

请填写此表格以提交您对保险公司的投诉

您可以通过下面网址在线提交您的投诉：www.insurance.wa.gov

我们会尽我们最大的努力维护您的利益。与此同时，您应根据保险合同的条款继续追诉您的权利。

* 表示必填字段

1. 您的联系方式

* 姓名: _____
* 地址: _____
* 城市: _____ * 州: _____ * 邮编: _____
* 家庭电话: () _____ 工作电话: () _____
手机号码: () _____ 电子邮件: _____

投保人信息 (*如果和上述不同)

投保人姓名: _____
地址: _____
城市: _____ 州: _____ 邮编: _____
家庭电话: () _____ 工作电话: () _____
手机号码: () _____ 电子邮件: _____

2. 保险信息

* 保险公司: _____
保单类型: 团体 个人 不清楚
保单或会员ID编号: _____ 索赔编号: _____
损失日期: ____ / ____ / ____
* 保险类型: 汽车/房屋/财产/保修 人寿/健康/养老金/伤残 Medicare
 其他: _____
代理人/理算员姓名: _____
公司名称: _____
地址: _____
城市: _____ 州: _____ 邮编: _____
手机号码: () _____

3. 阐述您的问题

请勾选所有适用项。

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 索赔被拒绝 | <input type="checkbox"/> 对赔付方案不满意 | <input type="checkbox"/> 账单问题 |
| <input type="checkbox"/> 保费增加 | <input type="checkbox"/> 索赔时间延期 | <input type="checkbox"/> 拒绝投保 |
| <input type="checkbox"/> 撤保/不续保 | <input type="checkbox"/> 虚假陈述 | <input type="checkbox"/> 服务差 |
| <input type="checkbox"/> 其他: _____ | | |

* 请简要陈述您的问题。 _____

4. 疑问

您想要保险公司为您做什么? _____

* 您是否已提交您的支持材料? 是 否
如果已经提交, 请勿提交原件, 只需副本即可。

5. 声明

经本人在下方签名以及填写日期, 本人声明此表格中的信息均真实无误。

* 姓名: _____ *日期: _____ / _____ / _____

6. *保险公司医疗信息发布

本人授权任何拥有在此表格上投保人参保记录或对其有所了解的保险公司、卫生服务承包商、健康维护组织或多重福利协议(Multiple Welfare Arrangement), 可以提供其信息给Washington州保险监理委员办公室(Washington State Office of the Insurance Commissioner)。他们可以共享任何记录或任何其他信息的副本, 包括医疗记录和索赔文件。该投诉表授权书的复印件与原件同样有效。

投保人或代表人签名: _____

日期: ____ / ____ / ____

代表人关系 (父母、监护人或代表律师等等。): _____

请访问我们的网站以查看我们的保密声明, 网址为: www.insurance.wa.gov/complaint-confidentiality-statement

7. Washington州保险监理委员办公室的信息发布

根据Washington州公开披露法(public disclosure laws), Washington州保险监理委员办公室(Office of the Insurance Commissioner, OIC)保管的所有非公共个人健康信息都是机密信息, 不属于公共披露范畴。但是, 州法律允许OIC向其他实体以保密的方式共享您的个人健康/医疗文档和信息的副本, 除非您在下面的选项打勾以表示拒绝。OIC可以共享信息的实体包括: 全国保险委员会协会(National Association of Insurance Commissioners)及其附属机构和下属部门、本州及其他州和国家的监管和执法人员、美国联邦政府和国际组织。这些实体必须同意对您的文档和信息进行保密。

我选择不向上述实体披露我的非公共个人健康信息。

8. 提交材料

在您填完此表格后, 请将此表格和所有支持材料 (如果有的话) 邮寄或传真到以下地址:

Washington State Office of the Insurance Commissioner

P.O. Box 40255

Olympia, WA 98504-0255

电话: 1-800-562-6900 或 (360) 725-7080 传真: (360) 586-2018



索赔是否延期或被拒绝? 保单是否被取消? 对保单的文字内容是否感到疑惑? 如果您不确定我们是否可以帮助您, 请致电联系我们。我们每天都会解答关于保险的很多疑问。如果有需要, 我们同样会就此投诉而联系保险公司。我们将审核您的问题, 如果无法为您提供帮助, 则会为您提供正确的指导, 以协助您寻求进一步的帮助。请致电我们的免费保险消费者热线(Insurance Consumer Hotline)**1-800-562-6900**。

我们可以为您提供服务:

- 向保险公司提交您的投诉表并要求他们提供一份结果解释说明。
- 将您的余额账单疑问和忧虑转呈至Washington州提供者/机构。
- 向Washington Healthplanfinder(健康计划帮助者)提交您的投诉表并要求他们解决您的问题。
- 审查保险公司的回复, 确保他们遵守Washington州法律和您的保单条款。
- 如果他们未遵守法律和您的保单条款, 告知他们解决问题。
- 尽可能找出问题的实质, 以便进一步审查。
- 尽可能协助您解决您的保险问题或促进您与保险公司的相互沟通。
- 帮助您理解您的保险保单条款。
- 如果我们没有合法的权限解决您的问题, 则会为您推荐可以提供帮助的地方。

我们无法为您提供服务:

- 要求医疗服务提供者/机构调整其费用、回应您的投诉或遵守州保险法。
- 担任您的律师、为您提供法律建议或充当您的保险理赔人。
- 为您做出医疗判断或决定是否需要进一步治疗。
- 做出责任裁决或判定哪一方是责任方。
- 判定有关索赔的事实情况(例如: 当对发生的事件双方有不同的说法时, 判定哪一方的说法属实或者哪一方陈述了什么情况)。
- 确定损失原因、索赔价值、保险公司所欠金额, 或充当您的理算员。
- 解决我们无法依法执行的问题。
- 因为Washington Healthplanfinder不是我们办公室监管的保险公司而要求其遵守州保险法。
- 要求某个保险公司支付索赔费用、退还保费, 或者恢复或签发保单(在他们遵守了法律和您的保单条款的情况下)。

查看我们的网页 *Other places to go for help* (可以寻求帮助的其他地方), 网址为:
www.insurance.wa.gov/other-places-go-help/