

# 個人代表申請

指派個人代表的目的是讓另一個人能代表您從事下列行為：

- › 做成有關您健康福利的決定，
- › 申請和 (或) 透露您的受保護健康資訊，以及
- › 行使您的健康福利計畫賦予您的全部權利。

得依法指派或由客戶指定個人代表以代表其本人：

- › 依法指派個人代表時，個人代表應填妥並簽署本表。必須連同本表格一併提交法律證明文件，例如表明授權全部健康照護決定的委託授權書或監護權文件。

**備註：**如果您的申請獲准，只會影響 Cigna HealthCare 的書面和口頭通訊。如果您還希望您的僱主、團體健保計畫、醫師或 Cigna HealthCare 之外的任何人做此變更，您就必須分別獲得他們的同意。

## 1. 身分驗證 – (請工整填寫)

客戶的身分資訊：(以下資訊為身分驗證所需。)

客戶姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

電話號碼，以便我們在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)：\_\_\_\_\_ 客戶會員卡號碼 (若適用)：\_\_\_\_\_

會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：\_\_\_\_\_

投保人姓名 (若非客戶本人)：\_\_\_\_\_

投保人與客戶的關係：\_\_\_\_\_ 投保人的僱主姓名 / 名稱：\_\_\_\_\_

投保人的社會安全號碼 (若非客戶本人) (非必填)：\_\_\_\_\_

除上述保險之外，如果您還有 Cigna 的其他保險，也請填妥下列資訊：

其他僱主姓名 / 名稱：\_\_\_\_\_

客戶會員卡號碼：\_\_\_\_\_ 會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：\_\_\_\_\_

本申請是否適用所有承保？  是  否

Together, all the way.®



## 個人代表的身分資訊：

個人代表的姓名：(只能指定一個人) \_\_\_\_\_

與客戶的關係： \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

有關此客戶的通訊文件應寄至的地址： \_\_\_\_\_

本申請的原因是什麼？ \_\_\_\_\_

## 2. 個人代表的身分驗證問題

(在這個部分，「您」是指個人代表。)

您在下面提供的答案會在您來電取得有關客戶的受保護健康資訊時用來驗證您的身分。請注意，我們問這些問題是因為您應該很容易便可記得答案，不過您仍可輸入其他數字，請見以下說明。

4 位數個人密碼 (您可以使用任何四位數字) \_\_\_\_\_

您母親的出生日期？(請以下列 8 位數字格式回答：

例如 11231949 代表 1949 年 11 月 23 日) \_\_\_\_\_

您可以使用任何日期，但不能是未來日期，而且一定要是實際存在的曆日。例如，我們不能接受 11361949 (1949 年 11 月 36 日)，因為 11 月沒有 36 日。我們也不能接受 11232025 (2025 年 11 月 23 日)，因為 2025 年是未來日期。

- › 請不要把這些問題的答案告訴任何人。
- › 您應自行保存一份本表格，留做參考。

### 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，需在變更當時填妥另一份表格。
- › 如果客戶或團體變更至由 Cigna HealthCare 提供的另一種健康照護福利保險，需在變更當時填妥另一份表格。
- › 所有之前申請的其他收件地址都會被取消，未來所有客戶函件都會寄送到上述指定地址。
- › 您可將書面申請寄至下一頁所註明的地址給 Cigna HealthCare 的中央健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 組，即可變更或撤銷本申請。您可以撥打您 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。

### 3. 簽名

由法院命令或其他法律文件指定的個人代表，請填妥 A 部分。

由客戶指定的個人代表，請填妥 B 和 C 部分。

#### A. 依法指派的個人代表：

我已經閱讀並瞭解以上資訊。我確認，簽署本表格即表示我擁有代表客戶的合法授權。

個人代表簽名 \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

為保護隱私並協助確保只有客戶指定的人才會收到受保護健康資訊，提交本申請表時必須隨附適當的法律證明文件。

#### B. 客戶指定的個人代表

為保護隱私並協助確保只有客戶指定的人才會收到受保護健康資訊，本申請表必須由客戶簽名。

我已經閱讀並瞭解以上資訊。我確認，簽署本表格即表示我授權 Cigna HealthCare 可將我的個人代表視同為我本人。

客戶 / 父母 / 監護人簽名 (客戶請在此行簽名以授權個人代表。)

\_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**如果是父母 / 監護人為未成年子女提出申請，請填妥下列資訊：**

客戶是 \_\_\_\_\_ 歲的未成年人。如果您是代表未成年子女提出申請，我們可能會要求提供額外資訊，您才算完成申請。

### 填妥本表格後請寄回至：

傳真至：877.815.4827 或 859.410.2419

或

郵寄至：Cigna HEALTHCARE CENTRAL HIPAA UNIT,  
PO Box 188014,  
Chattanooga, TN 37422



所有 Cigna 產品和服務均只由或只透過 Cigna Corporation 的營運子公司提供，包括 Cigna Health and Life Insurance Company、Connecticut General Life Insurance Company、Evernorth Care Solutions Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc. 以及 Cigna Health Corporation 的 HMO 或服務公司子公司。Cigna 名稱、標誌和其他 Cigna 標章皆為 Cigna Intellectual Property, Inc. 所有。

590001TC m 08/21 © 2021 Cigna。部分內容經授權提供。