

受保護健康資訊透露授權表

我以本表授權 Cigna HealthCare®*、其代理人或子公司可向本授權表中指定的個人或實體透露下述受保護健康資訊 (PHI)。

請注意：並非公開您 PHI 的每一種情況都需要本表格。例如，向下列個人公開資訊時即可能不需要本表格：

- 客戶的配偶 (當雙方皆由 Cigna HealthCare 計畫提供承保時)
- 未成年人或其他受撫養人的父母
- Cigna HealthCare 檔案記載的個人代表

只要上述人員順利通過來電者身分驗證流程，我們就會依其要求向他們透露您的特定 PHI。請於本表格工整填寫您的回答。
每一個部分都必須填妥，本授權表才會生效。

1. 身分驗證

客戶的身分資訊：(以下資訊為身分驗證所需。)

其資訊要被透露的客戶姓名： _____

出生日期： _____

客戶地址： _____

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 (如適用)： _____

會員卡上的團體號碼或帳戶號碼： _____

投保人姓名 (如非客戶本人)： _____

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 (如非客戶本人) (非必填)： _____

除上述承保之外，如果您還有 Cigna 的其他承保，也請填妥下列資訊：

其他雇主姓名 / 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

2. 要公開資訊的說明

請勾選下方一個或多個方框，指出您希望公開哪些資訊。如果您希望只提供有限資訊 (即特定服務日期、特定個案管理事宜等)，請在提供的空白處指明。

- 理賠： _____
- 資格 / 福利： _____
- 病歷： _____
- 個案管理： _____
- 其他： _____

除非另外說明，否則我的授權應包括公開下列資訊：(如有您希望排除的任何項目，請劃掉這些項目)

- 酒精濫用和 (或) 藥物濫用或依賴的診斷和 (或) 治療
- 精神疾病的診斷和 (或) 治療
- HIV 抗體檢測結果和 (或) AIDS 診斷和治療
- 基因檢測資訊

Arizona 居民 – 授權公開的資訊可包括有關傳染病或性病的紀錄，其中可包括但不限於肝炎、梅毒、淋病和 HIV/AIDS 等疾病。此類資訊要公開時，您可受到 Arizona 州修正法令第 36-664 號提供的額外保護。

Oklahoma 居民 – 授權公開的資訊可包括有關傳染病或性病的紀錄，其中可包括但不限於肝炎、梅毒、淋病和 HIV/AIDS 等疾病。此類資訊要公開時，您可受到 Oklahoma 州法令第 1-502.2 條提供的額外保護。

3. 獲得授權可接受資訊的實體或個人

姓名： _____ 公司 (如適用)： _____

獲得授權可接受資訊的個人或公司的地址： _____

Virginia 居民 – 您的原始健康紀錄中會加入一份本授權表以及有關透露對象 (個人或機構) 的註記。

4. 此資訊公開的目的

- 應個人要求
- 其他 (請說明) _____

如果未於本表格填寫期限日期，您的授權會在一年後到期，屆時需提交新的授權表。

5. 授權期限

本授權的有效期限至： _____ (日期或事件)。

如果您指定的是某一事件而非特定日期，您必須在事件發生時提交一份撤銷表。

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** 居民簽署的授權表有效期限不超過兩年。如果居住在上述各州的客戶希望其個人資訊透露的授權效力可維持更長時間，就必須在本授權到期時提交新的授權表。

請注意：

- 依據本授權表而透露的資訊可能會被接受者再透露，且可能不再受到聯邦隱私法規的保障。
- 如果沒有填妥本申請書中的資訊，Cigna HealthCare 就會向您退回您的申請書，並且在 Cigna HealthCare 收到填妥的資訊之前，不會考慮本申請。
- 如果您的客戶身分資訊或出生日期變更，便須填寫另一份表格。
- 如果客戶或團體改投保 Cigna HealthCare 提供的另一種健康照護福利承保，須在變更當時填妥另一份表格。
- 您可將書面申請寄至下列地址給 Cigna HealthCare 的中央健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 組。
- 是否提供治療、給付登記或福利資格不以您是否簽署本授權表為依據。

我已經閱讀並瞭解以上資訊。

我的簽名授權公開所述資訊。

6. 授權公開的客戶、個人代表、父母 / 監護人的簽名：

_____ 日期： _____

若非要使用和公開資訊的客戶本人簽名，
請指明關係： _____

- 如果由個人代表提出本申請，我們會要求先驗證該個人代表的權限，才算完成本申請。
- 如果是由父母 / 監護人提出申請，請填妥以下資訊：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，您才算完成申請。

我們建議您保留您一份填妥表格的複本做為紀錄。Cigna HealthCare 將保留一份副本，在您索取時可提供給您。

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 Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions 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。

© 2020 Cigna。部分內容經授權提供。