

Cigna Global Health BenefitsSM 健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 取得個人識別健康資訊申請表



我 (即 Cigna Global Health Benefits 會員 / 計畫參加者) 可以使用本表格申請取得可能用來做與我自己相關之決定的我的個人識別健康資訊，包括病歷和帳單紀錄等，但不包括心理治紀錄。

申請取得資訊的會員 / 計畫參加者的身分資訊。以下資訊為身分驗證所需。

申請取得資訊的會員 / 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)		投保人與會員的關係
投保人的雇主名稱		投保人的會員號碼

我在此申請下列日期的我的個人識別健康資訊複本：

我在此申請下列日期的我的個人識別健康資訊複本：

投保	客戶服務部
保費 / 提撥款項	指定紀錄集
個案或醫療管理	理賠、帳單和與下列服務或理賠相關的福利說明 (EOB) 資訊：(請指明日期和 (或) 醫療病況)
其他：(請說明)	

我瞭解，我可以透過下列任何方法取得我的個人識別健康資訊：
(請勾選想要使用的方法)

我想親自查閱和 (或) 影印所要求的資訊，我會撥打 1.800.441.2668 安排彼此方便的時間前往 Cigna Global Health Benefits。我瞭解，我可能必須根據影印頁數支付費用。

我要求把影印的資訊郵寄到下列地址給我 (我瞭解我可能必須支付影印費和郵資)：

我想收到所索取資訊的書面摘要而不是完整的紀錄。我瞭解，我可能必須支付相關費用。

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，等收到的所有資訊都填寫完整並處理完成後，才會執行我的資訊取得申請。

我也瞭解，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。

請將本申請寄到：
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：_____

個人代表簽名：_____ 關係：_____

「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。