

FORMULARIO PARA RADICACIÓN DE QUERRELLA DE PRIVACIDAD

MCS CLASSICARE
Unidad de Privacidad
PO Box 9023547 San Juan, PR 00902-3547
Área metropolitana: (787) 620-3186
Isla (libre de costo): 1(877) 627-0004

Nombre del Querellante: (Letra de Molde)		Indique si usted es: <input type="checkbox"/> Empleado de MCS <input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Otro: _____
Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Otro: _____	Dirección:	
Fecha (dd/mm/yyyy):	Hora:	AM / PM
Escriba su querrella en el siguiente espacio. Favor de incluir detalles específicos, como persona(s) envuelta(s), fecha(s), lugar(es), etc. De ser necesario, utilice una hoja adicional para escribir su querrella y adjunte cualquier otro documento relacionado. Envíe su querrella a la dirección postal arriba.		
Firma del Querellante:		Fecha (dd/mm/yyyy):
Si la persona que firma arriba no es el querellante, favor de indicar su relación: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Tutor Legal de una Persona con Discapacidad <input type="checkbox"/> Pariente o Tutor Legal <input type="checkbox"/> Afiliado o Representante Autorizado de una Persona Fallecida Otro (especifique): _____		

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje (incluyendo sus anejos) es solamente para el uso del destinatario arriba indicado y puede contener información confidencial y/o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario indicado, queda notificado que cualquier uso, divulgación, o distribución de su contenido está estrictamente prohibido. De haber recibido este mensaje por error, favor de notificarlo al contacto indicado en el documento y destruir el mensaje original y todas las copias del mismo.