



个人代表的 HIPAA 请求

指定个人代表的目的是让另一个人能针对下列事项代表您行事：

- 对您的健康福利做相关决定，
- 取得和 / 或披露您的受保护健康信息，以及
- 行使您根据健康福利计划享有的全部权利。

个人代表可依法任命或由客户指定代表其行事：

- 依法任命个人代表时，个人代表应填写并签署此表格。此表格必须附上佐证的法律文件，例如指明完整医疗护理决定授权的医疗委托书或监护权文件。

说明：如果您的请求获准，仅会影响 Cigna Healthcare<sup>SM</sup> 的书面和口头通讯。如果您也希望您的雇主、团体健保计划、医生或 Cigna Healthcare 以外的任何人做出此改变，您必须另外取得他们的同意。

Cigna Healthcare, Global Health Benefits 只会在以下所述的授权范围内，将个人代表视为客户 / 参与者。当个人代表授权终止时，客户 / 参与者将需要书面联系隐私权办公室。

请求指定个人代表的客户 / 参与者的身份确认。需要以下信息，确认我们是向个人代表披露您的信息。

请求指定个人代表的客户 / 参与者姓名	出生日期	客户 ID 号码
投保人姓名（如果姓名与客户不同）		与客户的关系
投保人的雇主名称		投保人 ID 号码
电话号码		电子邮箱地址

个人代表的身份确认：需要以下信息，确认我们是向您指定的个人代表披露您的信息。

个人代表的姓名	
出生日期（用于电话查询时验证目的）	社会安全号码或国家身份号码（用于电话查询时验证目的）
地址	与客户的关系

请填写下一页

---

关于此客户 / 参与者的通讯应寄送的地址：

---

代表性质及代表限制的说明（附上佐证文件，例如法院命令、医疗护理委托书等）：

---

个人代表必须提供验证问题才能访问客户 / 参与者的个人可识别健康信息：

（在此部分中，“您”指的是个人代表。）您在下方提供的答案将于您致电获取关于客户的受保护健康信息时，用来验证您的身份。请注意，我们问这些问题是因为您应该很容易就能记住问题的答案，但您也可以输入下面的其他号码。

4 位数密码（您可以使用任何 4 位数字）： \_\_\_\_\_

您母亲的出生日期？ \_\_\_\_\_

（请用下面的 8 位数格式回答：11231949 代表 1949 年 11 月 23 日）您可以使用任何日期，但不能是未来的日期，而且必须是合理的日历日。例如，我们不能接受 11361949（1949 年 11 月 36 日），因为 11 月没有 36 天。我们也不能接受 11232030（2030 年 11 月 23 日），因为 2030 年是未来的日期。

- 请不要将这些问题的答案告诉任何其他人。
- 您应该要保存此表格的副本作为参考

#### 请注意

- 如果此表格中的信息不完整，Cigna Healthcare, Global Health Benefits 会将表格退还给您，并且在 Cigna Healthcare, Global Health Benefits 收到完整信息之前都不会考虑此请求。
- 如果您的客户 ID 或出生日期发生更改，届时需要填写另一份表格。
- 如果客户或团体更改为 Cigna Healthcare, Global Health Benefits 提供的不同类型的医疗保健福利承保，则届时需要填写另一份表格。
- 之前任何寄送信息至其他地址的请求都将不予理会。所有未来的客户通讯都将寄至以上指定的地址。
- 您可以通过向 Cigna Healthcare, Global Health Benefits 发送书面请求来更改或撤销此请求，地址列于次页。您可拨您会员卡上的电话号码给 Cigna Healthcare, Global Health Benefits，取得改变 / 撤销表。

**请填写下一页**

由法院命令或其他法律文件指派的个人代表，请填写 A 部分。

由客户指定的个人代表，请继续填写 B 部分。

- A. 依法任命的个人代表：本人已阅读并理解以上信息。本人承认，我签署此表格，即表示我拥有法律权限可代表客户行事。个人代表签名：\_\_\_\_\_
- 日期：\_\_\_\_\_

为保护隐私和帮助确保客户以外的任何人都不会收到受保护健康信息，提交此请求时必须附上适当的佐证法律文件。

- B. 客户指定个人代表以保护隐私和帮助确保客户以外的任何人都不会收到受保护健康信息，此请求必须由客户签名。本人已阅读并理解以上信息。本人确认，本人签署本表格即表示本人授权 Cigna Healthcare 可将我的个人代表视为我本人。

客户 / 家长 / 监护人签名（此行由客户签署，授权个人代表：

\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

如果是家长 / 监护人为未成年子女提出请求，请填写以下信息：客户是 \_\_\_\_\_ 岁的未成年人。如果您代表未成年子女提出此请求，我们可能需要更多信息才能认为此请求已完成。

请填写并将此表格交回至下列地址：

Privacy Office  
Cigna Healthcare, Global Health Benefits  
300 Bellevue Parkway  
Wilmington, Delaware 19809

本人了解，我可以寄送书面请求到同样的这个地址，撤销此授权。

Cigna Healthcare 产品和服务皆由或通过 The Cigna Group 的营运子公司独家提供，其中包括 Cigna Health and Life Insurance Company、Cigna Life Insurance Company of Canada、Cigna Global Insurance Company Limited、Evernorth Care Solutions, Inc. 和 Evernorth Behavioral Health, Inc.。Cigna Healthcare 的名称、徽标和其他 Cigna 标志均归 Cigna Intellectual Property, Inc. 所有，并授权 The Cigna Group 及其运营子公司使用。“Cigna Healthcare”是指 The Cigna Group 和 / 或其子公司和附属公司。

© 2025 Cigna Healthcare。部分内容经许可提供。保留所有权利。

HIPAA PR2025

853881SCa 06/2025

清除表格

