

## Forma de Queja del Departamento de Seguros de Texas



### TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE

#### Consumer Protection (111-1A)

P. O. Box 149091  
Austin, Texas 78714-9091

**Correo Electrónico:** ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

Teléfonos: (512) 463-6500 (800) 252-3439

Número De Fax: (512) 475-1771

### Aviso

TDI usa la información en su declaración al llenar esta forma para ayudar a resolver su queja. La resolución puede requerir que TDI comparta esta información con la persona o la compañía nombrada en su queja. Aunque por ley mucha de la información que usted envía se puede considerar información pública, porciones pueden ser confidenciales. Por ejemplo, usted puede incluir información privada protegida por la doctrina de la ley común de la privacidad, expedientes médicos protegidos por el Acta de la Práctica Médica, o las direcciones individuales del E-mail protegidas por el Acta Pública de la Información de Texas. Al compartir esta información con el propósito de procesar su queja usted no renuncia a estas protecciones de su privacidad. Sin embargo, usted puede consentir el publicar su E-mail en respuesta a una petición de información pública.

Además, el Acta de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (o conocida como HIPAA) permite que doctores y proveedores del cuidado médico den información sobre récords médicos de una persona a agencias de supervisión de salud tales como TDI. La ley permite que los doctores y proveedores publiquen esta información sin autorización si la revelación es para cualquier propósito por el cual la agencia esta legalmente autorizada a recoger información.

Si usted necesita saber más sobre la naturaleza pública o confidencial de la información mantenida por TDI, consulte por favor nuestra [Política de Registros Públicos](#) y nuestra [Política de Privacidad del Web Site](#). Esta forma esta protegida para cumplir requisitos de la privacidad.

## Presentando una queja

- 1. ¿Internet?** - Llenar este formato electrónico vía Internet.
- 2. ¿Correo o Fax?** - Imprima la versión de RTF/PDF, llene la información, y regrese a la dirección de arriba. También la puede enviar por fax al número de arriba.
- 3. ¿Comprobantes?** - Si tiene documentos que favorecen su queja, inclúyalos antes de enviar su queja. En este caso, es preferible que envíe su queja por correo o fax.

**\* Información Requerida**

**Información Del Asegurado**

**\*Fecha (mm/dd/aaaa):**

Mes  Día  Año

**\*Nombre del Asegurado o Reclamante:**

**Apellido del Asegurado o Reclamante:**

**Correo Electrónico:**

**(Para recibir la confirmación de un correo electrónico, asegúrese que usted escriba correctamente su dirección de correo electrónico)**

Acepto  
 No Acepto

**\*Dirección:**

**\*Ciudad:**

**\*Estado:**

**\*Código Postal:**

**Teléfono de su Oficina:**

-  Ext.

**Teléfono de su Residencia:**

-

**Información Sobre La Póliza**

**Nombre del Asegurado Principal:**  
**(si es diferente del suyo)**

**Apellido del Asegurado Principal:**  
**(si es diferente del suyo)**

**Dirección:**  
**(si es diferente del suyo)**

**Ciudad:**  
**(si es diferente del suyo)**

**Estado:**

**Código Postal:**

**Telefono del Asegurado Principal:**

-

## Díganos Sobre Su Queja

La Queja Es Contra:

Mi Compañía de Seguros  
 Mi Agente  
 Otra Compañía de Seguros (Reclamación de Responsabilidad Civil)  
 Red de Compensación para Trabajadores  
 Otro

Si Otro:

Tipo de Cobertura:

Automovil  
 Póliza de líneas comerciales  
 Medico  
 Vivienda  
 Organización de Mantenimiento Medico  
 Vida  
 Suplemento de Medicare  
 Accidentes del Trabajo  
 Otro

Si Otro:

Fecha Cuando la Pérdida Ocurrió o Empezó  
(mm/dd/aaaa):

Mes  Día  Año

Número de la Reclamación:

\* Nombre de la Compañía de Seguros:

Número Individual de la Póliza:

Número de la Póliza de Grupo:

Número del Certificado:

Nombre del Negocio o Compañía de Trabajo  
de esa Persona (Si Es Póliza de Grupo):

Nombre del Agente:

Apellido del Agente:

Teléfono de Oficina Del Agente:

-  Ext.

Fax del Agente

-

Dirección del Agente (Si Se Conoce):

Ciudad del Agente:

Estado del Agente:

Código Postal del Agente:

**Otra Compañía De Seguros (Reclamación De Responsabilidad Civil):**

Nombre de la Otra Persona:

Nombre del Negocio o Compañía de Trabajo de esa Persona:

Nombre de la Compañía de Seguros de esa Persona:

Tipo de Cobertura:

Número de Póliza o de la Reclamación:

**Mi Queja Es: (Por Favor Explique):**

Mi Queja Es: (Por Favor Explique)

¿Qué considera usted una justa  
solución a su problema?:

--	--

## Antes de presionar el boton "Enviar"

Por favor recuerde que al enviar su queja electrónica por Internet no podrá mandar los comprobantes que necesita para confirmar su queja. Estos documentos son esenciales para ayudarnos a resolver su queja con éxito. Los documentos mas comunes que nos ayudan a resolver las quejas son:

- Evidencia que usted pagó el seguro (recibos, frente y reverso de cheques, estados de cuenta, etcétera.);
- Certificados u otros documentos que demuestran que usted tenía cobertura de seguro (copia de la póliza de seguro,

copia de seguro provisional, de la tarjeta de la identificación y/o de la inscripción, de la página de la declaración, de la descripción del plan, etc.);

- Correspondencia entre usted y el agente o la compañía de seguros (y/o publicidad) donde le hablaron de su cobertura de seguro o de sus reclamos;
- Evidencia de los reclamos (copias de cuentas sin pagar o evidencia que usted ha pagado las cuentas para las cuales usted busca el reembolso, cualquier reporte de accidente y/o reclamo, etcétera.); y
- Cualquier otro documento de apoyo no mencionado que podría ayudar a colocar su queja.

Si usted envía su queja por Internet, pero necesita mandar documentos adicionales, imprima una copia de la forma completa antes de presionar el botón "Enviar". Después, mande por correo o fax la queja con sus documentos (copias, no originales).

Usted recibirá una carta de Acuso de Recibo para notificarle que su queja ha sido recibida y establecida con un número de identificación.

---

## **FIRMA DEL ASEGURADO O DEL RECLAMANTE**

**La firma no es necesaria cuando la queja se envía en línea**

Por favor imprima una copia de la forma llena para sus archivos

---

### **Acceso y corrección de la información personal**

Con pocas excepciones, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que el Departamento de Seguros de Texas (TDI) obtiene sobre usted. Bajo las secciones 552.021 y 552.023 del código del gobierno de Texas, usted tiene derecho de revisar o de recibir copias de la información sobre usted, incluyendo información privada. Sin embargo, TDI puede retener la información por razones diferentes a proteger su derecho a la privacidad. Bajo la sección 559.004 del código del gobierno de Texas, usted tiene derecho a solicitar que TDI corrija la información incorrecta que TDI tiene sobre usted. Para más información sobre el procedimiento y los costos para obtener la información de TDI o sobre el procedimiento para corregir la información guardada por TDI, por favor envíe email al [AgencyCounsel@tdi.state.tx.us](mailto:AgencyCounsel@tdi.state.tx.us) del Legal & Compliance Division de TDI o comuníquese con ellos al teléfono (512) 475-1757 o revise los [Procedimientos de TDI para Correcciones](#).

Texas Department of Insurance