

## QUERELLAS

---

Propósito Este formato será usado para que las personas sometan sus querellas sobre nuestro cumplimiento con las prácticas de la privacidad.

---

### **SECCIÓN A: Información sobre la persona que somete la querella.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### **NOTA AL QUERELLANTE: Favor de leer y completar toda la información que se solicita a continuación.**

Usted tiene derecho a radicar una querella sobre la manera en que nosotros cumplimos con nuestras Políticas y Procedimientos o las leyes de privacidad del Gobierno Federal o local. Nosotros investigaremos su querella y le responderemos por escrito. No pretendemos que usted renuncie a los derechos que tenga bajo las leyes sobre asuntos de privacidad, ya sea en la esfera federal o local. Su querella no afectará su suscripción en nuestro plan de salud o su elegibilidad a los beneficios o el pago de reclamaciones. TRIPLE-S SALUD no tomará represalia alguna por usted haber radicado una querella. Para ejercer su derecho a radicar querellas, favor de completar las Secciones A y B que aparecen a continuación, firmar el documento y enviarlo a:

Oficina de Contacto: OFICINA DE CUMPLIMIENTO Y PRIVACIDAD

Teléfono: (787) 277-6686 Fax: (787) 706-4004

Correo electrónico: [privacidad@ssspr.com](mailto:privacidad@ssspr.com)

Dirección: PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628

Si tiene preguntas, dudas o necesita ayuda para completar su querella, favor de comuníquese con nosotros a la dirección que aparece arriba. Además, o como una alternativa, usted puede canalizar su querella directamente al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Para información sobre los procedimientos para hacer esto, comuníquese con nosotros a la dirección que aparece arriba.

### **SECCIÓN B: Su querella.**

Someta una breve explicación de su querella:

---

---

**QUERELLA**

Página 2

---

---

---

---

Someta una breve explicación de los resultados que usted espera como consecuencia de su querella:

---

---

---

---

---

---

---

---

**SU FIRMA**

Certifico que la declaración hecha en esta querella es verídica y correcta a mi mejor entender y conocimiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta querella es presentada por un representante personal designado por el asegurado, favor de llenar la información que sigue:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con el querellante: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA QUERELLA**