

Cigna Healthcare, Global Health BenefitsSM 个人可识别健康信息披露
详尽说明的 HIPAA 请求



本表格准许身为 Cigna Healthcare, Global Health Benefits 客户 / 参与者的本人可请求基于治疗、付款和 / 或医疗护理运营及隐私权规则规定其他例外以外的目的而披露本人的个人可识别健康信息的披露详尽说明。

自 2003 年 4 月 14 日起生效，Global Health Benefits 将提供自客户 / 参与者请求日期前最多六 (6) 年的客户 / 参与者个人可识别健康信息披露的详尽说明。

当收到个人可识别健康信息披露详尽说明的请求时，将于六十 (60) 天内提供。如有必要，此期限可延长三十 (30) 天。请求详尽说明的客户 / 参与者将于最初请求后的六十 (60) 天内收到延长理由以及收到请求时应采取行动期限的书面通知。

客户 / 参与者在任何十二 (12) 个月期间可免费收到一次披露详尽说明。如果客户 / 参与者在同样十二 (12) 个月期间请求超过一次详尽说明，则 Cigna Healthcare, Global Health Benefits 可能会依成本向该客户 / 参与者收费。

请求披露详尽说明的客户 / 参与者的身份确认：需要以下信息进行验证：

请求披露详尽说明的客户 / 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）		投保人与客户的关系
投保人的雇主名称		投保人的客户 ID 号码
电话号码		电子邮箱地址

请将签名和填妥的表格寄回到以下地址：

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

本人了解，任何寄回 Cigna Healthcare, Global Health Benefits 的表格如未完整填写，将退回本人填写，且直到收到全部完整信息并获得处理前，将不会处理披露详尽说明的请求。

本人也了解，如果本人（即客户 / 参与者）或团体投保人改变健康护理福利承保或雇主，则本人将需要重新提交此请求。

请填写下一页

本人已经阅读并理解以上信息：

日期：_____ 授权客户 / 参与者签名：_____

如果患者由于身体状况或年龄原因无法给予同意，请填写以下信息：患者是 ____ 岁的未成年或由于以下原因无法给予同意：

父母 / 监护人 / 授权人签名：_____ 关系：_____

个人代表签名：_____ 关系：_____

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。

