



個人代表申請表

指派個人代表的目的是讓另一個人能夠代表您為下列行為：

- 做成有關您健康福利的決定，
- 申請和(或)透露您的受保護健康資訊，以及
- 行使您健康福利計畫賦予您的全部權利。

個人代表得依法指派或由客戶指定以代表其本人：

- 依法指派個人代表時，該個人代表應填妥並簽署本表，必須連同本表格一併提交法律證明文件，例如表明授權全部健康照護決策的委託授權書或監護權文件。
- 客戶要指定個人代表時，需在公證人的見證下簽署本表格。

重要：除 CIGNA 宅配藥局資料外，所有給客戶的郵件都會寄到個人代表的地址。

CIGNA 宅配藥局會繼續按照 CIGNA 宅配藥局檔案記載的客戶地址，將藥品、隨附資訊和其他通訊文件寄給客戶(而非個人代表)。如果要把藥品和通訊文件寄給個人代表，請撥打 1.800.Tel-Drug 聯絡 CIGNA 宅配藥局。

除非 CIGNA HealthCare 收到載有其他規定的法律文件，否則客戶保留代表其本人的權利。

附註：如果您的申請獲准，只會影響 CIGNA HealthCare 的書面和口頭通訊。如果您還希望您的雇主、團體健保計畫、醫師或 CIGNA HealthCare 以外的任何人也做此更改，您就必須分別獲得他們的同意。

身分驗證 — (請用正楷填寫)

客戶的身分資訊：

(以下資訊為身分驗證所需。)

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：

其他僱主名稱： _____

客戶的會員卡號碼： _____

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

個人代表的身分：

個人代表的姓名：(只能指定一個人) _____

與客戶的關係： _____

個人代表的出生日期：(請以下列 8 位數字格式回答：例如 11231949 代表 1949 年 11 月 23 日) _____

有關此客戶的通訊文件應寄至的地址：

本申請的原因是什麼？ _____

個人代表的身分驗證問題

(在本部分，「您」和「您的」都是指個人代表。)

您在下面提供的答案會在您來電取得有關客戶的受保護健康資訊時用來驗證您的身分。請注意，我們問這些問題是因為您應該很容易記得答案，不過您仍可輸入其他數字，請見以下說明。

4 位數字個人密碼 (您可以使用任何四位數字) _____

您母親的出生日期？(請以下列 8 位數字格式回答：例如 11231949 代表 1949 年 11 月 23 日) _____

您可以使用任何日期，但不能是未來的日期，而且一定要是實際存在的曆日。例如，我們不接受 11361949 (1949 年 11 月 36 日)，因為 11 月沒有 36 日。我們也不接受 11232015 (2015 年 11 月 23 日)，因為 2015 年是未來的日期。

- 請不要提供任何人的這些問題的答案。
- 您應保存一份本表格以供參考。

請注意

- 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。
- 本次申請前所申請之其他收件地址將被取消，未來所有客戶函件都會寄送到上述指定的地址。
- 您可將書面申請寄至下一頁所註明的地址給 CIGNA HealthCare 的中央健康保險可攜性及和問責性法案 (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。

簽名

由法院命令或其他法律文件指定的個人代表，請填妥 A 部分。

由客戶指定的個人代表，請填妥 B 和 C 部分。

A. 依法指派的個人代表：

我已經閱讀且理解上述資訊。我確認，簽署本申請表即表示我擁有代表客戶的合法授權。

個人代表的簽名 _____ 日期： _____

為保護隱私並協助確保只有客戶指定的人才會收到受保護健康資訊，提交本申請表時必須隨附適當的法律證明文件。

B. 客戶指定的個人代表

為保護隱私並協助確保只有客戶指定的人才會收到受保護健康資訊，本申請表必須由客戶簽名並進行公證。(您開戶的銀行通常可以提供免費的公證服務。)

我已經閱讀且理解上述資訊。我確認，簽署本申請表即代表我授權 CIGNA HealthCare 可將我的個人代表視為我本人。

客戶 / 父母 / 監護人的簽名 (客戶請在此行簽名以授權個人代表。)

_____ 日期： _____

如果是父母 / 監護人為未成年子女提出申請，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。

C. 公證人簽名

State of _____)
_____) ss.
County of _____)

On this the _____ day of _____, 20____, before me, (Notary Public), the undersigned officer, personally appeared _____ (Customer), known to me (or satisfactorily proven) to be the person whose name is subscribed to the _____ within instrument and acknowledges that (s)he executed the same for the purposes therein contained.

In witness whereof I hereunto set my hand.

Notary Public

My Commission Expires

「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。

填妥本表格後請寄回至：

CIGNA HEALTHCARE • CENTRAL HIPAA UNIT • PO Box 188014 • Chattanooga TN 37422