

## Форма жалобы о мошенничестве для сообщения о случаях мошенничества при продаже медицинского страхования

### Подробная информация о жалобе:

1) Что компания предложила Вам:

---

---

2) Получили ли Вы то, что было предложено:  Да  Нет

3) Считаете ли Вы, что компания сделала неточные заявления:  Да  Нет

4) Какие заявления, по Вашему мнению, являются неточными:

---

---

5) Заплатили ли Вы компании:  Да  Нет

Если да, то сколько Вы заплатили: \_\_\_\_\_

Какой способ оплаты использовался: \_\_\_\_\_

6) Когда компания впервые связалась с Вами (мм/дд/гггг): \_\_\_\_\_

7) Каков был Ваш первоначальный ответ:

---

---

8) Как с Вами связались:

По телефону

В кабинете врача, в аптеке или в больнице

По эл. почте

Реклама — опишите ее содержание и нахождение

Дома

Другое — опишите

---

---

9) Подписывали ли Вы какие-либо документы от компании:  Да  Нет

10) Предоставили ли Вы компании какую-либо персональную или финансовую информацию:

Да  Нет

11) Перечислите любые другие учреждения или органы, в которые Вы обращались за помощью:

---

---

12) Что Вы хотите, что Вам необходимо или что Вы ожидаете для разрешения Вашей жалобы:

---

---

---

### **Дополнительная информация:**

**Просим Вас предоставить любую дополнительную информацию, которая является важной, в отношении Вашего опыта, включая информацию о компании, что данная компания предлагала Вам, и получили ли Вы то, что Вам предлагалось.**

---

---

---

---

---

---

### **Информация о клиенте**

**Просим Вас предоставить контактные данные, по которым мы можем связаться с Вами для получения дополнительной информации о Вашей жалобе в случае необходимости.**

Имя \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Тел. в рабочее время \_\_\_\_\_ Тел. в вечернее время \_\_\_\_\_

Эл. почта \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Информация о компании**

**Просим Вас сообщить информацию, известную Вам о компании.**

Название компании \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_ Эл. почта \_\_\_\_\_

Веб-сайт \_\_\_\_\_

Имя и фамилия представителя компании \_\_\_\_\_

Должность представителя компании \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_ Эл. почта \_\_\_\_\_

Как представитель описал свою принадлежность (например, План, Covered California, государственная программа и т.п.): \_\_\_\_\_

13) Есть ли у Вас какие-либо документы от компании:  Да  Нет

Если у Вас есть какие-либо документы, имеющие отношение к данному делу, которые Вы хотели бы предоставить, пожалуйста, приложите копию этих документов к подаваемой жалобе.

Я прошу Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, ДМНС) помочь мне в решении данной жалобы. Я понимаю, что ДМНС будет охранять мою персональную информацию. Если моя жалоба подпадает под юрисдикцию ДМНС, то ДМНС может продолжить расследование данной жалобы и связываться со мной. В случае необходимости ДМНС может передать мою жалобу в Covered California, Департамент страхования или другой орган для дальнейшего рассмотрения.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

## Инструкции:

### Для подачи Формы жалобы о мошенничестве по почте или факсу:

1. Заполните и подпишите форму. Если Вам необходимо дополнительное место для ответа, приложите отдельный лист.
2. Приложите копии писем или других документов, которые, по-вашему мнению имеют отношение к Вашей жалобе. Просим Вас присылать копии документов, а не оригиналы. Центр помощи не возвращает документы.
3. Отправьте данную форму и копии вспомогательных документов по факсу или почтой в:

#### **Help Center**

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

ФАКС: 916-255-5241

Если у Вас возникли вопросы в отношении формы жалобы о мошенничестве, позвоните в Центр помощи по бесплатному телефону 1-888-466-2219 или (TDD) 1-877-688-9891.