Designación de un Representante

Use este formulario para autorizar a Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company y a sus socios comerciales (colectivamente, "Blue Shield") para permitir que se designe un representante en relación con su apelación o reclamo. Autorizo a esta persona a hacer cualquier pedido, presentar u obtener pruebas, obtener información sobre apelaciones y recibir cualquier aviso relacionado con mi reclamación, apelación, reclamo o pedido completamente en mi lugar. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi pedido puede revelarse al representante indicado a continuación.

1. Persona que designa a un representante ("Miembro").

Nombre del miembro:

Dirección del miembro:

Número de identificación del suscriptor:

Fecha de nacimiento:

2. ¿Quién es el representante designado?

Nombre del destinatario:

Dirección del destinatario:

Relación del destinatario con el miembro:

3. ¿Cuál es el objetivo de completar este formulario? (Marque uno)

- ☐ Designar a un representante
- ☐ Cancelar la designación de un representante existente

4. Vencimiento y cancelación

Esta Designación de Representación tendrá validez durante un año a partir de la fecha en que usted la firme (más abajo) a menos que se especifique una fecha distinta aquí: _____/_____/_____

Usted tiene derecho a cancelar esta Designación de Representación en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Blue Shield. *La cancelación de esta Designación de Representación no afectará la información que usamos o revelamos antes de recibir su pedido de cancelación.* Si un padre, una madre o un tutor legal presenta esta Designación de Representación en nombre de un menor de edad, vencerá el día en que el menor cumpla 18 años.

5. Firma del miembro y del representante

He leído este formulario, y entiendo y acepto sus términos. Autorizo a Blue Shield of California a permitir una designación de representación y a usar o revelar la información al destinatario indicado como se detalló antes. Esto puede incluir información relacionada con la salud, como abuso de sustancias adictivas, salud mental, salud de la conducta, pruebas genéticas y estado de VIH/sida. Entiendo que una vez que se revele mi información, puede ser revelada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad, incluida la ley federal de 1996 llamada Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos).

Entiendo que Blue Shield no puede condicionar el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios dependiendo de que yo firme o no esta Designación de Representación.

Y0118_22_020A_C_SP 01122022

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

Firma del miembro | Fecha

Nombre del miembro (en letra de imprenta)

Al firmar abajo, certifico que he leído este formulario y acepto por medio de este documento la designación que aparece arriba.

Firma del representante | Fecha

Nombre del representante (en letra de imprenta)

Tutores o representantes legales

Si este formulario lo firma una persona que no es el Miembro ni el padre o la madre de un menor de edad, como un ejecutor testamentario, un tutor o un representante personal/legal, **usted también debe presentar documentación legal** que demuestre que usted tiene autoridad para actuar en nombre del Miembro (o como administrador de la propiedad del Miembro) para designar a un representante. Por ejemplo, esa documentación puede incluir lo siguiente: 1) Poder notarial permanente para la atención de la salud; 2) documentación válida y actual de la tutela por orden judicial; o 3) otra documentación legal válida que demuestre su autoridad para actuar en nombre del Miembro (o como administrador de la propiedad del Miembro).

Nombre del representante (en letra de imprenta):

Relación con el miembro:

Tipo de documentación presentada:

Guarde una copia del formulario de Designación de un Representante para sus registros

Envíe el formulario de designación de un representante completo y firmado a:

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。