

Chỉ định Người Đại diện

Tôi ủy quyền cho người có tên dưới đây làm Người Đại diện của tôi, thay mặt tôi đưa ra mọi quyết định liên quan đến chương trình bảo hiểm CareOregon của tôi, như thể tôi đang tự mình làm điều đó. Người Đại diện của tôi có thể nhận thông tin sức khỏe của tôi từ và tiết lộ thông tin đó cho CareOregon và các chi nhánh của bảo hiểm này ("Chương trình") nếu cần thiết để đưa ra các quyết định liên quan đến bảo hiểm trong Chương trình bảo hiểm của tôi.



Thông tin thành viên

Tên: _____

Ngày sinh (hoặc ID thành viên): _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Điện thoại: _____ Email: _____

Thông tin về Người đại diện

Tên: _____

Mối quan hệ với thành viên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Điện thoại: _____ Email: _____

Tôi chỉ định Người Đại diện này thay mặt tôi giải quyết mọi vấn đề liên quan đến phạm vi bảo hiểm và các phúc lợi do Chương trình bảo hiểm của tôi cung cấp. Điều này bao gồm việc thay mặt tôi để chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với Chương trình và/hoặc để yêu cầu thông tin sức khỏe của tôi từ Chương trình, vì thông tin đó liên quan đến việc đăng ký, thanh toán phí bảo hiểm, phúc lợi, yêu cầu bồi thường, thay đổi địa chỉ, thay đổi nhà cung cấp dịch vụ, yêu cầu về giao tiếp đặc biệt, và/hoặc hỗ trợ để giải quyết than phiền, khiếu nại, hoặc kháng cáo. Tôi hiểu rằng thông tin được tiết lộ cho Người Đại diện của tôi theo sự cho phép của biểu mẫu này có thể liên quan đến các thông tin về điều trị tình trạng sử dụng ma túy/rượu, sức khỏe tâm thần và HIV. Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ chỉ định này bằng văn bản vào bất cứ lúc nào và gửi văn bản hủy bỏ của tôi đến Chương trình bảo hiểm theo địa chỉ được liệt kê bên dưới.

Sự chỉ định này sẽ có hiệu lực vô thời hạn trừ khi tôi chỉ định một ngày hết hạn sớm hơn tại đây: _____

Chữ ký: _____

Ngày: _____

Ghi tên chữ in hoa: _____

Nếu bất kỳ ai ký thay cho thành viên này, vui lòng cung cấp một bản sao của Giấy Ủy quyền (Power of Attorney) hoặc một văn kiện pháp lý khác cho phép điều này.

Chữ ký của Người Đại diện: _____

Fax mẫu đơn đã điền tới: 503-416-3723

HOẶC

Gửi bưu điện: Customer Service CareOregon

315 SW Fifth Ave

Portland OR 97204

315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 • 800-224-4840 • careoregon.org