



# 代表委任書

本人授權下列人士擔任本人的代表，代本人行事以作出與本人 CareOregon Advantage 承保有關的所有決定，就如同本人自己作決定一樣。本人的代表可接收本人的健康資訊，並在必要的情況下向 CareOregon Advantage 及其關係機構（「計劃」）披露此類資訊以作出與本人計劃承保有關的決定。

## 會員資訊

姓名： \_\_\_\_\_  
出生日期（或會員卡號碼）： \_\_\_\_\_  
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： \_\_\_\_\_

本人指定此代表代本人處理與計劃為本人提供之保險承保和各項福利有關的任何事宜。其中包括代本人與計劃分享本人的健康資訊和／或向計劃索取本人的健康資訊，包括與投保、保費付款、福利、理賠、地址變更、醫療服務提供者變更、申請特殊通訊和／或投訴、申訴或上訴相關協助有關的資訊。本人瞭解，根據本委任書的許可向本人代表公開的資訊可能包括與藥物／酒精濫用治療、心理健康及 HIV（人類免疫缺乏病毒）有關的資訊。本人瞭解，本人有權隨時透過書面方式撤銷此項委任，並將本人的書面撤銷資訊寄送至下列地址給計劃。

除非本人在此處具體列出較早的到期日期，  
否則此項委任將無限期保持有效： \_\_\_\_\_

簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

正楷姓名： \_\_\_\_\_

\*如有任何人代會員簽名，請提供一份授權書或其他可證明會員許可的法律文件。

代表簽名： \_\_\_\_\_

**請將填妥的授權書傳真至： 503-416-3723**

或者

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