



ФОРМА ЗАПРОСА НА ПРЕКРАЩЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ

**Заполните эту форму, чтобы прекратить отправку конфиденциальных сообщений на ранее предоставленный альтернативный почтовый адрес, номер телефона или адрес электронной почты.**

---

Застрахованное лицо, которое запрашивает прекращение конфиденциальной передачи данных:

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Номер медицинской карты: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Текущий альтернативный адрес в документации: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Текущий альтернативный адрес электронной почты в документации (при наличии):

\_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

---

Прошу в будущем отправлять все сообщения на адрес, указанный ниже.

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

---

Как лучше связаться с вами, если у нас возникнут вопросы касательно этого запроса?

\_\_\_\_\_

Я понимаю, что это запрос на прекращение отправки конфиденциальной передачи данных на мой альтернативный адрес.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

---

Просим отправить заполненный и подписанный запрос по адресу:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001