



請求對受保護的健康資訊進行保密通訊

您可以使用此表格要求Blue Shield of California將您的受保護健康資訊(PHI)發送至保密的郵寄地址、電子郵件地址或電話號碼。如果您選擇不使用此表格，請將此表格中索取的所有資訊以書面提交至表格底部的Blue Shield郵寄地址、電子郵件地址或傳真號碼。

您的請求僅適用於由Blue Shield of California及其業務夥伴發送的PHI。如果您的請求並非合理，則我們可能會拒絕您的請求。如果您的請求被批准，但您後來更改了地址，或者您的投保人識別號碼發生了變更，您必須向Blue Shield of California發送書面請求以重新提交新的保密通訊請求。您可以將撤銷保密通訊的請求以書面發送至表格底部的Blue Shield of California郵寄地址、電子郵件地址或傳真號碼。

1. 請求PHI保密通訊的個人：

姓名：

投保人識別號碼：

電話號碼：

出生日期：

電郵地址：

2. 本人請求Blue Shield of California透過以下方式向本人發送本人的PHI：

保密郵寄地址：

保密電話號碼：

保密電子郵件地址：

3. 個人、未成年子女的父母或個人代理人的簽名：

簽名

日期

正楷填寫姓名：

法定代理人或監護人

如果此表格由個人或未成年人父母以外的其他人簽署，例如個人/法定代理人或監護人，您也必須提交文件，證明您有合法權力可代表該個人就其醫療保健/PHI行事。此類文件可能包括：

1. HIPAA授權；
2. 醫療保健授權書；
3. 監護權文件；或者
4. 其他可證明您有法定權力可代表該個人行事的有效文件。

代理人姓名(正楷書寫)：

與會員的關係：

提交的文件類型：

代理人簽名：

您可以透過下列任一選項將填妥並簽名的表格寄回：

郵寄至：Blue Shield of California, Privacy Office P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

電子郵件：privacy@blueshieldca.com

傳真：(800) 201-9020

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。