phù hợp với quý vị.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Từ chối khiếu nại | <input type="checkbox"/> Giải quyết khiếu nại không thỏa đáng | <input type="checkbox"/> Vấn đề thanh toán |
| <input type="checkbox"/> Tăng phí bảo hiểm | <input type="checkbox"/> Trì hoãn giải quyết khiếu nại | <input type="checkbox"/> Từ chối thanh toán bảo hiểm |
| <input type="checkbox"/> Hủy bỏ/không gia hạn | <input type="checkbox"/> Kê khai thông tin sai | <input type="checkbox"/> Dịch vụ kém |
| <input type="checkbox"/> Khác: _____ | | |

* Giải thích ngắn gọn về vấn đề. _____

4. Câu hỏi

Quý vị muốn công ty bảo hiểm làm gì? _____

* Quý vị có gửi kèm tài liệu hỗ trợ không? Có Không
Nếu có, vui lòng không gửi tài liệu gốc, chỉ gửi bản sao chép.

5. Tuyên bố

Bằng cách điền tên của tôi và ngày tháng vào bên dưới, tôi tuyên bố thông tin trong đơn này là đúng và chính xác.

* Tên: _____ * Ngày: ____ / ____ / _____

6. * Công ty bảo hiểm tiết lộ thông tin y tế

Tôi cho phép công ty bảo hiểm, nhà thầu dịch vụ y tế, tổ chức bảo vệ sức khỏe hoặc quỹ Quy hoạch Phúc lợi Chung có hồ sơ hoặc thông tin về người được bảo hiểm có tên trên mẫu đơn này, cung cấp thông tin đó cho Văn phòng Ủy viên Bảo hiểm của Tiểu bang Washington. Họ có thể chia sẻ bản sao của các hồ sơ hoặc thông tin khác, bao gồm cả hồ sơ khiếu nại và hồ sơ y tế. Bản sao của ủy quyền mẫu khiếu nại này có tính hợp lệ như bản gốc.

Chữ ký của người được bảo hiểm hoặc người đại diện: _____

Ngày: ____ / ____ / ____

Tính chất đại diện (bố mẹ, người bảo hộ, người ủy quyền): _____

Để đọc tuyên bố bảo mật của chúng tôi, hãy truy cập: www.insurance.wa.gov/complaint-confidentiality-statement

7. Tiết lộ thông tin của Văn phòng Ủy viên Bảo hiểm Tiểu bang Washington

Tất cả thông tin y tế cá nhân không công khai dưới sự giám sát của Văn phòng Ủy viên Bảo hiểm Tiểu bang Washington (OIC) đều được bảo mật và không được tiết lộ công khai theo luật tiết lộ công khai của tiểu bang Washington. **Tuy nhiên, luật pháp tiểu bang cho phép OIC chia sẻ bí mật bản sao thông tin và tài liệu y tế/sức khỏe cá nhân cho các tổ chức khác, trừ khi quý vị không đồng ý như dưới đây.** Các tổ chức mà OIC có thể chia sẻ bao gồm: Hiệp hội Ủy viên Bảo hiểm Quốc gia và các tổ chức liên kết và chi nhánh của hiệp hội này, các cán bộ thi hành pháp luật và quy định của tiểu bang này và tiểu bang khác và quốc gia, chính quyền liên bang Mỹ và các tổ chức quốc tế khác. Những tổ chức này phải đồng ý bảo mật tài liệu và thông tin của quý vị.

Tôi không đồng ý tiết lộ thông tin y tế cá nhân không công khai cho các tổ chức khác, ngoại trừ những tổ chức nói trên.

8. Nộp tài liệu

Sau khi quý vị đã hoàn thành đơn này, hãy gửi qua thư hoặc fax mẫu đơn này và tất cả tài liệu hỗ trợ (nếu có) đến:

Washington State Office of the Insurance Commissioner

P.O. Box 40255

Olympia, WA 98504-0255

Số điện thoại: 1-800-562-6900 hoặc (360) 725-7080 Fax: (360) 586-2018



Khiếu nại bị trì hoãn hoặc từ chối? Hợp đồng bị hủy bỏ? Ngôn ngữ hợp đồng khó hiểu? Nếu quý vị không chắc chắn liệu chúng tôi có thể giúp quý vị hay không, tốt nhất hãy gọi cho chúng tôi. Chúng tôi trả lời hàng trăm câu hỏi về bảo hiểm mỗi ngày. Khi cần thiết, chúng tôi cũng liên lạc các công ty để thông báo về khiếu nại. Chúng tôi sẽ đánh giá vấn đề của quý vị và nếu chúng tôi không thể giúp quý vị, chúng tôi sẽ giới thiệu quý vị đến đúng nơi để được hỗ trợ nhiều hơn. Hãy gọi cho Đường dây nóng Khách hàng Bảo hiểm miễn phí qua số **1-800-562-6900**.

Chúng tôi có thể:

- Gửi khiếu nại của quý vị tới công ty bảo hiểm và yêu cầu họ giải thích về hành động của họ.
- Gửi khiếu nại của quý vị tới Washington Healthplanfinder và yêu cầu họ giải quyết các vấn đề.
- Đánh giá câu trả lời của công ty để bảo đảm họ tuân theo luật pháp của tiểu bang Washington và hợp đồng của quý vị.
- Yêu cầu công ty khắc phục vấn đề nếu họ không tuân thủ luật pháp hoặc chính sách của quý vị.
- Cố gắng tìm kiếm chi tiết vấn đề để hỗ trợ cho việc đánh giá kỹ hơn.
- Cố gắng giúp khắc phục vấn đề bảo hiểm hoặc giúp quý vị và công ty liên lạc với nhau.
- Giúp quý vị hiểu rõ hợp đồng bảo hiểm của mình.
- Giới thiệu những nơi có thể giúp đỡ quý vị nếu chúng tôi không có quyền hợp pháp để giải quyết vấn đề của quý vị.

Chúng tôi không thể:

- Thay mặt cho quý vị với tư cách luật sư, đưa ra cố vấn pháp lý hay trở thành người phân xử khiếu nại của quý vị.
- Đưa ra các phán xét về y tế hoặc xác định có cần tiếp tục trị liệu hay không.
- Đưa ra quyết định về trách nhiệm pháp lý hoặc quyết định ai đúng ai sai.
- Đưa ra các thông tin về khiếu nại (ví dụ: ai là người đáng tin khi có những khai báo khác nhau về sự kiện đã xảy ra hay lời kể khác nhau về tình huống).
- Xác định nguyên nhân tổn thất, giá trị của khiếu nại, số tiền còn nợ quý vị hay trở thành người phán xét cho quý vị.
- Giải quyết vấn đề mà chúng tôi không có quyền lực pháp lý giải quyết.
- Yêu cầu Washington Healthplanfinder tuân thủ luật bảo hiểm tiểu bang cho dù đây không phải là công ty bảo hiểm chịu sự quản lý của văn phòng chúng tôi.
- Yêu cầu công ty thanh toán khiếu nại, hoàn tiền phí bảo hiểm hay khôi phục hay ban hành hợp đồng (nếu họ đã tuân theo luật pháp và hợp đồng của quý vị).

Xem trang web của chúng tôi tại *Những nơi khác mà quý vị có thể xin trợ giúp*:
www.insurance.wa.gov/other-places-go-help/