EmblemHealth | UnitedHealthcare

投诉

重要：请参阅您计划的隐私权实施条例通知，了解行使您权利的相关指示说明。

致投诉人：

您有权向您的健保计划提出有关其隐私权实施或其遵循其隐私权实施条例通知，或适用之隐私权政策及程序的投诉。您的投诉将获得调查，且将向您提供书面答复。您提出投诉时不需放弃您根据联邦或州隐私权法律或其它法律规定所享有的任何权利，且您提出投诉也不会对您参加注册健保计划、您享有健保计划福利的资格，或依健保计划规定对您请款付款造成不利影响。如欲行使此权利，请填写下方的 A 部份和 B 部份，签名并注明日期，然后按照您的隐私权实施条例通知的指示提交此投诉。

如果您有疑问、需要额外信息或需要协助填写您的投诉，请联系您的隐私官。除了向健保计划提出投诉或作为其替代方式，您也可以向美国健康及人类服务部提出投诉。

A 部份：投诉人

姓名 _____

地址 _____

电话 _____ 电子邮件 _____

身份编号 _____ 会员卡号码 _____

B 部份：投诉人的投诉内容

请简要明白地陈述您的投诉内容：

_____

_____

_____

_____

_____

_____

（续）

B 部份：投诉人的投诉内容 *(续)*

请简要明白地陈述您希望获得的投诉解决方式：

_____

_____

_____

_____

_____

_____

投诉人签名

本人证明，竭尽本人所知所信，本投诉中的陈述皆为真实正确。

签名 _____ 日期 ___ / ___ / _____
月月 日日 年年年年

若本投诉由投诉人的个人代表提出，请填写以下内容：

个人代表的姓名 _____

与投诉人的关系 _____

请保留副本以作记录。

(续)

仅供内部使用

投诉调查和处理

收到投诉的日期 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年

投诉传送给隐私官的日期 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年

执行的调查：_____

_____

发现和结论：_____

_____

_____

倘若发现违规情况，采取的纠正行动（包括对任何违反隐私权政策和程序、隐私权规则或其它联邦或州法律规定的员工实施惩处，以及减轻违规行为所造成的任何有害影响）：

_____

_____

投诉报告发送日期 ____ / ____ / ____ 请附上投诉报告副本。
月月 日日 年年年年

事项结案日期 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年

签名

本人证明以上信息正确无误。

签名 _____ 日期 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年

正楷填写姓名 _____ 称谓 _____

请通过邮寄或传真方式提交您的要求。

邮寄：

NYCE PPO Plan
P.O. Box 21534
Eagan, MN 55121

传真：888-742-4179

© 2025 联合健康保险服务公司。UMF0097-NYCE 1225 UA
未获得许可，不得复制本文件的任何部份。

EmblemHealth | UnitedHealthcare