



# 受保護健康資訊透露授權表

我以本表授權 CIGNA HealthCare<sup>®\*</sup>、其代理人或子公司可向本授權表中指定的個人或實體透露下述受保護健康資訊 (PHI)。

**請注意：**並非所有公開您 PHI 的情況都需要本授權表。例如，向下列個人公開資訊時可能不需要本授權表：

- 客戶的配偶 (當雙方皆投保 CIGNA HealthCare 計畫時)
- 未成年人的父母或其他受撫養人
- CIGNA HealthCare 檔案中登記的個人代表

上述人員若順利通過來電者身分驗證流程，我們就會依其要求向他們透露您的某些 PHI。

請在本表格上正楷填寫您的回答。**每一個部分都必須填妥，本授權表才會生效。**

## 身分驗證

### 客戶的身分資訊：

(以下資訊為身分驗證所需。)

要被透露資訊的客戶姓名：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_

客戶地址：\_\_\_\_\_

電話號碼，以便我們處理您的申請時若有必要可與您聯絡 (必填)：\_\_\_\_\_

社會安全號碼 (非必填)：\_\_\_\_\_ 客戶的會員卡號碼 (如適用)：\_\_\_\_\_

會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：\_\_\_\_\_

投保人姓名 (如非客戶本人)：\_\_\_\_\_

投保人的雇主：\_\_\_\_\_ 投保人與客戶的關係：\_\_\_\_\_

投保人的社會安全號碼 (如非客戶本人) (非必填)：\_\_\_\_\_

### 除上述承保外，如果您還有 CIGNA 的其他承保，請填妥下列資訊：

其他雇主名稱：\_\_\_\_\_

客戶會員卡號碼：\_\_\_\_\_

會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：\_\_\_\_\_

本申請是否適用所有承保？  是  否

請填妥下一頁 ➡

## 要公開資訊的說明

請勾選下方一個或多個方框，指出您希望公開哪些資訊。如果您希望授權提供有限的資訊 (即特定服務日期、特定病例管理事宜等)，請在提供的空白處指明。

- 理賠：\_\_\_\_\_
- 資格/福利：\_\_\_\_\_
- 病歷：\_\_\_\_\_
- 病例管理：\_\_\_\_\_
- 其他：\_\_\_\_\_

除非另外說明，否則我的授權包括公開下列資訊：(請劃掉您希望排除的任何內容，如有)：

- 酒精濫用和(或)藥物濫用或依賴的診斷和(或)治療
- 精神疾病的診斷和(或)治療
- HIV 抗體檢測結果和(或)AIDS 診斷和治療
- 基因檢測資訊

**Arizona 居民**— 授權公開的資訊可包括有關傳染病或性病的紀錄，其中可能包括但不限於肝炎、梅毒、淋病和 HIV/AIDS 等疾病。如果要公開此類型資訊，Arizona 州修正法令第 36-664 號可能會提供您額外的保護。

**Oklahoma 居民**— 授權公開的資訊可包括有關傳染病或性病的紀錄，其中可能包括但不限於肝炎、梅毒、淋病和 HIV/AIDS 等疾病。如果要公開這類型的資訊，Oklahoma 法令第 1-502.2 條可能會提供您額外的保護。

## 授權可接受資訊的實體或個人：

姓名：\_\_\_\_\_ 公司(如適用)：\_\_\_\_\_

授權可接受資訊的個人或公司的地址：\_\_\_\_\_

**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。

## 此資訊公開的目的：

- 應個人要求
- 其他(請說明)\_\_\_\_\_

如果本表格未填寫到期日期，您的授權會在一年後到期，屆時必須提交新的授權表。

## 授權的有效期限：

本授權的有效期限至：\_\_\_\_\_ (日期或事件)。

如果您指定某一事件而非特定日期，您必須在事件發生時提交一份撤銷表。

下列各州的客戶請注意：如果您居住在 **Arizona**、**California**、**Georgia**、**Illinois**、**Massachusetts**、**Montana** 或 **Minnesota**，您的授權有效期限最多一年。**Virginia** 居民簽署的授權表有效期限最長兩年。如果居住在上述各州的客戶希望授權可在更長期間內透露其個人資訊，就必須在本授權到期時提交新的授權表。

請填妥下一頁 ➡

## 請注意

- 依據本授權表而透露的資訊可能會被接受者再透露，且可能不再受到聯邦隱私法規的保障。
- 若本表格的資訊填寫不全，CIGNA HealthCare 會退回表格給您，直到 CIGNA HealthCare 收到完整資訊後才會考慮本申請。
- 如果您的客戶身分資訊或出生日期變更，須在變更當時填妥另一份表格。
- 如果客戶或團體改投保 CIGNA HealthCare 提供的另一種健康照護福利承保，須在變更當時填妥另一份表格。
- 您可將書面申請寄至下列地址給 CIGNA HealthCare 的中央健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 組。您可以撥打您 CIGNA HealthCare 會員卡上的電話號碼，聯絡 CIGNA HealthCare 客戶服務部索取變更 / 撤銷表格。
- 您是否簽署本授權表不會影響到是否提供治療、付款登記或福利資格。

**我已經閱讀且理解上述資訊。**

**我的簽名即表示授權透露所述資訊。**

授權公開的客戶、個人代表、父母 / 監護人的簽名：

\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

如果簽名者不是其資訊要被使用和透露的客戶，請指明關係：\_\_\_\_\_

- 如果由個人代表提出本申請，我們會在完成本申請之前，要求確認該個人代表的權限。
- 如果由父母 / 監護人提出申請，請填妥下列資訊：客戶是 \_\_\_\_\_ 歲的未成年人。如果您代表未成年子女提出申請，我們可能會在申請完成之前要求提供額外資訊。

**我們建議您保留您填妥授權表的副本做為紀錄。CIGNA HealthCare 將保留一份副本，在您索取時可提供給您。**

「CIGNA」、「CIGNA HealthCare」和「生命之樹」標誌是 CIGNA Intellectual Property, Inc. 的註冊服務標章，授權由 CIGNA Corporation 及其營運子公司使用。所有產品和服務只由這些營運子公司而非 CIGNA Corporation 提供。這些營運子公司包括 Connecticut General Life Insurance Company、CIGNA Health and Life Insurance Company、CIGNA Behavioral Health, Inc.、CIGNA Health Management, Inc. 以及 CIGNA Health Corporation 和 CIGNA Dental Health, Inc. 的 HMO 或服務公司子公司。

## 請將填妥的表格寄回下列地址

請傳真或郵遞至：\_\_\_\_\_

或

郵寄至：CIGNA HealthCare Central HIPAA Unit, PO Box 188014, Chattanooga, TN 37422