



委任代表

使用此表格授权Blue Shield of California、Blue Shield of California Life & Health Insurance Company及其商业伙伴（统称为“Blue Shield”）允许就我的上诉或申诉委任一位代表。我授权此人提出任何请求；提供或获取证据；获得上诉信息；并完全代表我接收与我的理赔、上诉、申诉或请求有关的任何通知。我理解，与我的请求相关的个人医疗信息可能会披露给下面指明的代表。

1. 委任代表的人（“会员”）

会员姓名：

会员地址：

投保人身份证号：

出生日期：

2. 被委任的代表是谁？

接收者姓名：

接收者地址：

接收者与会员的关系：

3. 填写此表格的目的是什么？（勾选一项）

☐ 委任一名代表

☐ 撤销现有的委任代表

4. 到期和撤销

除非此处指定了不同的日期，否则此代表委任自您签字之日起一年内有效（见下文）： ____/____/____

您有权随时通过向Blue Shield发送书面通知的方式来撤销此代表委任。撤销此代表委任不会影响我们在收到您的撤销请求之前使用或披露的信息。如果此代表委任由父母或法定监护人代表未成年人给予，则该委任将于未成年人十八岁生日时到期。

5. 会员和代表签名

我已阅读此表格，并且理解和同意其条款。我指示Blue Shield of California允许委任一名代表按照上述指示使用或向指定接收者披露信息。这可能包括药物滥用、心理健康、行为健康、基因检测和HIV/AIDS状况等健康信息。我理解，一旦我的信息被披露，接收者可能会再次披露该信息，并且可能不再受隐私法（包括1996年联邦《健康保险流通与责任法案》）的保护。

我理解，Blue Shield不得以我是否签署此代表委任书作为付款、健康计划参保或福利享受资格的条件。

会员签名

日期

会员姓名（工整书写）

在下面签名即表示，我已阅读此表格并特此接受上述委任。

代表签名

日期

代表姓名（工整书写）

法定代表人或监护人

如果此表格由会员或未成年人父母以外的其他人签署，例如个人/法定代表人、监护人或遗嘱执行人，您还必须提交法律文件以表明您有权代表该会员（或会员遗产）披露健康信息。此类文件可能包括，例如：

1. 持久医疗保健授权书
2. 当前有效的法院指定监护权文件；或者
3. 其他有效的法律文件，表明您有权代表该会员（或会员遗产）行事

代表姓名（工整书写）： _____

与会员的关系： _____

提交的文件类型： _____

保留一份代表委任表副本作为记录

将填妥并签字的代表委任表寄回至：

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。