

代表委任表格



我授权下方指名的人士作为我的代表，代我做出所有与我的 CareOregon Advantage 承保有关的决定，犹如我本人做出这些决定一样。如有必要，我的代表可以从 CareOregon Advantage 及其附属机构（“计划”）接收我的健康信息，并向其披露有关信息，以便做出与我的计划承保有关的决定。

会员信息

姓名： _____
出生日期（或会员 ID）： _____
地址： _____
城市： _____ 州： _____ 邮编： _____
电话#： _____ 电子邮箱： _____

代表信息

姓名： _____
与会员的关系： _____
地址： _____
城市： _____ 州： _____ 邮编： _____
电话#： _____ 电子邮箱： _____

我委任该代表代我处理任何与我的保险承保和我的计划提供的福利有关的事宜。这包括代表我与计划分享我的健康信息及/或向计划申请获得我的健康信息，因为这涉及参保、保费支付、福利、索赔、地址变更、提供者变更、请求进行特殊通讯及/或与投诉、申诉或上诉有关的协助。我了解，本表格允许向我的代表透露的信息可能涉及药物/酒精治疗、心理健康和艾滋病毒信息。我了解，我有权随时以书面形式撤销这项委任，并将我的书面撤销按照下文所列地址寄回至计划。

除非我在此处指明一个更早的届满日期，
否则这项委任将无限期有效： _____

签名： _____

日期： _____

正楷姓名： _____

若任何人替代会员签字，请提供授权书或授予该许可之其他法律文件的副本。

代表签名： _____

通过传真将填妥的表格发送到： 503-416-3723

或

邮寄至： Customer Service CareOregon Advantage
315 SW Fifth Ave
Portland OR 97204