



# 不同意聲明 / 要求轉交拒絕修正申請

由於 CIGNA HEALTHCARE®\* 拒絕我申請修正由 CIGNA HEALTHCARE 所維護的我的受保護健康資訊 (PHI)，我可以此提出不同意聲明。我瞭解，如果我不希望提出書面不同意聲明，我仍然可以要求轉交 CIGNA HEALTHCARE 對我修正申請的拒絕。

請注意：如果您填妥本表格而您或投保人的雇主團體健保計畫收到包含您有爭議 PHI 的報告，我們依法即須將您的修正 PHI 申請、CIGNA HealthCare 的拒絕決定、本表格 (包括任何不同意聲明)，以及 CIGNA HealthCare 的任何反駁理由轉交給您的雇主或投保人的雇主。

## 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：\_\_\_\_\_

- 提出本表格並不表示您的資訊就會被修正。
- 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、服務的日期或您所接受的治療。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。

您在不同意聲明中提到遭拒絕之 PHI 修正申請為：\_\_\_\_\_

有爭議 PHI 的日期 (若適用)：\_\_\_\_\_

## 不同意聲明 (如果您希望提出不同意聲明，請填寫此聲明)

請說明您為何不同意您的 PHI 修正申請遭拒絕 (如有需要，請繼續填寫次頁)：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

在寄送包含有爭議資訊的函件時，CIGNA HealthCare 會轉交您修正您 PHI 的申請、CIGNA HealthCare 的拒絕決定、本表格 (包括任何不同意聲明)，以及 CIGNA HealthCare 的任何反駁資訊。我們不會將本資訊連同函件一併轉交給您或投保人。

- 如果您不希望提出不同意聲明，但希望當 CIGNA HealthCare 寄送包含有爭議資訊的函件時，轉交您修正 PHI 的申請和 CIGNA HealthCare 的拒絕決定，請勾選左側的方框。

請填妥下一頁表格 ➡

## 請注意

- 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下列地址給 CIGNA HealthCare 的中央健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 組。您可撥您 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

我已經閱讀且瞭解上述資訊：

日期： \_\_\_\_\_

客戶、父母 / 監護人 (若有) 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**