

Cigna Global Health BenefitsSM 健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 修正個人識別健康資訊申請表



我可以**使用**本表格申請修正 Cigna Global Health Benefits 所維護之我的個人識別健康資訊。

身分驗證：

會員 / 計畫參加者的身分資訊：以下資訊為身分驗證所需。請填寫所有適用項目。

申請取得資訊的會員 / 計畫參加者的姓名	出生日期	會員號碼
投保人的姓名 (如非會員本人)		投保人與會員的關係
投保人的雇主名稱		投保人的會員號碼

申請修正的資訊：

請注意，如果您申請要修正的資訊並非由 Cigna Global Health Benefits 所建立，Cigna Global Health Benefits 就無法修正相關資訊。您必須直接聯絡原資訊建立者以修正這類資訊。原資訊建立者有可能是您的醫師和其他健康照護服務提供者等。

說明您想修正的個人識別健康資訊：

請註明所申請的變更 / 修正：

與個人識別健康資訊有關的服務日期 (若適用)：

申請修正的理由：

如果 Cigna Global Health Benefits 核准您的修正申請，修正的資訊就會用於並納入所有以後的透露，包括函件。我們也會提供修正資訊給我們已知之前收到相關資訊的個人以及您在下方指定的個人。

您要求向其提供修正資訊之個人 / 組織的名稱 / 地址 (若申請獲准)：

我瞭解，如果資訊填寫不完整，繳交 Cigna Global Health Benefits 的表格都會退回給我，等收到的所有資訊都填寫完整並處理完成後，才會執行我的修正申請。

請將填好並簽名的表格寄回以下地址： Privacy Office
Cigna Global Health Benefits
300 Bellevue Parkway
Wilmington, Delaware 19809

我已經閱讀並瞭解以上資訊：

日期：_____ 要授權的會員 / 計畫參加者簽名：_____

如果病患因身體狀況或年齡因素無法表示同意，請填寫以下項目：病患是 _____

歲的未成年人，或因下列原因無法表示同意： _____

病患 / 監護人 / 委任代表簽名： _____ 關係： _____

個人代表簽名： _____ 關係： _____

「Cigna」是 Cigna Intellectual Property, Inc. 的註冊服務標章，「Tree of Life」標誌、「GO YOU」和「Cigna Global Health Benefits」是其服務標章，授權供 Cigna Corporation 和其營運子公司使用。所有產品和服務均由這類營運子公司提供或透過其提供，包括 Connecticut General Life Insurance Company 和 Cigna Health and Life Insurance Company，而非由 Cigna Corporation 提供。