



ԳԱՂՏՆԻ ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՉԵՂԱՐԿՄԱՆ ՀԱՅՏԻ ՁԵՎ

Լրացրեք այս ձևը՝ նախկինում տրամադրված այլընտրանքային փոստային հասցեով, հեռախոսահամարով կամ էլփոստի հասցեով գաղտնի հաղորդակցությունների առաքումը դադարեցնելու համար:

Ապահովագրված անհատը, որը խնդրում է դադարեցնել գաղտնի հաղորդակցությունը.

Անուն. _____

Բժշկական գրանցման համարը. _____ Ծննդյան ամսաթիվ. _____

Ընթացիկ այլընտրանքային հասցեն ֆայլում. _____

Քաղաք. _____ Նահանգ. _____ Փոստային դասիչ. _____

Ընթացիկ այլընտրանքային հասցեն ֆայլում (եթե կիրառելի է). _____

Հեռախոսահամար. _____

Խնդրում ենք բոլոր հետագա հաղորդակցությունները ուղարկել ստորև նշված հասցեով.

Հասցե. _____

Քաղաք. _____ Նահանգ. _____ Փոստային դասիչ. _____

Էլփոստի հասցե (եթե կիրառելի է). _____

Հեռախոսահամար. _____

Ինչպե՞ս կցանկանայիք կապվելիք ձեզ հետ, եթե մենք հարցեր ունենանք այս հարցման վերաբերյալ:

Ես հասկանում եմ, որ սա իմ այլընտրանքային հասցեով գաղտնի հաղորդակցությունը դադարեցնելու խնդրանք է:

Ստորագրություն. _____ Ամսաթիվ. _____

Խնդրում ենք վերադարձնել լրացված և ստորագրված հայտն այստեղ.

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