

Formulario para quejas del cliente

Número de cuenta (opcional)

Nombre		Apellido		Sufijo
Teléfono		Correo electrónico		
Domicilio físico			Domicilio (línea 2)	
Ciudad		Estado	Código postal	

Tipo de queja (marque todo lo que corresponda)

- Agente de seguros
- Asistente residente en la localidad
- Atención al cliente
- Compañía de Seguro de salud
- Otros _____

Comentarios (use papel adicional si necesita más espacio para escribir)

Imprima y envíe este formulario por correo a:

Connect for Health Colorado
4600 South Ulster Street, Suite 300
Denver, CO 80237

Guarde y envíe este formulario por correo electrónico a:

complaints@sc.connectforhealthco.com

¿Qué sucede después? Nos pondremos en contacto con usted por teléfono o por correo electrónico, para revisar su queja.