

# 個人代表申請

實施個人代表的目的是讓另一個人能代表您就下列事項行事：

- 對您的健康福利作決定，
- 申請和 / 或披露您的受保護健康資訊，及
- 行使您根據健康福利計劃享有的一切權利。

個人代表可依法指派或由客戶指定以代表您行事：

- 當個人代表是依法指派時，個人代表應填寫此表格並簽名。必須連同此表格提交證明法律文件，例如證明擁有健康照護決定完整授權的委託書或監護權文件。

**備註：**如果您的申請獲准，只會影響 Cigna Healthcare<sup>SM</sup> 的書面或口頭通訊。如果您也希望您的雇主、團體健保計劃、醫生或 Cigna Healthcare 以外的任何人能作出此變更，您必須單獨取得他們的同意。**所有標示 \* 號的欄位都必須填寫。**

## 1. 驗證 – (請正楷填寫)

客戶身分識別：(以下資訊是驗證身分所需。)

\*客戶姓名：\_\_\_\_\_ \*出生日期：\_\_\_\_\_

\*當我們需要與您聯絡以處理您的申請時可聯絡到您的電話號碼 (必填)：\_\_\_\_\_

\*客戶的電子郵件地址：\_\_\_\_\_

社會安全號碼 (非必填)：\_\_\_\_\_ \*客戶的會員卡號碼：\_\_\_\_\_

會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：\_\_\_\_\_

投保人姓名 (若和客戶不同)：\_\_\_\_\_

投保人與客戶的關係：\_\_\_\_\_

投保人的雇主名稱：\_\_\_\_\_

投保人的社會安全號碼 (若與客戶不同) (非必填)：\_\_\_\_\_

如果您在 Cigna Healthcare 還有以上所述以外的承保，也請您提供以下資訊：

其他雇主名稱：\_\_\_\_\_

客戶的會員卡號碼：\_\_\_\_\_ 會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：\_\_\_\_\_

此申請是否適用所有的承保？  是  否



**\*個人代表身分識別：**

個人代表姓名：(只能指定一人) \_\_\_\_\_

與客戶的關係： \_\_\_\_\_

個人代表的出生日期：(用以下的 8 位數字格式回答：11231949 代表 1949 年 11 月 23 日) \_\_\_\_\_

有關此客戶的通訊應寄送的地址： \_\_\_\_\_

此申請的理由?： \_\_\_\_\_

**\*2. 個人代表的驗證問題**

(在此部分中,「您」指的是個人代表。)

當您來電提出有關客戶受保護健康資訊的申請,您在下方提供的回答將用於驗證您的身分。請注意,我們會問這些問題是因為您應該很容易就能記得問題的答案,不過您可以填寫以下所述的其他號碼。

4 位數密碼 (您可以使用任何一個 4 位數字): \_\_\_\_\_

您母親的生日是哪一天?:(用以下的 8 位數字格式回答:11231949 代表 1949 年 11 月 23 日) \_\_\_\_\_

您可以使用任何日期,但不能是未來的日期,而且必須是合理的曆日。

例如,我們無法接受 11361949 (1949 年 11 月 36 日),因為 11 月並沒有 36 天。我們也不能接受 11232030 (2030 年 11 月 23 日),因為 2030 年是未來日期。

- 請不要將這些問題的答案提供給任何人。
- 您應該保留本表格的副本作為參考。

**請注意**

- 若此表格中的資訊不完整, Cigna Healthcare 就會將表格退回給您,而且要等 Cigna Healthcare 收到完整的資訊時才會審查此申請。
- 如果您的客戶會員卡號碼或出生日期變更,到時候必須填寫另一份表格。
- 如果客戶或團體變更為 Cigna Healthcare 提供的另一種健康照護福利承保,到時候必須填寫另一份表格。
- 任何之前要求將資訊寄到替代地址的申請都將不予理會。所有未來的客戶通訊都將寄至以上所列的地址。
- 若您想變更或撤銷此申請,您可將書面申請寄至下一頁的地址給 Cigna Healthcare 的中央健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 小組。您可撥打您 Cigna Healthcare 會員卡上的電話號碼與 Cigna Healthcare 客戶服務部聯絡,索取變更 / 撤銷表。



### \*3. 簽名

經法院命令或其他法律文件而任命的個人代表，請填寫 A 部分。

由客戶指定的個人代表，請填寫 B 部分。

#### A. 依法任命的個人代表：

本人已閱讀並瞭解以上資訊。本人確認，本人簽署此表格即代表本人擁有法律權限可代表客戶行事。

個人代表簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

為保護隱私並協助確保只有客戶指定的人才會收到受保護健康資訊，此申請表提交時必須附有適當的法律證明文件。

#### B. 由客戶指定的個人代表

為保護隱私並協助確保只有客戶指定的人才會收到受保護健康資訊，本申請表必須由客戶簽名。本人已閱讀並瞭解以上資訊。本人確認，本人簽署此表格即代表本人授權 Cigna Healthcare 可將本人的個人代表視為本人。

客戶 / 父母 / 監護人簽名 (此行供客戶簽名以授權個人代表) \_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

**如果申請是由父母 / 監護人代表未成年人提出，請填寫以下資訊：**

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，才算完成這件申請。

### 填妥此表格後請寄回至：

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 Healthcare 產品和服務均由 The Cigna Group 的營運子公司獨家提供或透過其提供。

590001TC n 06/24 ©2024 Cigna Healthcare. 某些內容經授權提供。