

請打印出下列信息，根據說明填寫本書表；按書表下部的地址和傳真號碼，將填好的書表郵寄或傳真給我們。

授權書

信息發放授權書

***** 請參閱背面的說明 *****

第一部分 - 保險人的信息：

名	姓	證件號/ 社會保險號	控制號 保險公司用
---	---	---------------	--------------

第二部分 - 健康保險人或其法人代表：

本人, _____ (名) _____ (姓), 在此授權予
Alicare, Inc. (阿瑪爾格梅特生命保險公司的附屬機構), 或其處理本人健康保險賠付申索事宜的附屬機構及其僱員
，可向下列人員發放我的健康方面的私密信息：

第三部分 - 可接受本人信息的人員(在所有的被選擇人員上作記號)：

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 配偶 _____ 姓名 _____ | <input type="checkbox"/> 其他人員 _____ 姓名及與您的關係 _____ |
| <input type="checkbox"/> 成人子女(1) _____ 姓名 _____ | <input type="checkbox"/> 成人子女(2) _____ 姓名 _____ |
| <input type="checkbox"/> 工會代表 _____ | <input type="checkbox"/> 僱主 _____ |

說明：請通知您的人員，在代表您與我們聯係時，須證示其身份。

第四部分 - 可發放的信息內容(在所有的被選擇內容上作記號)：

本人授權向第三部分中所鑒定人員發放下列的健康方面的私密信息(在所有的被選擇項上作記號)：

- 醫院/醫療賠付申索
 處方用藥的賠付申索
 眼、牙科治療的賠付申索
 精神治療的賠付申索
 其它健康保險的賠付申索, (請說明事由/賠索和治療服務日期): _____

第五部分 - 發放的原由目的：

本人在此明確：除非我在下面的方框上作記號，容許其獲取任何信息，上列第三部分中所鑒定人員只可獲取賠付申索方面的信息。

- 根據其要求發放任何信息

其它：_____

第六部分 - 授權期限：

本授權有效期為兩年，除非有下列事件發生：1) 我作出書面通知，要求中止授權；
2) 我選擇了的日期或事件首先來：_____ (選擇項)

第七部分 - 明悉聲明：

本人明悉：1)我可在任何時刻向保險公司提交書面通知以取消此授權；2)若授權數次，每次均有效，直至被取消；3)對已發生的信息發放不能作取消；4)被我授權的人員可獲取我健康方面的私密信息；5)根據HIPAA法的規定，該授權代表不能獲得授權範圍外的信息；6)我有權不簽署本授權書；7)本授權與否不影響我受治療、獲取支付和加入保險的資格。

受保險人和法人代表的署名 _____

日期 _____

家長、監護人、保護人和其他法人代表的署名 _____

日期 _____

信息接受人員注意

"授權代表"的指定與1996年的健康保險流動和責任法(HIPAA)相符，該法規對傳送發放健康方面的私密信息作了有關規定。本步驟旨在確保信息接受代表人根據您的規定使用此信息。

有關本文件...

根據1996年的健康保險流動和責任法(HIPAA)，只有在授權下，阿瑪爾格梅特生命保險公司及其附屬機構才能向代表您的家人或第三方發放您健康方面的私密信息。譬如，您必須提交一份向配偶發放信息的授權書，您的配偶才能獲取您的賠付申索方面的信息。

健康私密信息是指由保險公司製作、接到、傳發或儲存的信息，該信息與您過去、現在或將來的身體和精神健康、及醫療或醫療費有關，人們可根據該信息來確定您或對您作猜測。除非受法律允許，保險公司不得使用您的健康私密信息，亦不可向任何未被您授權的人員洩露該信息。如果您想讓不同的人員獲取不同的信息，您必須分別地遞交不同的授權書。

受保險的成年人(滿18週歲)必須遞交本授權書，才能讓其他人員獲取您的健康私密信息。除非對年幼者的治療無需家長認可，一般情況下家長可隨意獲取其年幼孩子的健康私密信息。

指導說明...

請根據下列說明填寫此書：

- 第一部分： 填入保險者的姓名和證件號/社會保險號碼。
- 第二部分： 在健康保險人或法人代表欄內填入自己的姓名。
- 第三部分： 在所有的被授權人員上作記號。
注意："工會代表" 可以是企業代表、保險秘書、車間代表或其他工會官員。"僱主" 是指人事部代表和/或主管/企業主。
- 第四部分： 請對發放的信息內容作選擇。
- 第五部分： 請對發放的原由目的作規定。除非您在標有"根據其要求發放任何信息"的方框上作記號，容許其獲取所有的信息，第三部分中所指定的人員只可獲取賠付申索方面的信息。您亦可在標有"其它"的行內加上其它原由目的。
- 第六部分： 請對授權的中止事由或截至日期作規定。
- 第七部分： 請仔細閱讀該部分，在其底部署名并注明日期。完成後，給自己留一份復件，並將原件郵寄到該頁上部所標的地址處

若對本授權書有問題疑問，請用您證件上的電話號碼與我們聯係。

更改修動...

任何時候欲對授權作更改，請重新向上列地址填交一份授權書。若您不作任何修改，授權將持續到第六部分指定的日期。

聯係信息...

請提供下面的信息，這樣，若有問題我們可與您聯係。

姓:	名:	
地址:		室號:
城市:	州:	郵碼:
電話:	電子郵址:	

Alicare, Inc.
HIPAA規範部
PO BOX 1441
New York, NY 10116-1441
Fax: 212-780-4147