代表委任书

使用本表格授权 Blue Shield of California、Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 以及它们的业务伙伴（以下统称“Blue Shield”）以准许就您的上诉或申诉委任代表。本人授权此人士提出任何要求；提出或引出证据；获取上诉资料；并完全代表本人收取与本人的索赔、上诉、申诉或请求有关的任何通知。本人了解，与本人的请求相关的个人医疗信息可能会披露给以下代表。

1.被任命为代表（以下简称“成员”）的人士。

会员姓名：

会员地址：

投保人 ID 号码：

出生日期：

2.所指定的代表是谁？

受托者的姓名：

受托者地址：

受托者与会员的关系：

3. 填写此表格的目的是什么？（勾选一项）

☐ 任命一名代表

☐ 撤销已委任的代表

4. 失效及撤销。

除非在此处特别注明不同日期，本《代表委任书》将自您的签署日期（见下方）起，在一年内保持效力：_____/_____/_____

您有权随时通过书面通知 Blue Shield 的方式撤销本《代表委任书》。*在收到您的撤销申请前，撤销本《代表委任书》将不会影响我们对资讯的使用或披露。*如果本《代表委任书》是由父母一方或法定监护人代表未成年人发出，则其将在该未成年人的 18 岁生日失效。

5.会员及代表签名

本人已阅读本表格，本人理解并同意其条款。本人指示 Blue Shield of California 准许《代表委任书》，并使用或向注明的受托者披露信息。这一信息可能包括健康信息，如药物滥用、心理健康、行为健康、基因检测和艾滋病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) 状况。本人理解，本人的信息一经披露，其可能被受托者再次披露，且该等信息可能不再受隐私法的保护，包括 1996 年颁布的联邦 Health Insurance Portability and Accountability Act（健康保险隐私及责任法案）。

本人理解，Blue Shield 不得以本人是否签署本《代表委任书》作为健康计划付款、投保或福利资格判定的条件。

Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent member of the Blue Shield Association A52933XLB-CH (12/21)

会员签名　　日期

会员姓名（工整书写）

通过在下方签名，本人已阅读此表格并在此接受上述委任。

代表签名　　日期

代表的姓名（工整书写）

法定代表人或监护人

如果本表格的签署方并非会员本人或未成年人的父母，例如签署方为个人/法定代表人、监护人或遗嘱执行人，**则您还必须提交法律文件，**证明您有权代表会员（或会员遗产）委任一名代表。该等文件可能包含以下示例：1) 持久医疗护理委托书；2) 经法院判定监护权的当前有效文件证明；3) 其他证明您可以代表会员（或会员的遗产）行事的有效法律文件。

代表的姓名（工整书写）：

与会员的关系：

提交的文件类型：

请保留《代表委任书》表格的副本，以作备份

请将填写完整并经签署的《代表委任书》表格寄回：

Blue Shield of California Customer Care
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。本公司遵守适用的州法律和联邦民权法律，并且不会以种族、肤色、原国籍、族群认同、医疗状况、遗传信息、血统、宗教、性别、婚姻状况、性别认同、性取向、年龄、精神残疾或身体残疾而进行歧视、排斥或区别对待他人。