代表指定表格

最後修訂日期：2026 年 7 月

我授權下述人員作為我的代表，代我行事並就我享有的 CareOregon Advantage 承保做出所有相關決定，視同由我自己親自做出此類決定。如有需要，我的代表可從 CareOregon Advantage 及其關聯公司（以下稱「該計劃」）接收和向其披露我的健康資訊以做出與我的計劃承保相關的決定。

會員資訊

姓名：_____ 出生日期 (或會員 ID)：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：_____ 電子郵件：_____

代表訊息

姓名：_____ 與會員的關係：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：_____ 電子郵件：_____

本人特此指定这名代表代我處理與本人的保險承保及由本人所屬計劃提供的福利的一切相關事宜。這包括代表我行事，向該計劃分享我的健康資訊，和/或向該計劃索取我的健康資訊，相關事項包括註冊、保費繳納、福利、索賠、更改地址、更改提供者、特殊溝通要求, 和/或協助處理投訴、申訴或上訴。我瞭解，這份表格許可向我的代表披露的資訊可能涉及藥物/酒精治療、心理健康和愛滋病 (HIV) 的相關資訊。我瞭解，這項指定被認爲從下面輸入的日期開始一年內有效，且必須每年更新。我還瞭解，我有權透過將書面撤銷通知寄送至該計劃下方所列地址的方式來隨時以書面形式撤銷這項指定。

簽名：_____ 日期：_____

工整書寫姓名：_____

如果由他人代會員簽名，請提供授權委託書或其他有如此授權的法律文件副本。

代表簽名：_____

請將填寫完整的表格傳真至: 503-416-3723

或 **郵寄至：**
CareOregon Advantage Customer Service
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

MED-COA-261199559-TC-0714