



## 6. 在下方簽名即代表我瞭解並同意：

- 我同意分享的 PHI 可能屬於敏感性資訊。該 PHI 可能包含診斷結果及治療資訊。該 PHI 可能涵蓋慢性病、行為健康疾病以及酒精或藥物濫用資訊。該 PHI 可能涵蓋傳染病、如 HIV/AIDS 等性傳染病及遺傳標記資訊。
- 取得本人 PHI 的人士可能會與其他人分享該資訊。換而言之，聯邦政府或州政府的隱私法可能無法再為我的 PHI 提供保護。
- 我可以將本授權書最下方所列的地址寄送經簽名的要求給 Aetna，以索取一份經我簽名的本授權書副本。
- 除非我簽署本授權書，否則 Aetna 將不會向第 2 部分所列的人士或公司披露我的 PHI。
- 我可以隨時取消或變更我的決定。若要取消或變更我的決定，我可以將本授權書最下方所列的地址寫信給 Aetna。
- 如果我確實有取消我的許可，這將不會影響到 Aetna 在收到本人要求之前便已採取的行動。
- 如果我未簽署本授權書，這將不會影響我能否投保。
- 如果我未簽署本授權書，我的福利資格和服務資格將不會有所改變。

## 注意：

如果下列任何情況適用，則我必須簽名：

- 我已年滿 18 歲以上
- 我是未滿 18 歲的未成年人，但我已婚或者我已脫離父母完全獨立生活
- 遭到披露的資訊與藥物或酒精濫用治療有關
- 遭到披露的資訊與下列其中一項情況有關且即便我的父母或法定監護人不同意我的決定，我所在州的州政府仍准許我接受治療：
  - 精神健康
  - 性傳染病（包括 HIV/AIDS）
  - 生殖健康（包括避孕、產前護理和墮胎）
  - 一般醫療及牙齒健康

## 7. 我的簽名或法定代表的簽名

簽名	日期
正楷姓名	
如果是由法定代表簽署本授權書，請說明關係：（父母、法定監護人、受託人、個人代表）	

- 如果此項要求是由會員的法定代表簽署，您必須提供授權您代表會員的法律文件（例如：法定監護人、受託人、個人代表）。
- 如果您代表未成年兒童提出此項要求，我們可能會索取額外資訊，此項要求才算處理完成。

請簽名並將填妥的授權書交回至：

**HIPAA Member Rights Team**  
**PO Box 14079**  
**Lexington, KY 40512-4079**

或者您可將其傳真至：[859-280-1272](tel:859-280-1272)