Документ о назначении представителя

Последняя редакция: июль 2026 года

Я уполномочиваю указанное ниже лицо быть моим представителем, действовать от моего имени и принимать все решения, связанные с моим страхованием от организации CareOregon Advantage, как если бы я делал(-а) это сам(-а). Мой представитель может получать мою медицинскую информацию от организации CareOregon Advantage и раскрывать эту информацию этой организации и ее филиалам («Планам»), если необходимо принять решения относящиеся к моему плану страхового обеспечения.

Информация о члене плана

Имя и фамилия: _____ Дата рождения (или личный номер): _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

N° телефона: _____ Адрес эл. почты: _____

Информация о представителе

Имя и фамилия: _____Кем приходится члену: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

N° телефона: _____ Адрес эл. почты: _____

Я назначаю этого представителя действовать от моего имени относительно любого вопроса, связанного с моим страховым обеспечением и льготами, обеспечиваемыми моим планом. Это включает в себя действия от моего имени при предоставлении моей медицинской информации моему плану и/или запросе информации от моего плана, связанной с регистрацией, выплатой страховых взносов, льготами, страховыми претензиями, изменением адреса, сменой поставщиков услуг, запросами на специальные сообщения, и/или помощи в рассмотрении жалоб, недовольств или апелляций. Я понимаю что информация, раскрытая моему представителю как разрешенная этим документом может относиться к информации о лечении от наркотической/ алкогольной зависимости, психическому здоровью и информации о ВИЧ. Я понимаю, что это назначение **считается действительным в течение одного года с момента указанного ниже**, и его необходимо будет обновлять ежегодно. Я также понимаю, что у меня есть право отменить это назначение в письменной форме в любое время, отправив свое письменное заявление об отзыве в администрацию плана по адресу, указанному ниже.

Подпись: _____ Дата: _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Если кто-либо подписывается от имени члена, пожалуйста, предоставьте копию доверенности или другого юридического документа, дающего это разрешение.

Подпись представителя: _____

Отправьте заполненный бланк документа по факсу:
503-416-3723

или

Отправьте по почте:
CareOregon Advantage Customer Service
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204