

服务后上诉 - 指定授权代表

本人是 _____ (您的姓名), 在此指派:

_____ (您的授权代表) (以下称为“我的授权代表”)代表本人执
行福利请款, 具体是本人对于下述事项的请款:

_____ (插入请款号码)

本人的授权代表应可全权代表本人针对下述事项而行事及收受相关通知: 此请款之初始裁决、任何有关此请款之文件索要, 及任何对于此请款不利福利裁决之上诉。

本人了解, 在本人未给予相反指示之前提下, EmblemHealth / 联合健康保险应将与此请款相关、本人原本有权可收受之全部信息和通知 (包括福利裁决在内) **仅**交给本人的授权代表。

本人知道, 美国健康及人类服务部制定的个人识别健康信息隐私标准 (Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information) (下称“隐私标准”) 管辖对医疗信息的访问。

本人了解, 与本人授权代表按照本文规定而履行其义务相关时, 此代表可收受与此请款有关之人的受保护健康信息 (如隐私标准所定义)。本人在此同意向本人的授权代表公开本人的受保护健康信息。

日期 _____ / _____ / _____ 会员卡号码 _____
 月月 日日 年年年年

病患签名或病患监护人签名 _____