

Presente su Queja

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.

- A. Los médicos/ proveedores de servicios médicos y sus representantes que están tratando de presentar una queja deben llenar el documento [Anexo A](#)

I. Información Del Asegurado

Fecha (mm/dd/aaaa):

Nombre (Primer nombre, Inicial, Apellido):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nombre de la Organización o Entidad:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Nombre de la Compañía de Seguros:

Correo Electrónico:

¿Puede TDI revelar mi dirección de e-mail en respuesta a una solicitud de información pública?

¿Revelar?
Acepto
No Acepto

Teléfono de su Trabajo:

Extensión:

Teléfono de su Casa:

Teléfono Celular:

Fax:

II. Información Sobre La Póliza de Seguro

Si el reclamante es el asegurado, por favor pase a la sección III. Díganos sobre su queja.

Nombre del Asegurado (Nombre, Inicial, Apellido):

Nombre de la Compañía de Seguros:

Nombre del Negocio:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

III. Díganos Sobre Su Queja

La Queja Es Contra (Compañía o persona):

Tipo de compañía y/o persona:

Escoja el Tipo
No lo sabe
Ajustador
Agente
Abogado
Corredor
Agencia de Cobros
Empleador
Ingeniero (Windstorm)
Centro de Servicios de Salud
Proveedor de Servicios Medicos
Organizacion del Mantenimiento de Salud
Asociacion de Practica Independiente
Organizacion de Revision Independiente
Compania de Seguros
Asegurado
Grupo Medico
Organizacion de Proveedores Preferidos
Agencia de Autos de Renta
Plan Autofinanciado (ERISA)
Departamento de Seguros de Texas
Tercer Administrador (TPA) incluyendo Gerente de Beneficios Farmaceuticos
Compania de Titulo
Agente de Revision para Utilizacion (URA)
Compensacion para Trabajadores
Red de Servicios Medicos de Compensacion para Trabajadores - Certificada
Red de Servicios Medicos de Compensacion para Trabajadores - Informal/ Voluntaria
Compensacion para Trabajadores - Medico Designado
Otra

Si se trata de otro, por favor explique:

Tipo de Cobertura:

- Escoja el Tipo
- No lo sabe
- Accidente
- Anualidad
- Automovil
- Bono
- Lineas Comerciales
- Incapacidad
- Inundacion
- Responsabilidad Civil en General
- Salud
- HMO
- Propietario de Vivienda
- Indemnizacion
- Vida
- Suplemento de Medicare
- Accidente Ocupacional
- PPO
- Título
- Tormentas
- Compensacion para Trabajadores (Reclamacion)
- Compensacion para Trabajadores (Clasificacion/ Prima)
- Otra

Si se trata de otro, por favor explique:

Número de la Póliza:

Fecha en que entro en vigor la póliza (mm/dd/aaaa):

Fecha de la Pérdida o Servicio (mm/dd/aaaa):

Número de la Reclamación:

Solo para Título De las Propiedades Inmobiliarias

Número de Archivo:

Fecha en que cerró la compra de su casa: (mm/dd/aaaa):

Solo para reclamaciones de compensación para trabajadores

Número de Reclamación de DWC:

Nombre del Empleado Lesionado (Nombre, Inicial, Apellido):

Fecha de la Lesión (mm/dd/aaaa):

Solo para HMO o Grupos de Salud

Nombre del grupo:

Número de la Póliza de Grupo:

Número del Certificado:

Nombre del Empleador:

Nombre del Ajustador:

Teléfono de Oficina del Ajustador:

Fax del Ajustador:

Dirección del Ajustador:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Nombre del Agente:

Nombre de la Agencia:

Teléfono de Oficina del Agente:

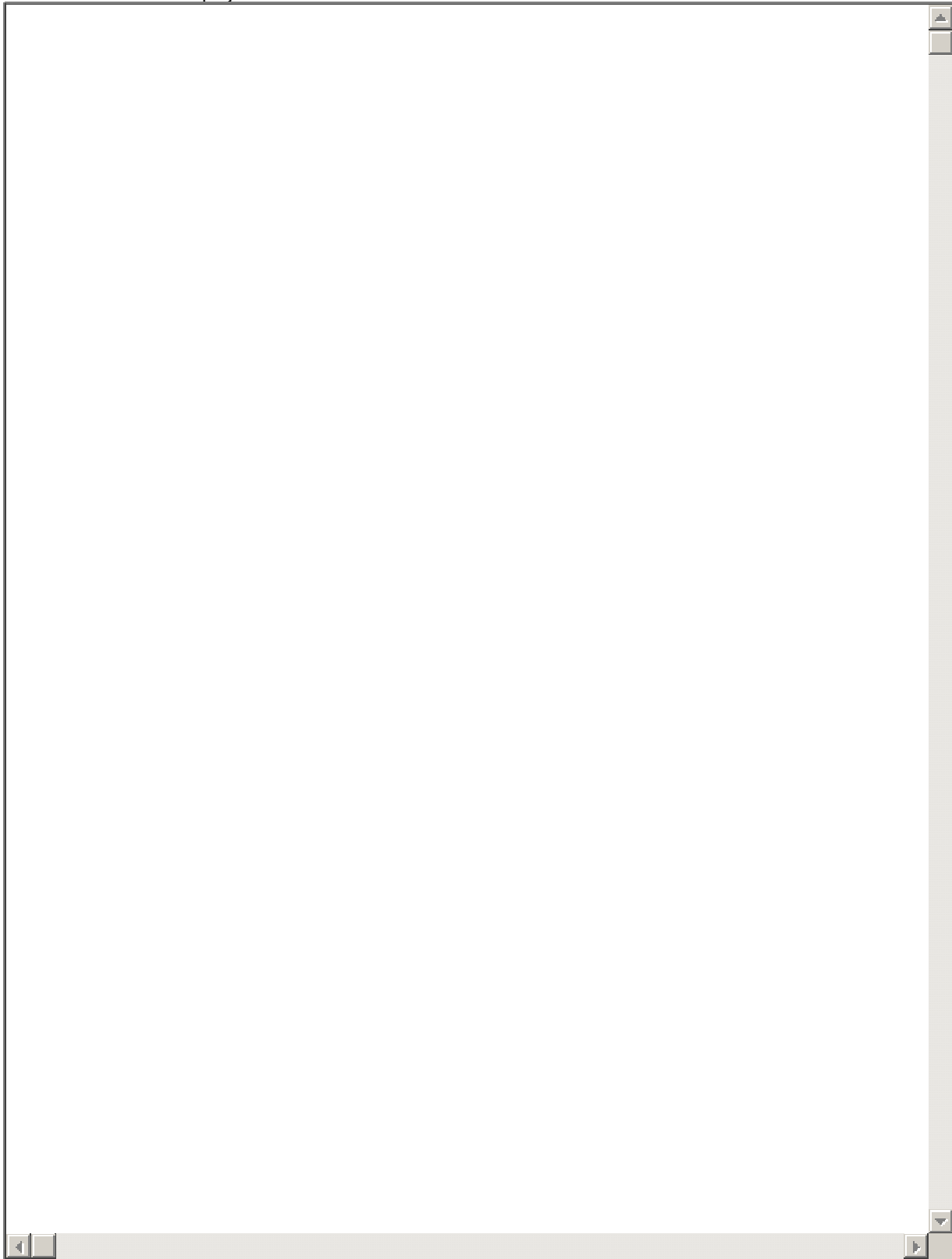
Fax del Agente:

Dirección del Agente:

Ciudad/Estado/Código Postal:

IV. Mi Queja

Por favor describa su queja.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to describe their complaint. On the right side of the box, there is a vertical scrollbar with a small arrow pointing up and down, indicating that the text area can be scrolled vertically. The box is currently empty.

V. Resolución

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

A large empty rectangular box for writing a resolution. The box is outlined in black and contains no text. At the corners of the box, there are small, light gray navigation icons: a left arrow at the bottom-left, a right arrow at the bottom-right, and a top arrow at the top-right.

VI. Como presentar su queja

Si **no** cuenta con documentación acreditativa, como comprobantes o evidencias, usted puede presentar su queja por:

- Correo postal:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection (111-1A)
P.O. Box 149091
Austin, Texas 78714-9091

- Fax: **(512) 475-1771**
- Email: ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

Si cuenta con documentación acreditativa, usted puede presentar su queja por:

- Email: ConsumerProtection@tdi.state.tx.us
- Correo postal:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection (111-1A)
P.O. Box 149091
Austin, Texas 78714-9091

- Fax: **(512) 475-1771**

Consejos para presentar la documentación acreditativa:

- Presente la documentación dentro de un día a partir de la fecha en que presentó su queja.
- Los tipos de documentación que nos ayudarán a resolver la mayoría de las quejas incluyen:
- Evidencia que indique que usted pagó por un seguro (recibos, copias de frente y reverso de cheques, facturas, etc.)
- certificados u otros documentos que muestran que usted tenía cobertura de seguro (copia de su póliza, obligación, tarjeta de inscripción, página de especificaciones, descripción del plan, etc.)
- correspondencia entre usted y su agente o compañía de seguro (y/o cualquier anuncio) donde se muestra lo que le dijeron sobre su cobertura de seguro o sus reclamaciones
- evidencia de reclamaciones sin pagar (copias de facturas sin pagar o evidencia de que usted ha pagado sus facturas, por las cuales usted busca un reembolso, reportes de accidente/reclamación, etc.
- cualquier otra documentación acreditativa que pudiera ayudar a liquidar su queja.
- Si usted tiene un problema debido a que su reclamación ha sido negada o si el pago de su reclamación está tomando más de lo esperado, por favor adjunte cada uno de los siguientes artículos con su queja:
- el HCFA 1500 o el UB-92
- evidencia de que su reclamación ha sido sometida
- explicación de los beneficios (EOBs, por sus siglas en inglés)
- evidencia de actividades anteriores de cobros y pagos atrasados, incluyendo recibos postales, copias de talones de cheques, y confirmación de entrega (fax, correo postal, e-mail)

- datos específicos sobre cualquier comunicación por teléfono y por escrito con la aseguradora, incluyendo nombres, fechas y números de teléfono, de ser posible.

Para preguntas o asistencia para presentar su queja, llame:

Línea de Ayuda al Consumidor **1-800-252-3439**

División de Compensación para Trabajadores **1-800-372-7713**

VII. Firma

Firma del asegurado/reclamante/representante

- A. A. Los médicos/ proveedores de servicios médicos y sus representantes que están tratando de presentar una queja deben llenar el documento [Anexo A](#)

VIII. 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 de la División de Servicios Legales de TDI o revise los [Procedimientos de TDI para Correcciones](#).