



受保護健康照護資訊獲取申請表

我是 CIGNA HEALTH CARE® 客戶，可使用本表格申請獲取 CIGNA HEALTHCARE 所維護且由 CIGNA HEALTHCARE 在我投保下述計畫期間所建立或接收有關於我的受保護健康資訊 (PHI)。

身分驗證 — (請用正楷填寫)

申請 PHI 之客戶的身分資訊：(以下資訊為身分驗證所需，請填妥所有適用項目。)

客戶姓名：_____ 出生日期：_____

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)：_____

投保人與客戶的關係：_____ 投保人的雇主名稱：_____

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：_____

申請

CIGNA HealthCare 要寄送所申請資訊的地址：

申請 CIGNA HealthCare 所維護紀錄中的資訊：

- 已裁定 (已處理) 的理賠：這是已給付或拒絕給付的理賠摘要。
(這不包括已收到但尚未處理的理賠資訊 — 如果您希望獲得這類理賠狀態的資訊，您可撥 CIGNA HealthCare 會員卡上的免付費電話號碼聯絡客戶服務部。)
 - 投保人的雇主或投保人 / 客戶提供給 CIGNA HealthCare 的投保或資格資訊。
(包括姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼等資訊。)
 - 病例管理及醫療使用管理資訊 (CM/MM)。
 - 其他資訊 (請說明)：_____
-

所申請資訊的類型：

- 我申請以上勾選有關我 CIGNA HealthCare 醫療福利的資訊。
- 我申請以上勾選有關我 CIGNA Behavioral Health 福利的資訊。
(您申請此資訊之前，請確保您有投保 CIGNA Behavioral Health。)
- 我申請以上勾選有關我 CIGNA Dental 福利的資訊。
(您申請此資訊之前，請確保您有投保 CIGNA Dental。)

我們會維護大多數資訊並提供 24 個月內的資訊。

可能有投保人的雇主 / 團體健保計畫和 (或) 其業務夥伴建立或維護的其他 PHI，因此不包括在本獲取回應中。您應當聯絡雇主以取得任何其他資訊。

請填妥下一頁表格 ➡

