

Cigna Global Health BenefitsSM 健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 個人代表申請表



我 (即 Cigna Global Health Benefits 會員 / 計畫參加者) 可以使用本表格指定其他人擔任我的個人代表。

若根據適用的州法律和 (或) 其他相關法律確認某人士取得授權可擔任 Cigna Global Health Benefits 會員 / 計畫參加者的個人代表時，在透露 PHI 和 HIPAA 隱私權規定賦予的個人權利方面，Cigna Global Health Benefits 會把該個人視為會員 / 計畫參加者。Cigna Global Health Benefits 只會在以下所述的權限範圍內將個人代表視為會員 / 計畫參加者。當個人代表授權終止時，會員 / 計畫參加者必須以書面聯絡隱私權辦公室。

申請個人代表的會員 / 計畫參加者的身分資訊：以下是確保我們把您的資訊公開給個人代表時需要的資訊。

申請個人代表的會員 / 計畫參加者的姓名

出生日期

會員號碼

投保人姓名 (如非會員本人)

與會員的關係

投保人的雇主名稱

投保人的會員號碼

個人代表的身分資訊：以下是確保我們把您的資訊公開給您指定的個人代表時需要的資訊。

個人代表的姓名

出生日期 (在電話查詢時驗證身分使用)

社會安全號碼 (在電話查詢時驗證身分使用)

地址

與會員的關係

有關此會員 / 計畫參加者的通訊應寄至以下地址：

個人代表要取得會員 / 計畫參加者的個人識別健康資訊時必須提供的身分驗證問題：

密碼

針對代表的性質和限制的說明 (請附證明文件，例如法院命令、健康照護委託書等)：

我簽署本表格即表示，我在此授權 Global Health Benefits 根據本文件條款透露資訊。我瞭解，如果資訊填寫不完整，繳交 Cigna Global Health Benefits 的表格都會退回給我，等所有必需資訊都填寫完整且 Cigna Global Health Benefits 收到表格並處理完成後，才會將資訊公開給個人代表。

我瞭解，如果我 (即會員 / 計畫參加者) 或我的團體投保人變更健康照護福利承保或雇主，我將需要重新提交本申請表。我瞭解，如果我之前提交過 HIPAA 隱私權保密通訊申請表，我的個人代表申請將優先於該申請。所有通訊均以最新收到和處理的申請為準。我瞭解，Cigna Global Health Benefits 會審查本申請並可能拒絕本申請，而我會收到核准或拒絕本申請的通知。如果遭到拒絕，通知書會寄給我 (即會員 / 計畫參加者) 而不是寄給我所列的個人代表。

「Cigna」是 Cigna Intellectual Property, Inc. 的註冊服務標章，「Tree of Life」標誌、「GO YOU」和「Cigna Global Health Benefits」是其服務標章，授權供 Cigna Corporation 和其營運子公司使用。所有產品和服務均由這類營運子公司提供或透過其提供，包括 Connecticut General Life Insurance Company 和 Cigna Health and Life Insurance Company，而非由 Cigna Corporation 提供。

我瞭解，我可以寄送書面申請到下列地址撤銷本授權：

Privacy Office
Cigna Global Health Benefits
300 Bellevue Parkway
Wilmington, Delaware 19809

我已經閱讀並瞭解以上資訊：

日期：_____ 要授權的會員 / 計畫參加者簽名：_____

如果病患因身體狀況或年齡因素無法表示同意，請填寫以下項目：病患是 _____

歲的未成年人，或因下列原因無法表示同意： _____

病患 / 監護人 / 委任代表簽名：_____ 關係： _____

為保障您的隱私並確保只有您指定的人士會收到您的個人識別健康資訊，本申請必須經過公證。(您開戶的銀行通常可提供免費的公證服務。)

備註：公證人簽名規定只適用在美國境內的會員 / 計畫參加者！

日期：_____ 公證人簽名： _____

公證人姓名(請以正楷清楚填寫)：_____ 我的公證人權限終止日期： _____

公證人蓋章：