

Cigna Global Health BenefitsSM 健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 個人識別健康資訊透露細目申請表



我(即 Cigna Global Health Benefits 會員 / 計畫參加者) 可以使用本表格申請因治療、給付和(或) 健康照護作業以外目的和因隱私權規定的其他例外事項而透露我的個人識別健康資訊的細目。

自 2003 年 4 月 14 日開始，Cigna Global Health Benefits 將提供會員 / 計畫參加者在申請日期前最多六 (6) 年內的會員 / 計畫參加者的個人識別健康資訊透露細目。

個人識別健康資訊的透露細目會在收到申請後六十 (60) 天內提供。這個期限可以在必要時延長三十 (30) 天。申請細目的會員 / 計畫參加者會在最初提出申請起六十 (60) 天內收到書面通知，告知延期的理由以及根據申請採取行動的期限日期。

會員 / 計畫參加者可以在任一個十二 (12) 個月期間免費收到透露細目一次。如果會員 / 計畫參加者在該十二 (12) 個月期間內不止一次申請細目，Cigna Global Health Benefits 可能會向該會員 / 計畫參加者收取工本費。

申請透露細目的會員 / 計畫參加者的身分資訊：以下資訊為身分驗證所需：

申請透露細目的會員 / 計畫參加者的姓名	出生日期	會員號碼
_____	_____	_____
投保人的姓名 (如非會員本人)	投保人與會員的關係	
_____	_____	
投保人的雇主名稱	投保人的會員號碼	
_____	_____	

請將填好並簽名的表格寄回以下地址：

Privacy Office
Cigna Global Health Benefits
300 Bellevue Parkway
Wilmington, Delaware 19809

我瞭解，如果資訊填寫不完整，繳交 Cigna Global Health Benefits 的表格都會退回給我，等收到的所有資訊都填寫完整並處理完成後，才會執行我的透露細目申請。

我也瞭解，如果我(即會員 / 計畫參加者) 或團體投保人變更健康照護福利承保或雇主，我將需要重新提交本申請表。

我已經閱讀並瞭解以上資訊：

日期：_____ 要授權的會員 / 計畫參加者簽名：_____

如果病患因身體狀況或年齡因素無法表示同意，請填寫以下項目：病患是 _____

歲的未成年人，或因下列原因無法表示同意：_____

病患 / 監護人 / 委任代表簽名：_____ 關係：_____

個人代表簽名：_____ 關係：_____

「Cigna」是 Cigna Intellectual Property, Inc. 的註冊服務標章，「Tree of Life」標誌、「GO YOU」和「Cigna Global Health Benefits」是其服務標章，授權供 Cigna Corporation 和其營運子公司使用。所有產品和服務均由這類營運子公司提供或透過其提供，包括 Connecticut General Life Insurance Company 和 Cigna Health and Life Insurance Company，而非由 Cigna Corporation 提供。