



受保護健康資訊修正申請表

我可以使用本表格申請修正
CIGNA HEALTHCARE** 所維護之我的受保護健康資訊 (PHI)。

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): _____ 會員卡上的團體號碼或帳戶號碼: _____

客戶的會員卡號碼 (如適用): _____ 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: _____

申請修正的資訊

如果您申請要修正的資訊並非由 CIGNA HealthCare 所建立, 您應當直接聯絡原始建立者來修正這類資訊, 例如, 您的診斷、服務的日期或所接受的治療。如果醫療服務提供者同意修正您的資訊且通知 CIGNA HealthCare, 我們就會變更我們紀錄中的資訊。此時, 您就無需提交本表格。

如果 CIGNA HealthCare 核准您的修正申請, 修正的資訊就會用於且納入未來所有透露, 包括函件。若我們認為之前收到資訊者先前曾憑恃或未來會憑恃該資訊而造成您的損害, 我們就會向其提供修正資訊。我們也會提供修正資訊給您在以下指名的個人 / 組織。

您要求的修正資訊收件個人 / 組織的名稱 / 地址 (若要求獲准):

請說明您希望修正的受保護健康資訊 (PHI): _____

請註明所要求的變更 / 修正: _____

與 PHI 有關的服務日期 (若適用): _____

要求修正的理由: _____

請填妥下一頁表格 ➡

請注意

- 本次對您的受保護資訊進行的修正**只包括 CIGNA HealthCare 及其關係企業所維護的資訊**，不包括由投保人的雇主 / 團體健保計畫、其業務夥伴，或其他可能管理您健康照護福利之團體健保計畫保險公司所維護的資訊。您應當聯絡您的雇主或上述實體以獲得額外資訊。
- 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。

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：_____

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。

「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