



受保護健康資訊使用及透露限制申請表

我是 CIGNA HEALTHCARE®* 客戶，可使用本表格申請限制使用和透露我的受保護健康資訊 (PHI)。我瞭解，雖然 CIGNA HEALTHCARE 會謹慎考慮所有的限制申請，但 CIGNA HEALTHCARE 並無義務必需同意限制申請。

附註：如果您的限制申請獲准，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，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：_____

本申請是否適用所有承保？ 是 否

未經您的授權，CIGNA HealthCare 不會透露保密資訊，除非必須透露此資訊才能提供您的健康福利、管理您的福利計畫、支援 CIGNA HealthCare 方案或服務，或法律有其他規定或另行允許。例如，我們不會提供您的保密資訊給信用機構、電話行銷公司或準雇主。我們也不會出售、出租或授權您提供給我們的保密資訊。您無需因為顧慮這類用途和透露而申請限制。

申請的限制

請說明您的申請：_____

請在下方說明，您是否希望採用下列獲取限制：

- 我希望拒絕我保單所承保之其他家人透過電話和網路取得我的 PHI。** 若您勾選此項，但您並非投保人，您就無法於網路上取得您的資訊。您需撥打您或投保人會員卡上的號碼，才可透過電話取得資訊。(投保人仍可透過電話和網路取得其本身的 PHI。) 重要：如果您希望執行此類型的限制，您必須填妥第 2 頁上的身分驗證問題部分。

請填妥下一頁表格 ➡

身分驗證問題 – (本部分僅適用於獲取限制的申請。)

您在下面提供的答案會在您來電取得您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)：_____

您母親的生日：(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。

- 請不要提供任何人這些問題的答案。
- 您應保存一份本表格以供參考。

請注意

- 若您並非投保人，您所接受服務的支票給付若不寄給健康服務提供者，就會寄給投保人。因此，投保人可能會收到一張支票，其中可能會詢問您關於所提供服務的問題。
- 如果投保人參加彈性支出帳戶 (FSA)、健康補償安排 (HRA) 或健康儲蓄帳戶 (HSA)，投保人還會收到所有申請補償理賠的福利說明 (EOB)。在許多情況下，投保人健康福利計畫付款的理賠申請將會自動提交至投保人的 FSA 或 HSA 獲得賠償。
- 通訊，包括含有 PHI 等通訊都會根據我們檔案紀錄中的最新地址寄送給您。
- 如果本表格有任何資訊填寫不全，CIGNA HealthCare 就會把表格退還給您，直到 CIGNA HealthCare 收到完整資訊後才會考慮您的限制申請。
- 如果本公司系統中您的客戶身分或出生日期資訊有所變更，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第 3 頁的地址給 CIGNA HealthCare 的中央健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 組，變更或撤銷本限制。您可撥 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，或上網 www.CIGNA.com/privacy/privacy_healthcare_forms.html 下載表格。

簽名

我已經閱讀且瞭解上述資訊：

日期： _____

客戶、父母 / 監護人、個人代表的簽名： _____

若非客戶本人簽名，請說明關係： _____

附註：若尚未提供身分驗證資訊，我們會在申請完成之前，要求驗證個人代表的權限。

若本申請是由父母 / 監護人提出，請填寫以下資訊：客戶是 ____ 歲的未成年人。

如果您是申請限制使用子女資訊的父母或監護人，希望能阻止子女的另一位法定父母獲取子女的受保護健康資訊，您必須：

1. 提供另一位父母之親權已被終止的證據，或
2. 取得另一位父母對此限制的同意。若您已取得另一位父母對此限制的同意，請要求該父母簽署本表格並進行公證，或寄送一份父母雙方都簽名且經公證的聲明，表明父母雙方皆已同意限制子女的受保護健康資訊。

填妥本表格後請寄回至：

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

「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。