



申请对受保护的健康信息进行保密通信

您可以使用此表格向Blue Shield of California申请将您的受保护健康信息（“PHI”）发送至保密的邮寄地址、电子邮件地址或电话号码。如果您选择不使用此表格，请将此表格中要求的所有信息通过表格底部的邮寄地址、电子邮件地址或传真号码，以书面形式提交给Blue Shield。

您的申请仅适用于由Blue Shield of California及其业务伙伴传送的PHI。如果您的申请无法得到合理满足，则可能会被拒绝。如果您的申请获得批准，但您之后更改了地址，或者您的投保人识别号发生了更改，您必须通过向Blue Shield of California寄送书面申请来重新提交新的保密通信申请。您可以通过表格底部的邮寄地址、电子邮件地址或传真号码，向Blue Shield of California寄送书面申请来撤销您的保密通信申请。

1. 申请PHI保密通信的个人：

姓名：

投保人身份证号：

电话号码：

出生日期：

电子邮件地址：

2. 我请求Blue Shield of California通过以下方式向我传送我的PHI：

保密邮寄地址：

保密电话号码：

保密电子邮件地址：

3. 个人、未成年儿童的父母或个人代表的签名：

签名

日期

工整姓名：

法定代表人或监护人

如果此表格由个人或未成年人父母以外的其他人（例如个人/法定代表人或监护人）签署，您还必须提交文件来证明您拥有代表该个人就其医疗保健/PHI行事的法定权力。此类文件可能包括：

1. HIPAA授权；
2. 医疗保健授权书；
3. 监护文件；或者
4. 证明您拥有代表该个人行事的法定权力的其他有效文件。

代表姓名（工整书写）：

与会员的关系：

提交的文件类型：

代表签名：

您可以通过以下选项之一发送已填妥并签字的表格：

邮寄地址：Blue Shield of California, Privacy Office P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

电子邮件：privacy@blueshieldca.com

传真：(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。