

我在此授權 Cigna Global Health Benefits (CGHB)、其子公司、關係企業和代理人將

以下指明的受保護健康資訊 (PHI) 透露給本表格指定的個人或實體。請注意：並非公開您 PHI 的每一種情況都需要本表格，例如：未成年人的父母或其他受撫養人的父母、檔案中記載的個人代表，或您的配偶 (如果雙方均由 CGHB 計畫承保)，以上人士順利通過來電者身分驗證流程時就不需要。

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 \_\_\_\_\_ 客戶會員卡號碼 \_\_\_\_\_

投保人姓名 (如非客戶本人) \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 與客戶的關係 \_\_\_\_\_

投保人的雇主 \_\_\_\_\_ 投保人的會員卡號碼 \_\_\_\_\_

獲得授權可收受資訊的實體名稱或個人姓名：

此資訊公開的目的：

說明要公開的資訊：

理賠            病歷            其他： \_\_\_\_\_  
理賠            病歷

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 和 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。公開這類資訊時，您可能受到 Arizona 州法令第 36-664 號修訂提供的額外保護 (若是 Arizona 居民) 或 Oklahoma 州法令第 1-502.2 條提供的額外保護 (若是 Oklahoma 居民)。*

*Virginia 居民- 您的原始健康紀錄中會加入本授權表內容以及有關透露對象 (個人或機構) 的註記。*

請填妥下一頁

您是 Arizona、California、Georgia、Illinois、Massachusetts、Montana、Minnesota 或 Virginia 的居民嗎？ 是 否

本授權的有效期限至：(日期或事件)

(備註：下列各州的居民：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。
- 如果本表格中的資訊不完整，CGHB 就會將表格退回給您，而且要等 CGHB 收到完整的資訊時才會審查本申請。
- 如果您的客戶會員卡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 CGHB 提供的另一種健康照護福利承保，便須填寫另一份表格。
- 您可將變更或撤銷本申請的書面要求寄至下列地址給 CGHB。
- 提供治療、給付、投保或福利資格並非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。

要授權之客戶、個人代表

要授權公開之父母 / 監護人簽名：

日期：

如果簽名者不是其資訊要被使用或透露的客戶本人，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。CGHB 將保留一份副本，在您索取時可提供給您。

請繳回填妥的表格。

郵寄或傳真至：**Cigna Global Health Benefits**  
300 Bellevue Parkway  
Wilmington, Delaware 19809  
傳真：+1.302.797.3150 或 1.800.243.6998



「Cigna」是指 Cigna Corporation 和 (或) 其子公司和關係企業。Cigna Global Health Benefits 是指這些子公司和關係企業。產品與服務是由上述子公司、關係企業和其他簽約公司而非 Cigna Corporation 提供。「Cigna」是註冊服務標章。