

授權披露受保護健康資訊

我在此授權 The Cigna Group® 及其代理人或子公司可向此表格中指明的個人或實體披露以下載明的受保護健康資訊 (PHI)。

請注意：除非州法有另外規定，否則並非所有公開您 PHI 的情形都必須要有此表格。例如，向下列各方公開資訊時通常不需要此表格：

- 未成年人的父母或其他眷屬
- Cigna Healthcare 所登記的個人代表

我們會在這些人申請時將您的 PHI 向其提供，不過他們必須順利完成來電者驗證程序。請在此表格上正楷填寫您的回答。**每一個部分都必須完整填寫，此授權才具有效力。所有標示 * 號的欄位都必須填寫。**

請注意，特定州的居民可能適用額外規定。California、Arizona 和 Oklahoma 州的居民：請參閱下文瞭解您的州特有的一些條文和規定。

California 敏感服務 (例如 CA)(*勾選適用的方框)：

- 本人勾選此方框並於此表格下方簽名和註明日期，即表示本人授權 Cigna Healthcare®、其代理人和 / 或子公司可向本人計劃的其他成員 (包括但不限於投保人) 披露有關本人接受敏感服務治療的資訊，這些服務可能包括但不限於有關心理或行為健康、性和生殖健康、性傳染病、物質使用失調、性別肯定照護，以及親密伴侶暴力的服務。

如果選擇此項，也請您填寫此表格第 1 和第 6 部分。除非您如此指示，否則我們將不會重新實施限制。



1. 驗證

客戶身分識別：(以下資訊是驗證身分所需。)

*將披露其資訊的客戶姓名：_____

*出生日期：_____

*客戶地址：_____

*客戶的電子郵件地址：_____

當我們需要與您聯絡以處理您的申請時可聯絡到您的電話號碼 (必填)：_____

社會安全號碼 (非必填)：_____

*客戶的會員卡號碼 (如適用)：_____

會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：_____

投保人姓名 (若和客戶不同)：_____

投保人的雇主：_____

投保人與客戶的關係：_____

投保人的社會安全號碼 (若與客戶不同) (非必填)：_____

如果您在 Cigna Healthcare 還有以上所述以外的承保，也請您提供以下資訊：

其他雇主名稱：_____

客戶的會員卡號碼：_____

會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：_____

此申請是否適用所有的承保？ 是 否

*2. 描述可披露的資訊

請勾選以下一個或數個方框，指明您希望披露哪些資訊。如果您希望准許有限取得 (即特定服務日期、特定個案管理事項等)，請於「其他」選項下方的空白處寫明。如果無法提供有限取得，則勾選類別的全部紀錄都包括在申請範圍內。

- 理賠**
- 資格 / 福利**
- 病歷**
- 個案管理**
- 全部健康紀錄 (包括以上全部各項)**
- 其他:** _____

除另行指明外，本人之授權包括公開下列各項：(請選擇您想排除的項目，如有的話。)

- 酗酒和 / 或藥物濫用或依賴的診斷和 / 或治療**
- 心理疾病的診斷和 / 或治療**
- 人類免疫缺陷病毒 (HIV) 抗體檢測結果和 / 或愛滋病診斷和治療**
- 基因檢測資訊**

Arizona 州居民 – 授權可公開的資訊可能包括有關傳染病或性病的紀錄，其中可能包括但不限於肝炎、梅毒、淋病及 HIV / 愛滋病等疾病。如果這類資訊將會公開，您可能會受到 Arizona 修訂制定法第 36-664 條提供的額外保護。

Oklahoma 州居民 – 授權可公開的資訊可能包括有關傳染病或性病的紀錄，其中可能包括但不限於肝炎、梅毒、淋病及 HIV / 愛滋病等疾病。如果這類資訊將會公開，您可能會受到 Oklahoma 制定法第 1-502.2 條提供的額外保護。

California 州居民 – 根據 Cal. 民法第 56.107 條和 Cal. 保險法第 791.29 條規定 (以適用者為準)，授權公開的資訊可能包括有關敏感服務治療的資訊，這些服務可能包括但不限於有關心理或行為健康、性和生殖健康、性傳染病、物質使用失調、性別肯定照護，以及親密伴侶暴力的服務。

3. 授權可收到資訊的實體和個人

*姓名: _____

*公司 (如適用): _____

*獲得授權可收到資訊的個人或公司的地址: _____

Virginia 州居民 – 此授權書副本以及有關向其披露之個人或機構的附註將會納入您的病歷正本中。

*4. 此資訊公開的目的

經個人申請

其他 (請說明): _____

若此表格未填寫到期日, 則您的授權將於一年後到期, 到時候必須提交新的授權。

5. 授權期限

*此授權期限至: _____ (日期或事件)。

如果您指明某一事件而非特定日期, 則您將必須在事件發生時提交撤銷表。

下列各州的客戶請注意:如果您居住在 **Arizona、California、Georgia、Illinois、Massachusetts、Montana** 或 **Minnesota**, 您的授權有效期限不超過一年。**Virginia** 居民簽署的授權書有效期限不超過兩年。居住在這幾個州的客戶如果希望授權披露其個人資料的期間能更長, 將必須在授權到期時提交新的授權書。

California 居民 – 准許 Cigna Healthcare 向其他計劃會員 (包括計劃投保人) 披露敏感服務相關治療的授權, 將不會在一年後自動到期。除非您如此告知, 否則我們將不會重新實施限制。

請注意

- 依據本授權書所披露的資訊可能會遭到資訊收受者再次披露，且可能不再受到聯邦隱私法規的保障。
- 若此表格中的資訊不完整，Cigna Healthcare 就會將表格退回給您，而且要等 Cigna Healthcare 收到完整的資訊時才會審查此申請。
- 如果您的客戶會員卡號碼或出生日期變更，到時候必須填寫另一份表格。
- 如果客戶或團體變更為 Cigna Healthcare 提供的另一種健康照護福利承保，到時候必須填寫另一份表格。
- 若您想變更或撤銷此申請，您可將書面申請寄至下方地址給 Cigna Healthcare 的中央健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 小組。
- 治療、給付、投保或福利資格的提供不以您是否簽署本授權書為依據。

本人已閱讀並瞭解以上資訊。

本人簽名表示授權可披露所描述的資訊。

*6. 授權公開之客戶、個人代表、父母 / 監護人簽名：

日期：_____

若簽名者不是其資訊將被使用和披露的客戶本人，請說明關係：_____

- 若此申請是由個人代表提出，我們將要求驗證該個人代表的授權，才算完成這件申請。
- 如果此申請是由父母 / 監護人提出，請填寫以下資訊：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，才算完成這件申請。

California 居民 – 某些情況下，若照護接受者已達同意特定服務的法定年齡，California 法律禁止 Cigna Healthcare 披露有關該等服務治療的資訊，除非此人已授權此披露。因此，這項限制可能禁止我們向投保人披露有關眷屬接受照護的資訊。當法律適用時，此授權表可僅由照護接受者簽署，除非此人因年齡以外的理由而失去法定行為能力。換言之，投保人或其他法定代理人不得代表未成年人簽署此表格以取得特定服務的相關資訊。

我們建議您保留填寫表格的副本留作紀錄。Cigna Healthcare 將保存副本，您申請時可向您提供。

填妥此表格後請寄回至：

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.

