



تعيين ممثل

استخدم هذا النموذج لتفويض Blue Shield of California، وشركة Blue Shield of California Life & Health، وإلهم مجتمعين باسم "Blue Shield" للسماح بتعيين ممثل فيما يتعلق بالطعن أو التظلم Insurance، وشركائهم في الأعمال (يُشار إليهم مجتمعين باسم "Blue Shield") للسماح بتعيين ممثل فيما يتعلق بالطعن أو التظلم المُقدم مني. وأفوض هذا الشخص لتقديم أي طلب؛ وتقديم الأدلة أو استخلاصها؛ والحصول على معلومات الطعن؛ وتسلم أي إشعار فيما يتعلق بالمطالبة أو الطعن أو التظلم أو الطلب الذي أقدمه، تفويضًا كاملاً أقمته فيه مقام نفسي. أدرك أن المعلومات الطبية الشخصية المتعلقة بالطلب الذي أقدمه قد يتم الإفصاح عنها للممثل المُشار إليه أدناه.

1. تعيين ممثل ("عضو")

اسم العضو:

عنوان العضو:

رقم معرف عضوية المشترك:

تاريخ الميلاد:

2. من الممثل المُعين؟

اسم المستلم:

عنوان المستلم:

صلة المستلم بالعضو:

3. ما الغرض من استكمال هذا النموذج؟ (حدد إجابة واحدة)

☐ تعيين ممثل

☐ إلغاء تعيين ممثل موجود

4. الانتهاء والإلغاء.

سيظل تعيين الممثل هذا ساريًا لمدة عام واحد من تاريخ توقيعك عليه (أدناه) ما لم يتم تحديد تاريخ مختلف هنا: ____/____/____
يحق لك إلغاء تعيين الممثل هذا في أي وقت عن طريق إخطار Blue Shield كتابيًا. لن يؤثر إلغاء تعيين الممثل هذا على المعلومات التي نستخدمها أو نفصح عنها قبل استلام طلب الإلغاء الخاص بك. إذا قُدم تعيين الممثل هذا أحد أولياء الأمر أو الأوصياء القانونيين نيابة عن شخص قاصر، فسينتهي عند بلوغ الشخص القاصر سن الثامنة عشر.

5. توقيع العضو والممثل

لقد قرأت هذا النموذج وفهمت شروطه وأوافق عليها. أوجه Blue Shield of California بالسماح بتعيين ممثل لاستخدام المعلومات أو الإفصاح عنها إلى المستلم المُشار إليه على النحو المحدد أعلاه. قد يتضمن هذا معلومات صحية، مثل تعاطي المخدرات والصحة العقلية والصحة السلوكية والاختبارات الجينية وحالة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. أدرك أنه بمجرد الإفصاح عن معلوماتي، قد يُفصح عنها المستلم ولن تعد محمية بموجب قوانين الخصوصية، بما في ذلك قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة الفيدرالي لعام 1996. أدرك أن Blue Shield قد لا تشترط الدفع أو التسجيل في خطة صحية أو الأهلية للحصول على المزايا في حال التوقيع على نموذج تعيين الممثل هذا.

توقيع العضو	التاريخ
اسم العضو (بأحرف واضحة)	
لقد قرأت هذا النموذج وعليه أقر، بموجب التوقيع أدناه، بقبول التعيين الوارد أعلاه.	
توقيع الممثل	التاريخ
اسم الممثل (بأحرف واضحة)	

الممثلون القانونيون أو الأوصياء

إذا وقع شخص بخلاف العضو أو ولي أمر الشخص القاصر على هذا النموذج، مثل الممثل الشخصي/القانوني، أو الوصي أو المنفذ، يجب عليك أيضًا تقديم المستندات القانونية التي تثبت تفويضك بالتصرف نيابةً عن العضو (أو تركة العضو) للإفصاح عن المعلومات الصحية. قد تشمل هذه الوثائق، على سبيل المثال:

1. توكيل رسمي بالتأمين الصحي الدائم
2. الوثائق الحالية والصالحة للوصاية بأمر من المحكمة؛ أو
3. وثائق قانونية أخرى صالحة توضح سلطتك للتصرف نيابةً عن العضو (أو تركة العضو)

اسم الممثل (بأحرف واضحة):
الصلة بالعضو:
نوع المستندات المقدمة:

احتفظ بنسخة من نموذج تعيين ممثل للرجوع إليها عند الحاجة

يُرجى إعادة إرسال نموذج تعيين الممثل بعد استكمال البيانات والتوقيع عليه إلى:

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。