

Designación de representante

Autorizo a la persona mencionada a continuación para ser mi Representante, y actuar en mi nombre para tomar todas las decisiones relacionadas con mi cobertura de Jackson Care Connect, como si lo hiciera yo mismo. Mi Representante puede recibir mi información médica y divulgarla si es necesario a Jackson Care Connect y sus afiliados (“Plan”) para tomar decisiones relacionadas con mi cobertura del Plan.

Información del miembro	
Nombre:	_____
Fecha de nacimiento (o número de identificación del miembro):	_____
Domicilio:	_____
Ciudad:	_____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono#:	_____ Correo electrónico: _____
Información del representante	
Nombre:	_____
Fecha de nacimiento (o número de identificación del miembro):	_____
Domicilio:	_____
Ciudad:	_____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono#:	_____ Correo electrónico: _____

Estoy designando a este Representante para actuar en mi nombre en relación con cualquier asunto relacionado con mi cobertura de seguro y beneficios proporcionados por mi Plan. Esto incluye actuar en mi nombre para compartir mi información médica con el Plan y/o solicitar mi información médica al Plan en lo que se refiere a afiliación, pago de primas, beneficios, reclamaciones, cambios de domicilio, cambios de proveedor, solicitudes para comunicaciones especiales, y/o asistencia con quejas, reclamaciones o apelaciones. Entiendo que la información proporcionada a mi representante según lo permitido por este formato puede referirse a tratamientos relacionados con drogas/alcohol, salud mental, e información del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). Entiendo que tengo el derecho a revocar esta designación por escrito en cualquier momento y a enviar mi revocación escrita al Plan al domicilio mencionado más adelante.

Esta designación tendrá una vigencia indefinida, excepto si especifico una fecha previa de vencimiento aquí:

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Si alguna persona firma por cuenta del miembro, favor de proporcionar una copia del Poder Notarial u otro documento legal que otorgue ese permiso.

Firma del Representante: _____

Enviar por fax el formato completado al: 503-416-3723 o
Enviar por correo a: Customer Service Jackson Care Connect
 315 SW Fifth Ave
 Portland OR 97204