대리인 지명

Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 및 협력사("Blue Shield"로 통칭)에 본인의 이의 또는 고충과 관련한 대리인 지명을 허가할 권한을 부여하려면 본 양식을 작성하십시오. 나는 해당인이 요청하거나, 증거를 제시 또는 도출하거나, 이의 관련 정보를 얻거나, 불만, 이의, 고충 관련 안내를 받거나, 전적으로 나의 위치에서 요청하는 것을 허가합니다. 나는 요청과 연관된 개인 의료 정보가 아래 지정된 대리인에게 공개될 수 있다는 것을 이해합니다.

1. 대리인을 지정하는 사람("가입자").

가입자 성명:

가입자 소:

주 가입자 ID 번호:

생년월일:

2. 지명된 대리인은 누구입니까?

피지명인 이름:

피지명인의 주소:

피지명인과 가입자와의 관계:

3. 이 양식의 작성 목적은 무엇입니까? (하나에 표시)

☐ 대리인 지명

☐ 기존 대리인 지명 철회

4. 만료 및 철회.

이 대리인 지명서는 여기에 달리 명시되지 않는 한 귀하가 서명(아래)한 날로부터 1년간 유효합니다:_____/_____/_____

귀하는 Blue Shield에 서면으로 알림으로써 본 대리인 지명을 언제든 철회할 수 있는 권리를 보유합니다. *본 대리인 지명을 철회하는 것은 파기 요청을 받기 전에 당사가 사용하거나 공개한 정보에는 효력을 미치지 않습니다.* 만약 본 대리인 지명을 미성년자를 대리하여 부모 또는 법적 보호자가 제공했을 경우, 해당 미성년자의 만 18세 생일에 효력이 만료됩니다.

5. 가입자 및 대리인의 서명

나는 본 양식을 읽고 이해하였으며 본 조건에 동의합니다. 나는 Blue Shield of California의 대리인 지명 및 사용을 허용 또는 상기 지정된 대로 명시된 피지명인에게 정보를 공개하도록 허가합니다. 이 정보에는 약물 남용, 정신 건강, 행동 건강, 유전 검사, HIV/에이즈(AIDS) 상태가 포함될 수 있습니다. 나는 내 정보가 일단 공개되면, 피지명인이 재공개할 수 있으며, 연방 Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996(건강 보험 이동과 책임에 관한 법률, 1996년)를 포함한 개인정보 보호법에 의한 보호를 더는 받게 될 수 없다는 것을 이해합니다.

나는 본 대리인 지명서에 서명했는지와 관계없이 Blue Shield 가 혜택 자격 또는 건강 플랜 가입, 지급을 좌우하지 않을 것임을 이해합니다.

Y0118_22_020A_C_ KO 01122022

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

가입자 서명 | 날짜

가입자 성명(정자체)

아래에 서명함으로써, 나는 본 양식을 읽었으며 이로써 상기 지명에 동의함을 확인합니다.

대리인 서명 | 날짜

대리인 성명(정자체)

법적 대리인 또는 보호자

만약 본 양식에 가입자 또는 미성년자의 부모 외에 다른 자, 예를 들어 개인/법적 대리인, 보호자, 또는 집행인 등이 서명했을 경우, 가입자(또는 가입자의 상황)를 대신하여 대리인을 지명하는 행위가 가능하다는 권한을 나타내는 **법률 서류를 제출해야 합니다**. 이러한 서류에는 다음이 포함됩니다: 1) 건강 관리 위임장, 2) 현재 유효한 법원 명령 후견인 확인 서류, 또는 3) 가입자(또는 가입자의 상황)를 대신하여 행위가 가능하다는 권한을 나타내는 기타 유효한 법률 서류.

대리인의 성명(정자체):

가입자와의 관계:

제출한 서류 유형:

대리인 지명 양식 사본을 기록을 위해 보관해주세요

대리인 지명 양식을 작성하고 서명하여 다음 주소로 보내주세요.

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。
당사는 해당 주법 및 연방 인권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 민족 집단 신원, 의료 질환, 유전 정보, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 정신 장애 또는 신체장애를 이유로 사람을 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.