

Назначение представителя

Используйте эту форму, чтобы запросить у плана Blue Shield of California, компании Blue Shield of California Life & Health Insurance Company и их деловых партнеров (далее — Blue Shield) разрешение назначить представителя, который будет представлять ваши интересы в процессе рассмотрения вашей апелляции (претензии). Настоящим я уполномочиваю данное лицо обращаться от моего имени с любыми запросами, представлять или приводить доказательства, получать информацию об апелляции и получать любые уведомления в связи с моим страховым требованием, апелляцией, претензией или запросом. Я понимаю, что личная медицинская информация, связанная с моим запросом, может быть раскрыта представителю, указанному ниже.

1. Лицо, назначающее представителя («Участник»)

Имя участника:

Адрес участника:

Номер страхователя:

Дата рождения:

2. Назначенный представитель

Имя уполномоченного лица:

Адрес уполномоченного лица:

Кем приходится участнику:

3. Укажите цель заполнения данной формы (выберите один вариант)

☐ Назначение представителя

☐ Прекращение полномочий назначенного представителя

4. Срок действия и отзыв

Срок полномочий назначенного представителя истекает через один год с даты подписания заявления (см. ниже), если не указана другая дата: / /

Вы имеете право отозвать настоящее Назначение представителя в любое время, уведомив Blue Shield в письменной форме. Отзыв данного заявления о назначении представителя не имеет обратной силы в отношении случаев использования и раскрытия данных, имевших место до его получения. Если это заявление о назначении представителя подается родителем или опекуном от имени несовершеннолетнего, срок его действия истекает по достижении несовершеннолетним 18 лет.

5. Подпись участника и представителя

Я подтверждаю, что настоящий документ мною прочитан, его смысл и значение мне понятны и соответствуют моим намерениям. Я прошу план Blue Shield of California разрешить назначение указанного мною лица моим представителем и поручаю использовать или раскрывать персональные данные в описанном выше порядке, включая информацию о состоянии моего здоровья, злоупотреблении психоактивными веществами, психических и поведенческих расстройствах, результатах генетических исследований и результатах анализов на ВИЧ/СПИД. Я понимаю, что после раскрытия моих персональных данных уполномоченное лицо может раскрывать их повторно, они больше не будут защищены законами о персональных данных, включая федеральный закон «Об унификации и учете в области медицинского страхования» (Health Insurance Portability and Accountability Act) 1996 года.

Я понимаю, что Blue Shield не может обуславливать оплату, включение в план медицинского страхования или право на получение льгот тем, подпишу ли я данное Назначение представителя.

Подпись участника

Дата

Имя и фамилия участника (печатными буквами)

Собственноручной подписью я подтверждаю, что настоящий документ мною прочитан и я принимаю вверенные мне полномочия.

Подпись представителя

Дата

Имя и фамилия представителя (печатными буквами)

Законные представители и опекуны

Если это заявление будет подписано не участником или родителем несовершеннолетнего, а, например, личным/законным представителем, опекуном или исполнителем завещания, **вы также должны предоставить официальный документ**, подтверждающий ваше право действовать от имени участника (или распоряжаться его имуществом) для раскрытия медицинской информации. Например, такими документами могут служить:

1. доверенность на принятие решений о долгосрочном медицинском обслуживании;
2. действующие действительные документы об опеке по решению суда; или
3. другая действующая юридическая документация, подтверждающая ваши полномочия действовать от имени участника (или распоряжаться имуществом участника).

Имя представителя (разборчиво): _____

Кем приходится Участнику: _____

Предъявленный документ: _____

Оставьте один экземпляр заявления о назначении представителя у себя.

Отправьте заполненное и подписанное заявление по адресу:

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。