

Cigna Global Health BenefitsSM 健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 保密通訊申請表



我(即 Cigna Global Health Benefits 會員 / 計畫參加者) 可以使用本表格申請將函件轉到替代地址。

我瞭解，填寫並簽署本表格即表示我要求 Cigna Global Health Benefits 將我的所有函件郵寄到我於下方指定的替代地址。我瞭解，所有會員 / 計畫參加者的函件都會轉到該替代地址。我瞭解，函件上仍會繼續列出我的姓名，但函件將會轉到指定地址。只要可行，我們都會配合合理的要求。我瞭解，如果不可行的話，我的替代地址申請可能會被拒絕。我瞭解，可能只有在目前通訊可能危害我生命的情況下才會核准我的替代地址申請。

申請使用替代地址的會員 / 計畫參加者的身分資訊。以下資訊為身分驗證所需。

申請替代地址的會員 / 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	_____ 投保人的會員號碼
_____ 投保人的雇主名稱	_____ 投保人的會員號碼	_____

申請的替代地址 / 通訊：(地址)

額外限制要求：
(若您想要限制取得您的 IIIHI 權限，請勾選下列項目)

我要求限制只有我本人可以透過電話和網路取得我的個人識別健康資訊 (IIIHI)。
(如果福利投保人不是我本人，這個要求會限制福利投保人無法透過電話取得我的 PHI。)

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，等資訊填寫完整並處理完成後，將我的資訊在替代地址公開的申請才會生效。

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。我瞭解，如果我之前提交過 HIPAA 隱私權個人代表申請表，我的替代地址申請將優先於該申請。通訊時將以最新收到和處理的申請為準。

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：_____

請注意：我簽署本申請表即表示，我證明向我目前的地址透露資訊可能對我有所危害。

「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。