

## Formulario de Queja

### ► Cómo presentar su queja

Por favor complete todas las secciones de los formularios de queja y de autorización y firme el formulario al final. Envíenos los formularios de queja y de autorización a:

Consumer Protection, MC 111-1A  
Texas Department of Insurance  
PO Box 149091  
Austin, Texas 78714-9091

**Nota:** Usted puede presentar su queja en línea en: [www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html](http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html).

### ► Información de contacto

Nombre	Proveedor (si es que aplica)	
Dirección	Número de departamento o de suite	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono preferido	Teléfono de su trabajo	

### ► Información sobre el asegurado (si es que es diferente a la de arriba)

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

### ► Mi queja es en contra de

Nombre de la compañía de seguros	Agente de seguros/nombre de la agencia
Nombre del ajustador de seguros	Otro nombre

### ► Información sobre la póliza

Número de la póliza de seguro	Número de reclamación	Fecha de la pérdida
-------------------------------	-----------------------	---------------------

Tipo de póliza (accidente, anualidad, automóvil, bonos, comercial, incapacidad, inundación, federal, salud, HMO, propietario de vivienda, responsabilidad civil, vida, Medicare suplemento, PPO, título, contrato de garantía, tormentas, compensación para trabajadores)

**► Mi queja es en relación a**

- |  |   |
|--|---|
| Mi reclamación fue denegada                        | Precios son demasiado altos                 |
| Servicio al cliente                                | Mi compañía de seguros me debe un reembolso |
| Mi médico está fuera de la red                     |   |
| Me pagaron muy poco por mi reclamación             | Demora en el pago de la reclamación         |
| Mi agente robó mi prima de seguro                  | Reclamación/aviso de póliza incorrectos     |
| Agente alteró/no explicó los términos de la póliza |   |

---

Correo electrónico  Confirme el correo electrónico

¿Puede TDI revelar mi dirección de correo electrónico en respuesta a una solicitud de información pública?      Si      No

**► Describa su queja**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Describa lo que usted considera que sería una resolución justa a su queja:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Si necesita más espacio, por favor adjunte páginas adicionales.

**Nota:** Una copia de esta queja será enviada a las compañías de seguros o agentes involucrados.

¿Ha presentado anteriormente esta queja ante TDI?    Si    No    No. de queja: \_\_\_\_\_

# Aprobación para revelar su información de salud y otros datos privados

Autorización para revelar la información

Para poder ayudarlo, es posible que tengamos que dejar ver la información que usted nos proporcionó en su queja con la persona u organización que se describe en su queja. Alguna de la información que necesitamos compartir podría ser: (1) información sobre su salud, y (2) datos que lo identifican a usted, por ejemplo, su dirección y fecha de nacimiento. Por ley, necesitamos su aprobación para poder compartir esta información.

## ► ¿Quién tiene la queja?

Nombre de la persona que desea presentar la queja

Otros nombres usados por la persona que tiene la queja

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono

Otro número de teléfono

Dirección de correo electrónico (opcional)

## ► ¿Quién puede recibir y usar su información?

Al firmar este formulario, usted autoriza al Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance –TDI, por su nombre y siglas en inglés) para que comparta su información con: (1) agencias gubernamentales estatales y federales, (2) agencias reguladoras internacionales, (3) autoridades judiciales, y (4) la persona u organización que se describe en su queja:

Nombre de la persona u organización por la que usted desea presentar la queja

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono

Fax

## ► ¿Qué información puede ser revelada?

Al firmar este formulario, usted autoriza a TDI para que comparta su información de salud, y otros datos privados.

Para permitirnos compartir la siguiente información, usted debe firmar o escribir a máquina su nombre junto a cada artículo:

- \_\_\_\_\_ Expedientes de salud mental (excluyendo las notas de psicoterapia)
- \_\_\_\_\_ Información genética (incluyendo los resultados de exámenes genéticos)
- \_\_\_\_\_ Expedientes sobre el abuso de sustancias, drogas, o alcohol
- \_\_\_\_\_ Resultados de exámenes/tratamientos de VIH/SIDA
- \_\_\_\_\_ Registros de vehículos motorizados

## ► ¿Cuándo terminará esta aprobación?

Esta aprobación terminará si:

- La persona que tiene la queja cumple 18 años de edad (la queja fue presentada para una persona de 17 años o menos).
- La persona que tiene la queja nos informa que ya no desea presentar la queja.
- La persona que tiene la queja fallece. o
- Usted ingresa aquí la fecha en la que terminará este acuerdo (opcional):

## ► ¿Cuáles son sus derechos?

\_\_\_\_\_  
Mes (MM)/Día (DD)/Año (AAAA)

**Usted tiene derecho a ver y obtener la información que tenemos sobre usted:** Si desea obtener la información que tenemos sobre usted, debe pedirnoslo por escrito. Es posible que usted necesite pagar para obtener una copia de esta información. Usted puede enviar su carta o correo electrónico mediante una de estas formas:

**Correo electrónico:** OpenRecords@tdi.texas.gov  
**Fax:** 512-490-1021

**Correo postal:** Public Information Coordinator, MC 110-1C  
Texas Department of Insurance

**En persona:** 333 Guadalupe, Austin, Texas 78701

PO Box 149104, Austin, Texas 78714-9104

## **Usted tiene derecho a pedir que corrijamos la información que tenemos sobre usted que esté incorrecta:**

Si desea solicitar que corrijamos información que tenemos sobre usted que está incorrecta, debe pedirnoslo por escrito. La carta o correo electrónico debe contener: (1) su nombre y dirección postal, (2) su número de teléfono, (3) detalles sobre la información que debe ser corregida, y (4) la razón o la prueba que muestra por qué la información está incorrecta. Usted puede enviar su carta o correo electrónico mediante una de estas formas:

**Correo electrónico:** RecordCorrections@tdi.texas.gov  
**Fax:** 512-490-1025

**Correo postal:** Record Correction Request, MC 113-1C  
Texas Department of Insurance

**En persona:** 333 Guadalupe, Austin, Texas 78701

PO Box 149104, Austin, Texas 78714-9104

**Usted tiene derecho a cancelar o cambiar esta aprobación:** Si desea cancelar esta aprobación o cambiar quién puede obtener su información de salud y otros datos privados, debe pedirnoslo por escrito. Usted puede enviar una carta a la dirección se muestra en la parte de arriba de este formulario. Por favor tenga en cuenta que cualquier acción tomada y la información que es compartida antes de recibir su carta están cubiertas por este acuerdo firmado.

## ► Firme en la parte de abajo para mostrar que está de acuerdo:

- Estoy de acuerdo en permitir que TDI comparta mi información de salud y otros datos privados tal como se muestra en este formulario.
- Sé que TDI podría compartir mi información con organizaciones que están cubiertas en la sección 181.154(c) del Código de Salud y Seguridad de Texas.
- Sé que TDI no es responsable de la información de salud o datos privados que son compartidos por las personas u otras organizaciones que se muestran en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Persona que tiene la queja o su representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Por favor siga escribiendo su nombre en la línea de la firma si está llenando esta forma electrónicamente.)

Si un representante autorizado firma este formulario:

1. Escriba su nombre: \_\_\_\_\_

2. Díganos cómo está relacionado(a) con la persona que tiene la queja:

Padre      Tutor      Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_

Si la queja es hecha en nombre de una persona que tiene 17 años o menos, esa persona debe firmar aquí para permitirnos compartir información sobre: (1) control de la natalidad / cuidados para la salud reproductiva; (2) enfermedades de transmisión sexual; (3) abuso de drogas, alcohol o sustancias; y (4) tratamiento de salud mental.

\_\_\_\_\_  
Persona que tiene 17 años o menos

\_\_\_\_\_  
Fecha