



MẪU ĐƠN YÊU CẦU NGỪNG NHẬN THÔNG TIN BẢO MẬT

Hoàn thành mẫu đơn này để ngừng nhận thông tin bảo mật được gửi tới địa chỉ gửi thư thay thế, số điện thoại hoặc địa chỉ email đã cung cấp trước đó.

Cá nhân được bảo hiểm yêu cầu ngừng nhận thông tin bảo mật:

Tên: _____

Số Hồ sơ Y tế: _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ Thay thế Hiện tại trong Hồ sơ: _____

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

Địa chỉ Thay thế Hiện tại trong Hồ sơ (nếu có): _____

Số điện thoại: _____

Vui lòng gửi toàn bộ thông tin liên lạc trong tương lai tới địa chỉ được cung cấp dưới đây:

Địa chỉ: _____

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

Địa chỉ Email (nếu có): _____

Số điện thoại: _____

Quý vị muốn được liên hệ như thế nào nếu chúng tôi có thắc mắc về yêu cầu này?

Tôi hiểu rằng đây là yêu cầu ngừng nhận thông tin bảo mật được gửi đến địa chỉ thay thế của tôi.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Vui lòng gửi lại yêu cầu đã hoàn thành và ký tên đến:

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