# 代表指定表格

最后修訂日期：2026 年 7 月

我授权下述人员作为我的代表，代我行事并就我享有的 CareOregon Advantage 承保做出所有相关决定，视同由我自己亲自做出此类决定。如有需要, 我的代表可从 CareOregon Advantage 及其 关联公司（以下称“该计划”）接收和向其披露我的健康信息以做出与我的计划承保相关的决定。

## 会员信息

姓名：_____ 出生日期 (或会员 ID)：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____

电话号码：_____ 电子邮件：_____

## 代表信息

姓名：_____ 与会员的关系：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____

电话号码：_____ 电子邮件：_____

本人特此指定这名代表代我处理与本人的保险承保及由本人所属计划提供的福利的一切相关事宜。这包括代表我行事，向这计划分享我的健康信息，和/或向这计划要求我的健康信息，相关事项包括注册、保费缴纳、福利、索赔、地址改变、提供者改变、特殊通讯要求，和/或协助处理投诉、申诉或上诉。我了解，这份表格许可向我的代表披露的信息可能涉及药物/酒精治疗、心理健康和艾滋病 (HIV) 的相关信息。 我了解，这项指定被认为从下面输入的日期开始一年内有效，且必须每年更新。我还了解，我有权通过将书面撤销通知送至该计划下方所列地址的方式来随时以书面形式撤销这项指定。

签名：_____ 日期：_____

工整书写姓名：_____

*如果由他人代会员签名，请提供授权委托书或其他有如此授权的法律文件副本。*

代表签名：_____

**请将填写完整的表格传真至：**

503-416-3723

***或***

**邮寄至：**

CareOregon Advantage Customer Service
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

MED-COA-261199559-SC-0714