



細目申請表

填妥並提交本表格即代表我要申請我的個人健康資訊 (PHI) 細目。

我瞭解，這類細目會以非供治療、給付或健保計畫作業之用，且我尚未提供書面授權的透露為限。我知道，大多數 PHI 透露是為了供治療、付款或健保計畫作業之用。細目將不包括在 2003 年 4 月 14 日之前透露的任何資訊。

身分驗證 — (請用正楷填寫)

會員 / 計畫參加者的身分資訊：(以下資訊為身分驗證所需，請填妥所有適用項目。)

會員 / 計畫參加者的姓名：_____ 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 / 計畫參加者的會員卡號碼(如適用)：_____

會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：_____ 投保人姓名(如非會員 / 計畫參加者本人)：_____

投保人與會員 / 計畫參加者的關係：_____ 投保人的雇主名稱：_____

投保人的社會安全號碼(如非會員 / 計畫參加者本人)(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：

投保人的雇主名稱：_____

會員 / 計畫參加者的會員卡號碼：_____ 會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：_____

申請

我要申請有關透露下列資訊類型的資訊：

- 醫療照護
- 牙科照護
- 精神健康 / 行為健康照護(您申請此資訊前，請確保您透過 CIGNA Behavioral Health 取得承保。)

請寄送至下列地址：_____

請注意

- 細目不包括 2003 年 4 月 14 日前的時期。
- 每 12 個月免費提供一次細目；CIGNA HealthCare® 可能收取額外細目的費用。
- 您個人(受保護)資訊的細目**只包括由 CIGNA HealthCare 及其關係企業透露的資訊**，而不包括投保人的雇主 / 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可能已經透露的資訊。您應當聯絡您的雇主或上述實體以獲得額外資訊。
- 我瞭解，如果本表格中的資訊填寫不全，CIGNA HealthCare 就會退回表格給我，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)、會員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。
- 如果會員 / 計畫參加者或團體改投保 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。

簽名

我已經閱讀且瞭解上述資訊：_____ 日期：_____

會員 / 計畫參加者、父母 / 監護人、個人代表的簽名：_____

若非會員 / 計畫參加者本人簽名，請指明關係：_____

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：會員 / 計畫參加者是 _____ 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。

會員 / 計畫參加者、父母 / 監護人、個人代表的簽名：_____

*「CIGNA」、「CIGNA HealthCare」和「生命之樹」標誌是 CIGNA Intellectual Property, Inc. 的註冊服務標章，由 CIGNA Corporation 及其營運子公司授權使用。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 以及 CIGNA Corporation 的 HMO 或服務公司子公司。

填妥本表格後請寄回至：

CIGNA HEALTHCARE • PRIVACY OFFICE • PO Box 188014 • Chattanooga TN 37422