



Пожалуйста, используйте эту форму для отправки жалобы в отношении страховой компании  
Вы также можете подать жалобу через Интернет на веб-сайте: [www.insurance.wa.gov](http://www.insurance.wa.gov)

Мы постараемся максимально защитить ваши права. А пока вам следует защищать свои права в соответствии с условиями договора страхования.

\* Обозначает обязательные поля

## 1. Ваша контактная информация

\* Имя: \_\_\_\_\_  
\* Адрес: \_\_\_\_\_  
\* Город: \_\_\_\_\_ \* Штат: \_\_\_\_\_ \* Почтовый индекс: \_\_\_\_\_  
\* Домашний телефон: ( ) \_\_\_\_\_ Рабочий телефон: ( ) \_\_\_\_\_  
Сотовый телефон: ( ) \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

## Информация о владельце страхового полиса (\* если отличается от указанной выше)

Имя владельца страхового полиса: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_  
Домашний телефон: ( ) \_\_\_\_\_ Рабочий телефон: ( ) \_\_\_\_\_  
Сотовый телефон: ( ) \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

## 2. Информация о страховке

\* Страховая компания: \_\_\_\_\_  
Тип полиса:  Групповой  Индивидуальный  Неизвестно  
№ полиса: \_\_\_\_\_ № требования: \_\_\_\_\_  
Дата причинения ущерба: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \* Тип страховки:  Ежегодная рента  Коммерческая  
собственность  Стоматология  Инвалидность  Здоровье  Дом / кондоминиум / аренда  Личный  
автомобиль / мотоцикл / автофургон / коммерческий автомобиль  Жизнь  Долгосрочный уход  Medical  
Supplement  Гарантийный / сервисный договор  План скидок  Страхование кредита на случай смерти/  
инвалидности  Другое: \_\_\_\_\_  
Имя агента / оценщика страхового убытка: \_\_\_\_\_  
Название компании: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_  
Номер телефона: ( ) \_\_\_\_\_



## 6. \* Раскрытие медицинской информации страховщиками

Я разрешаю любой страховой компании, медицинскому подрядчику, организации здравоохранения или универсальной организации благополучия (Multiple Welfare Arrangement), которые имеют какие-либо записи или информацию о застрахованном лице, указанном в этой форме, предоставлять эту информацию управлению страхового комиссара штата Вашингтон (Washington State Office of the Insurance Commissioner). Они могут предоставлять копии любых документов или другую информацию, включая медицинские карты и дела по страховым требованиям. Фотокопия этого разрешения по форме жалобы обладает такой же силой, как оригинал.

**Подпись застрахованного лица или представителя:** \_\_\_\_\_

**Дата:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Характер представительства** (родитель, опекун, доверенное лицо и т. д.): \_\_\_\_\_

Читайте наше заявление о конфиденциальности по адресу: [www.insurance.wa.gov/complaint-confidentiality-statement](http://www.insurance.wa.gov/complaint-confidentiality-statement)

## 7. Раскрытие информации управлением страхового комиссара штата Вашингтон

Вся непубличная персональная медицинская информация, которая хранится управлением страхового комиссара штата Вашингтон (OIC), является конфиденциальной и не подлежит публичному раскрытию согласно законам о публичном раскрытии информации штата Вашингтон. **Однако законы штата позволяют управлению OIC конфиденциально предоставлять копии персональных медицинских документов и информации другим лицам, если вы не откажетесь этого ниже.** Лица, которым управление OIC может предоставлять информацию, включают: национальную ассоциацию страховых комиссаров (National Association of Insurance Commissioners) и ее аффилированные лица и дочерние организации, должностных лиц регулирующих и правоохранительных органов этого штата или других штатов и государств, федеральное правительство США и международные органы. Эти лица соглашаются обеспечивать конфиденциальность ваших документов и информации.

Я отказываюсь от раскрытия закрытой персональной медицинской информации другим лицам, как описано выше.

## 8. Отправка документов

Заполнив эту форму, отправьте ее и любые сопроводительные документы по почте или факсу:

Washington State Office of the Insurance Commissioner

P.O. Box 40255

Olympia, WA 98504-0255

Телефон: 1-800-562-6900 или (360) 725-7080 Факс: (360) 586-2018





## Что вам необходимо знать, прежде чем подавать жалобу

Страховые требования отклонены или их рассмотрение задержано? Отменены страховые полисы? Запутались в сложных формулировках страхового полиса? Если вы не уверены, можем ли мы вам помочь, всегда лучше позвонить нам. Каждый день мы отвечаем на сотни вопросов, связанных со страхованием. При необходимости мы также связываемся с компаниями по поводу жалоб. Мы рассмотрим ваши проблемы и, если не сможем вам помочь, то укажем, куда можно обратиться за дополнительной помощью. Звоните по бесплатному телефону горячей линии для потребителей страхового обеспечения (Insurance Consumer Hotline): **1-800-562-6900**.

### Что мы можем сделать:

- Отправить вашу жалобу в страховую компанию и потребовать от них предоставить объяснение их действий.
- Отправить жалобу в организацию Washington Healthplanfinder и попросить рассмотреть ваши вопросы.
- Изучить ответ компании, чтобы убедиться в том, что они выполняют законы штата Вашингтон и условия вашего страхового полиса.
- Потребовать от компании устранить проблему, если компания не выполнила требования законов или условия вашего страхового полиса.
- Попробовать найти систематические проблемы, которые могут потребовать дальнейшего рассмотрения.
- Попробовать помочь устранить вашу страховую проблему и содействовать общению между вами и компанией.
- Помочь понять условия вашего страхового полиса.
- Посоветовать организации, в которые вы можете обратиться за помощью, если мы не имеем юридического права решать проблему.

### Что мы не можем сделать:

- Действовать в качестве вашего адвоката, давать юридические консультации или быть вашим оценщиком страховых убытков.
- Принимать медицинские решения или определять необходимость дальнейшего лечения.
- Принимать решения о материальной ответственности или определять виноватую сторону.
- Устанавливать касающиеся страхового требования факты (например, кто прав в случае заявления разных мнений о том, что произошло, или кто что сказал).
- Определить причину ущерба, сумму страхового требования и сумму, причитающуюся вам, или выступать в роли вашего оценщика страховых убытков.
- Рассматривать проблемы, которые мы не можем обеспечить юридической защитой.
- Требовать от организации Washington Healthplanfinder выполнения законов штата о страховом обеспечении, потому что это не страховая компания, деятельность которой регулируется нашим управлением.
- Приказать компании оплатить страховое требование, возмещение страховых взносов или восстановить либо выдать страховой полис (в случае выполнения закона и условий страхового полиса).

Другие организации, в которые можно обратиться за помощью, см. на нашей веб-странице: [www.insurance.wa.gov/other-places-go-help/](http://www.insurance.wa.gov/other-places-go-help/)