

## Chỉ định người đại diện

Sử dụng biểu mẫu này để cho phép Blue Shield of California, Công ty Bảo hiểm Sức khỏe và Nhân thọ Blue Shield of California và các đối tác kinh doanh của họ (gọi chung là “Blue Shield”) chỉ định người đại diện liên quan đến kháng cáo hoặc khiếu nại của tôi. Tôi cho phép người này đưa ra bất kỳ yêu cầu nào; trình bày hoặc đưa ra bằng chứng; nhận thông tin về kháng cáo; và nhận bất kỳ thông báo nào liên quan đến yêu cầu xin bồi hoàn, kháng cáo, khiếu nại hoặc yêu cầu của tôi hoàn toàn thay mặt cho tôi. Tôi hiểu rằng thông tin y tế cá nhân liên quan đến yêu cầu của tôi có thể được tiết lộ cho người đại diện được chỉ định bên dưới.

### 1. Người chỉ định người đại diện (“Hội viên”)

Tên hội viên:

Địa chỉ hội viên:

Số ID người đăng ký:

Ngày sinh:

### 2. Ai là người đại diện được chỉ định?

Tên người nhận:

Địa chỉ người nhận:

Quan hệ của người nhận với Hội viên:

### 3. Mục đích của việc hoàn thành biểu mẫu này là gì? (Đánh dấu một lựa chọn)

☐ Chỉ định người đại diện

☐ Thu hồi sự chỉ định hiện có về người đại diện

### 4. Hết hạn và thu hồi.

Chỉ định người đại diện này sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày quý vị ký (bên dưới) trừ khi một ngày khác được chỉ định ở đây: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quý vị có quyền thu hồi Bản chỉ định người đại diện này bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo cho Blue Shield bằng văn bản. Việc thu hồi Chỉ định người đại diện này sẽ không ảnh hưởng đến Thông tin chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ trước khi chúng tôi nhận được yêu cầu thu hồi của quý vị. Nếu cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp thay mặt cho trẻ vị thành niên đưa ra Bản chỉ định người đại diện này, bản chỉ định sẽ hết hạn vào ngày sinh nhật thứ mười tám của trẻ vị thành niên.

## 5. Chữ ký của hội viên và người đại diện

Tôi đã đọc biểu mẫu này và tôi hiểu cũng như đồng ý với các điều khoản. Tôi chỉ định Blue Shield of California cho phép chỉ định người đại diện để sử dụng hoặc tiết lộ Thông tin cho người nhận đã nêu theo hướng dẫn ở trên. Điều này có thể bao gồm thông tin sức khỏe như lạm dụng chất gây nghiện, sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi, xét nghiệm di truyền và tình trạng HIV/AIDS. Tôi hiểu rằng khi thông tin của tôi được tiết lộ, người nhận có thể tiết lộ tiếp và thông tin có thể không còn được bảo vệ theo các luật về quyền riêng tư, bao gồm cả Đạo luật về trách nhiệm và khả năng chuyển đổi của bảo hiểm sức khỏe năm 1996 của liên bang.

Tôi hiểu điều rằng Blue Shield không được ra điều kiện về thanh toán, đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc tính hội đủ điều kiện nhận quyền lợi đối với việc tôi có ký vào Bản chỉ định người đại diện này hay không.

---

Chữ ký hội viên

---

Ngày

---

Tên hội viên (viết in hoa)

**Bằng việc ký tên bên dưới, tôi đã đọc biểu mẫu này và theo đây chấp nhận chỉ định trên.**

---

Chữ ký người đại diện

---

Ngày

---

Tên người đại diện (viết in hoa)

---

### Người đại diện hoặc người giám hộ hợp pháp

Nếu một người không phải là hội viên hoặc cha mẹ của trẻ vị thành niên đã ký biểu mẫu này, chẳng hạn như người đại diện cá nhân/hợp pháp, người giám hộ hoặc người thi hành, **quý vị cũng phải gửi tài liệu pháp lý** cho thấy quý vị có quyền hành động thay mặt cho Hội viên (hoặc di sản của Hội viên) tiết lộ thông tin sức khỏe. Các tài liệu như vậy có thể bao gồm, ví dụ:

1. Ủy quyền chăm sóc sức khỏe lâu dài
2. Tài liệu hiện hành, hợp lệ về quyền giám hộ theo lệnh của tòa án; hoặc
3. Tài liệu pháp lý hợp lệ khác thể hiện thẩm quyền của quý vị hành động thay mặt Hội viên (hoặc di sản của Hội viên)

Tên người đại diện (viết in): \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với hội viên: \_\_\_\_\_

Loại tài liệu được gửi: \_\_\_\_\_

---

**Giữ một bản sao của biểu mẫu Chỉ định người đại diện để lưu trong hồ sơ của quý vị**

Gửi lại biểu mẫu chỉ định người đại diện đã được điền đầy đủ và ký tên tới:

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。