



# 保密通訊申請表

我是 CIGNA HEALTHCARE® 客戶，可使用本表格申請選擇以其他方法或在其他地點接收有關我的受保護健康資訊 (PHI) 的通訊。

我瞭解，若申請其他地點，函件會繼續以我為收件人，但該函件將會郵寄到我於下方提供的地址。我瞭解，所有要寄給我的客戶函件，無論其中是否含有關於我的任何保密資訊，都將寄至此其他地址。我瞭解，若合理情況下無法配合辦理，可能會拒絕本申請。

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，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

## 申請

1. 對於 CIGNA HealthCare 寄送給我的 PHI 通訊，我的要求如下：

以其他方式或在其他地點收件(請說明並提供地址)：\_\_\_\_\_

必需以其他方式或在其他地點收件的原因：\_\_\_\_\_

2. 申請限制：(請勾選下列項目。)

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及網路取得其本身的 PHI。)

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。

## 身分驗證問題 (申請第 2 項時才必填。)

您所提供的答案會在您來電取得您的 PHI 時用來驗證您的身分。如果您在以上申請部分勾選了選項 2，您就必須回答下列問題。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 碼個人密碼 (您可以使用任何四碼數字)：\_\_\_\_\_

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)，投保人還會收到申請補償理賠的 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。
- 包含您 PHI 的通訊會寄到您在本表格中提供的地址。
- 其他地址若經核可，CIGNA HealthCare 在寄出與您有關的函件給其他人時 (例如您的醫療服務提供者)，可能會在函件上顯示該地址。
- 若本表格的資料填寫不全，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，變更或撤銷本申請。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。

請填妥下一頁表格 ➡

## 簽名和公證

為保護您的隱私權，同時確保不是其他人要申請取得您的 PHI，請務必公證本申請表。(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： \_\_\_\_\_

**請注意，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。**

若客戶因年齡而無法表示同意，請填寫下列資訊：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。

State of \_\_\_\_\_ )  
 ) ss.  
County of \_\_\_\_\_ )

On this the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, before me, \_\_\_\_\_ (Notary Public), the undersigned officer, personally appeared \_\_\_\_\_ (member or legal rep. name), 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