

通过填写本授权书，我自愿授权安保健康保险与我在本授权书中列出的个人和/或组织使用或分享我的受保护的健康信息。

说明

以下说明解释了安保健康保险需要您提供的信息。如果您有任何疑问或需要帮助，请拨打会员身份卡背面的电话联系我们的客户服务团队，或访问 emblemhealth.com/contact，获取我们的更多联系方式。我们建议您在填写表格前仔细阅读表格。

请完整填写表格。

- 1. 会员信息：**请在此处填写会员身份号、姓名、地址、电话号码和出生日期。
- 2. 接收者信息：**我们可以与谁分享这些信息？
- 3. 授权目的：**请告诉我们您为何要求我们共享您的信息，并添加我们为了共享您的信息而可能需要知道的其他任何信息。
- 4. 要披露的信息：**请告诉我们您授权我们分享的信息类型。如果您只想分享某些信息，就把它们填写在提供的空白处。

我们不会分享敏感信息，如行为健康和艾滋病毒 (HIV)/艾滋病信息，除非您明确告诉我们这样做。请在指定的地方写下您的首字母，用于发布其中任何信息。

- 5. 授权期限：**告诉我们，我们应该继续发布这些信息多久，以及何时撤销（取消）您的授权。
 - 如果勾选第一个方框，您可以填写本授权的结束日、月、年。
 - 如果您勾选第二个方框，您可以描述本授权应该何时结束。

重要须知：如果您在本表格上未向我们提供终止日期或事件，则您的授权将在您签署之日起 24 个月内有效。

- 6. 授权条件：**请从头到尾仔细阅读这部分。它含有关于在我们发布后您的信息后将发生什么的重要信息。
- 7. 签名要求：**除非您或您的私人代表在表格上签字，否则我们不能发布您的信息。如果是个人代表提交申请，则他或她必须在本表格上签名。个人代表是指根据法律有权代表您或您的受养人作出医疗保健相关决定的人。

请求必须包括书面证明（例如法定监护人证明或授权书）。我们需要看这个证明，以确保该人员有权代表您或您的受养人行事。

请注意，有些表格（如持久授权书表格）可能只授予个人代表有限的权利。授予代表的权利必须包括请求和接收受保护的健康信息的能力。这可以通过授予个人作出医疗保健决定的权利来实现。

续

本表格的所有必填部分必须完成后才能有效。关于如何完成本表格的更多信息，请参阅说明。填写表格之后，请将其发送到您的计划在本表格末尾提供的地址。

1. 会员信息

会员身份号：	会员姓名：
邮寄地址：	
电话号码（可选）：	出生日期：

2. 接收者信息

以下是安保健康保险可能与之分享我的信息的人员或组织：

名称：	
地址：	
电话号码（可选）：	关系：

3. 授权目的 - 披露仅限于规定的特定目的。

应我的请求。或 用于下列目的： _____

4. 要披露的信息

我授权安保健康保险披露我的以下受保护的健康信息：

所有临床、索赔、账单、保险福利或承保范围信息。

或者

仅特定信息。请列出： _____

敏感信息：

请在下面签上姓名首字母，用于允许把下面任何一项信息分享给本表格上提供的接收者。这类信息需要特别授权。

所有物质使用失调（酗酒/毒品）

或者

只有下列物质使用失调（酗酒/药物）：

精神健康（心理疗法记录除外）

基因信息（包括基因测试结果）

艾滋病毒 (HIV)/艾滋病

传染性性病

5. 授权期限

授权结束时间：（月/日/年） _____ / _____ / _____

或者

授权将在发生以下事件后结束：

重要须知：如果您未指定终止日期或事件，本授权将自本授权表格签署之日起 24 个月内有效，或直至您以书面形式“撤销”或取消为止（以较早者为准）。

撤销或取消授权：

我明白，我有权在任何时候撤销（取消）本授权。撤销（取消）必须采用书面形式，签字并注明日期，并寄至本表格末尾的地址。

任何撤销（取消）将在安保健康保险收到我的书面通知后生效。我明白，在安保健康保险收到撤销（取消）通知之前，它可能已经根据我之前的授权发布了相关信息。

6. 授权条件

我明白：

- 根据本授权共享的信息可能会被接收该信息的个人或组织再次共享，并且可能不再受法律保护。
- 我可以拒绝签署这份授权书。如果发生这种情况，安保健康保险不能以我签署它作为投保或继续参加我的计划的条件。无论我是否签署本授权书，我仍然有资格获得健康保险福利，并且我的治疗将不会受到影响。安保健康保险不能以我签署它作为支付或接受特定健康保险福利的条件。
- 我理解，本表格不允许安保健康保险提供心理疗法记录。心理疗法记录是心理健康专家在我预约期间所做的记录。如果需要这些记录，我将填写另外一份表格：使用或披露心理疗法记录授权，并且我可以致电我会员身份卡背面的客户服务团队索取该表格。
- 如果我授权安保健康保险发布与艾滋病毒 (HIV)/艾滋病相关的、酒精或毒品治疗或精神健康治疗信息，则联邦法律禁止接收者在未经我授权的情况下披露或使用此类信息，除非联邦或州法律允许这样做。
- 如果我因发布或披露艾滋病毒 (HIV)/艾滋病相关信息而受到歧视，我可以致电 **888-392-3644** 联系纽约州人权司。这个机构有责任保护我的权利。
- 我明白，我在本表上提供的电话号码可能会被安保健康保险或其任何签约方使用，以便就我的账户、我的健保计划或相关方案或向我提供的服务联系我。

7. 个人代表

如果您是作为授权的个人代表签字，请选择这里，并在下面提供您的信息。请附上适当的文件（例如法定监护人、授权书、法院命令等）。如需更多信息，请参阅说明。

楷体姓名： _____

与会员的关系： _____

8. 签名要求

会员或其授权代表**必须签署**本表格。父母必须为 18 岁以下的受养子女签字。

我已阅读并理解本授权条款。我也已经有机会就我的健康信息将如何被使用和共享提出问题。

通过签署这份授权书，我确认表格上的信息是完整和准确的，并遵循我的意愿。

我授权以本表格所述方式使用及披露我的健康信息。

会员签字： _____ 日期： _____ / _____ / _____

个人代表签字： _____ 日期： _____ / _____ / _____

父母 法定监护人* 授权书* 其他*

*您必须包含证明您有合法权限来代表会员行事的文件。

填妥本表格后，请将其邮寄至：

EmblemHealth
Customer Service Department
P.O. Box 1701
New York, NY 10023-1701