



變更 / 撤銷申請表

我是 CIGNA HEALTHCARE®* 客戶，可使用本表格申請變更或撤銷之前已核准的限制、保密通訊、個人代表、授權或不同意聲明等申請。我瞭解，填妥和簽署本申請表即代表我授權 CIGNA HEALTHCARE 變更或撤銷已核准的申請。

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：_____

限制

只有您在 CIGNA HealthCare 紀錄存檔的隱私限制仍有效時，才需填寫本部分。

- 我希望撤銷我拒絕我的保單所承保之其他家人透過電話和網路獲取我的受保護健康資訊 (PHI) 之限制。
- 我希望撤銷所有其他限制。請說明您想要撤銷的特定限制申請：_____
- 我想要變更身分驗證問題的答案：

如果勾選以上方框 3，您就必須提供您希望以後使用的最新答案：

- 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。
- 4 位數字個人密碼(您可以使用任何四位數字)：_____

保密通訊

只有您在 CIGNA HealthCare 紀錄存檔的保密通訊地址仍有效時，才需填寫本部分。

- 我希望撤銷我的保密通訊地址。
- 我希望變更我的保密通訊地址。

如果勾選以上方框 2，您就必須提供您希望將來使用的最新地址：_____

請填妥下一頁 ➡

個人代表

只有您在 CIGNA HealthCare 紀錄存檔的個人代表仍有效時，才需填寫本部分。

1. 我希望撤銷我的個人代表。
2. 我希望變更我的個人代表資訊。請勾選您希望變更的資訊，並在空白處提供新資訊：
 - 2a. 個人代表的姓名：_____
 - 2b. 個人代表的地址：_____
 - 2c. 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)：

 - 2d. 個人代表的身分驗證問題：
若勾選以上方框 2d，您就必須提供未來希望使用的最新答案：
 - 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。
 - 4 位數字個人密碼 (您可以使用任何四位數字)：_____

隱私授權申請

只有您在 CIGNA HealthCare 紀錄存檔的隱私授權仍有效時，才需填寫本部分。

- 我希望撤銷我的隱私授權。
- 不再獲得授權可接收我的 PHI 的個人姓名或公司名稱：_____
 - 上述撤銷授權允許的特定資訊 (例如，理賠狀態、醫療資訊、資格)：_____

不同意聲明

只有您曾提出不同意聲明或要求轉交與拒絕您更正 PHI 申請有關的資訊時，才需填寫本部分。

我希望撤銷在 CIGNA HealthCare 寄送有關有爭議資訊之函件時轉交下列部分或全部資訊的申請：我修正 PHI 的申請、CIGNA HealthCare 的拒絕決定、任何不同意聲明，以及 CIGNA HealthCare 的任何反駁資訊。

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。
- 如果社會安全號碼 (SSN)、您的客戶身分資訊或出生日期等任何投保資訊有所變更，須在變更當時填妥另一份表格。
- 如果客戶或團體投保人改投保 CIGNA HealthCare 提供的其他健康照護福利承保，須在變更當時填妥另一份表格。

簽名和公證

如果您的申請與限制、隱私授權或不同意聲明有關，請填妥標記為 A 的簽名部分。如果您的申請與個人代表或保密通訊有關，請填妥標記為 B 的簽名和公證部分。

A. 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 (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。	

B. 簽名和公證

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 (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 _____ (Customer 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