Biểu mẫu Chỉ định Người đại diện

Lần chỉnh sửa gần nhất: Tháng 7 năm 2026

Tôi ủy quyền cho người được nêu tên dưới đây làm Người đại diện của tôi, thay mặt tôi đưa ra mọi quyết định liên quan đến bảo hiểm CareOregon Advantage của tôi, như thể chính tôi đang làm điều đó. Người đại diện của tôi có thể nhận thông tin về sức khỏe của tôi từ và chia sẻ thông tin đó cho CareOregon và **các công ty liên kết của** CareOregon Advantage ("Chương trình") nếu cần thiết để đưa ra các quyết định liên quan đến phạm vi bảo hiểm Chương trình của tôi.

Thông tin về hội viên

Tên: _____ Ngày sinh (hoặc mã số hội viên): _____

Địa chỉ: _____

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

Số điện thoại: _____ Email: _____

Thông tin về người đại diện

Tên: _____ Mối quan hệ với hội viên: _____

Địa chỉ: _____

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

Số 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 quyền lợi được cung cấp bởi Chương trình bảo hiểm của tôi. Điều này bao gồm việc thay mặt tôi chia sẻ thông tin về sức khỏe của tôi với Chương trình bảo hiểm và/hoặc yêu cầu thông tin về sức khỏe của tôi từ Chương trình bảo hiểm, liên quan đến việc ghi danh, thanh toán phí bảo hiểm, quyền lợi, yêu cầu bảo hiểm, thay đổi địa chỉ, thay đổi nhà cung cấp dịch vụ, yêu cầu các hình thức liên lạc đặc biệt và/hoặc hỗ trợ về các khiếu nại, phàn nàn hoặc phản đối. Tôi hiểu rằng thông tin được chia sẻ cho Người đại diện của tôi theo sự cho phép của biểu mẫu này có thể liên quan đến phương thức điều trị nghiện ma túy/rượu bua, sức khỏe tâm thần và thông tin về HIV. Tôi hiểu rằng cuộc hẹn này được coi là **có hiệu lực trong một năm kể từ ngày được ghi bên dưới**, và sẽ cần được cập nhật mỗi năm một lần. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ sự chỉ định này bằng văn bản bất cứ lúc nào bằng cách gửi văn bản hủy bỏ của mình đến Chương trình theo địa chỉ được ghi bên dưới.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Tên viết bằng chữ in: _____

Nếu có người ký tên thay cho hội viên, vui lòng cung cấp bản sao của Giấy ủy quyền hoặc giấy tờ pháp lý khác cho phép ký thay.

Chữ ký của người đại diện: _____

Gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ qua fax đến:
503-416-3723

HOẶC

Gửi thư đến:
CareOregon Advantage Customer Service
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204