DEPARTMENT OF Managed Health Care

医疗保险销售诈骗举报投诉表格

投诉详细信息：

1) 公司向您提供何种保险：：

_____

_____

2) 您是否接受该保险： ☐ 是 ☐ 否

3) 您是否相信该公司做出错误陈述： ☐ 是 ☐ 否

4) 您认为什么样的陈述属于错误陈述：

_____

_____

5) 您是否为此向该公司付款： ☐ 是 ☐ 否

若有，付款金额是多少：_____

使用何种支付方式：_____

6) 公司首次与您联系的时间是（年/月/日）：：_____

7) 您最初是何反应：

_____

_____

8) 公司以何种方式与您联系：

☐ 电话 ☐ 医生办公室、药房或医院
☐ 电子邮箱 ☐ 广告——请描述广告内容和地址
☐ 家里 ☐ 其他——请说明

_____

_____

9) 您是否与公司签署过任何文件： ☐ 是 ☐ 否

10) 您是否向公司提供过任何个人或财务信息： ☐ 是 ☐ 否

11) 请列出您请求协助的任何其他机构或实体：

_____

_____

12) 您希望以何种方式解决投诉：

_____

_____

_____

其他信息

请说明任何您经历中任何重要的其他信息，包括：该公司信息、公司向您提供的保险以及您是否接受该保险。

_____

_____

_____

_____

_____

_____

消费者信息

请提供您的联系方式，以便我们能够在必要时联系您，获取有关您投诉的进一步信息。

姓名_____

邮寄地址_____

城市_____州 _____邮编_____

日间电话 # _____夜间电话# _____

电子邮箱 _____

公司信息

请告知您就该公司已知的任何信息。

公司名称 _____

邮寄地址_____

城市_____州 _____邮编 _____

电话 # _____ 电子邮箱_____

网址_____

公司代表人姓名_____

公司代表人头衔或职务_____

电话# _____电子邮箱 _____

代表人如何描述他/她所从属的机构（如：计划、加州全保、政府项目等）：_____

_____

13) 您是否拥有该公司的任何文件：　　☐ 是　　☐ 否

如您愿意提供所拥有的任何与您案件有关的文件，请于提交之时同时提供文件副本。

我正在请求医疗保健管理局（DMHC）协助我的投诉。我知悉 DMHC 将会保护我的个人信息。如我的投诉属于 DMHC 的管辖范围，DMHC 会进行进一步调查并与我联系。在适当的情形下，DMHC 会将我的投诉提请加州全保、保险局或其他机构进行进一步复审。

签字：_____ 日期：_____

说明：

以邮寄或传真的方式提交投诉表格：

1. 填写并签署表格。如您需要额外空间填写答案，请再附上一页。
2. 投诉时请附上您认为与投诉相关的信函或其他文件的副本。请寄送文件副本，而非原件。求助中心不会返还任何文件。
3. 传真或邮寄本表和任何附加的文件副本至下列地址：

   Help Center
   Department of Managed Health Care
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725

   传真：916-255-5241

如您对投诉表格有任何疑问，请致电求助中心免费电话 1-888-466-2219 或（听障人士专线）1-877-688-9891