Cigna Global Health Benefits℠ 健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 資訊使用和透露限制申請表

我 (即 Cigna Global Health Benefits 會員 / 計畫參加者) 可以使用本表格申請限制只能將我的保密受保護健康資訊透露供治療、給付和健康照護作業使用。

我瞭解，我填寫和簽署本表格即表示，我要求 Cigna Global Health Benefits 限制只能按照以下說明透露我的個人識別健康資訊 (IIHI)。我瞭解，Cigna Global Health Benefits 會審慎考慮所有的限制申請，但 Cigna Global Health Benefits 並非一定要同意所申請的限制，不過會在可行的情況下配合合理的要求。

申請限制的會員 / 計畫參加者的身分資訊。以下資訊為身分驗證所需。

申請限制的會員 / 計畫參加者的姓名 _____ 出生日期 _____ 會員號碼 _____

投保人姓名 (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 _____

申請的限制：

☐ **我要求限制只能與我聯絡參加疾病管理方案的事。**

☐ **我要求限制只有我本人可以透過電話和網路取得我的個人識別健康資訊 (IIHI)。**
(如果福利投保人不是我本人，這個要求會限制福利投保人無法透過電話 / 網路取得我的 PHI。)

☐ **其他：*(請詳細說明)***

我簽署本表格即表示，我在此授權 Global Health Benefits 根據本文件條款透露資訊。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，才會執行我的限制申請。

我也瞭解，如果我 (即會員 / 計畫參加者) 或我的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。

我瞭解，如果我之前提交過 HIPAA 隱私權個人代表申請表，除非我在下面指明我想要撤銷我的個人代表申請，否則現在這個限制申請仍將具有效力且資訊將會轉給我的個人代表。Virginia 居民 - 您的原始健康紀錄中會加入一份本授權表以及有關透露對象（個人或機構）的註記。

☐ 我希望撤銷我之前提交的個人代表申請。

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： _____

我瞭解，我可以寄送書面申請到下列地址撤銷本授權：

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

「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。

清除表格內容

853882TC 05/2012 ©2012 Cigna