

California Individual Enrollment Application / Đơn Đăng Ký Dành Cho Cá Nhân California

IMPORTANT: If you are a new applicant, a separate premium payment is required to be submitted with each application. If you are a current Individual policyholder with Anthem Blue Cross, premium payment is required before the requested effective date. Please complete the Payment Method for Individual Applications Form and send it with your completed enrollment application. If premium is not provided as described above we will not process your application. If you have any questions while completing this application, please contact your insurance agent/broker directly. If you have not worked with an insurance agent/broker, please call 1 (877) 212-1796. If you have questions about a previously submitted application, please call 1 (855) 383-7247. / **QUAN TRỌNG:** Nếu quý vị là người làm đơn mới, quý vị phải nộp tiền thanh toán phí bảo hiểm riêng cùng với mỗi đơn đăng ký. Nếu quý vị là người tham gia bảo hiểm cá nhân hiện tại với Anthem Blue Cross, bắt buộc bạn phải đóng phí bảo hiểm trước ngày hiệu lực. Vui lòng điền vào Biểu Mẫu Phương Thức Thanh Toán cho Đơn Cá Nhân và gửi nó cùng với đơn đăng ký đã điền của quý vị. Nếu phí bảo hiểm không được thanh toán theo yêu cầu trên đây, chúng tôi sẽ không xử lý đơn xin của quý vị. Nếu quý vị có câu hỏi nào, vui lòng hoàn thành đơn và liên hệ trực tiếp với đại lý/người môi giới bảo hiểm. Nếu quý vị chưa làm việc với nhân viên/người môi giới bảo hiểm nào, vui lòng gọi số 1 (877) 212-1796. Nếu quý vị có thắc mắc về đơn đăng ký đã nộp trước đây, vui lòng gọi số 1 (855) 383-7247.

Please complete in blue or black ink only. / Hãy chỉ điền bằng mực xanh dương hoặc mực đen.

Section A – Coverage Information / Phần A – Thông Tin Bảo Hiểm

Application Type (select one): / Loại Đơn (chọn một):

- ☐ New Coverage / Bảo Hiểm Mới ☐ Change plan/policy coverage / Thay đổi bảo hiểm theo chương trình/hợp đồng ☐ Add dependent(s) to current coverage / Bổ sung (những) đối tượng bảo hiểm phụ thuộc vào bảo hiểm hiện tại

Policy No. / Hợp đồng số _____ Policy No. / Hợp đồng số _____

Open Enrollment / Đăng Ký Mở

During the annual Open Enrollment period, you may apply for coverage, or members can change plans. The earliest Effective Date for the annual Open Enrollment period is the first day of the following Calendar Year. The actual Effective Date is determined by the date Anthem receives a complete application with the applicable premium payment. / Trong thời gian Đăng Ký Mở hàng năm, quý vị có thể nộp đơn đăng ký bảo hiểm hoặc các thành viên có thể thay đổi chương trình bảo hiểm. Ngày Hiệu Lực sớm nhất cho kỳ Đăng Ký Mở hàng năm là ngày đầu tiên của Năm Dương Lịch tiếp theo. Ngày Hiệu Lực thực tế được xác định theo ngày mà Anthem nhận được đơn đầy đủ cùng khoản tiền thanh toán phí bảo hiểm áp dụng.

Applications can be received during the Open Enrollment period. Outside the Open Enrollment period referenced above, the applicant may still apply for a health plan if he/she experiences a qualifying event as defined below. Following a qualifying event, an applicant has 60 days to submit an application. In the case of a future Loss of Minimum Essential Coverage, an application may be submitted up to 30 days in advance of the qualifying event date. / Quý vị có thể nhận được Đơn đăng ký trong thời gian Đăng Ký Mở. Bên ngoài kỳ Đăng Ký Mở tham khảo trên đây, người xin tham gia vẫn có thể đăng ký tham gia chương trình y tế nếu người đó có sự kiện hội đủ điều kiện như xác định dưới đây: Sau sự kiện hội đủ điều kiện, người xin tham gia có 60 ngày để nộp đơn. Trong trường hợp Tồn Thất của Bảo Hiểm Ở Mức Thiết Yếu Tối Thiểu trong tương lai, đơn đăng ký phải được nộp trước ngày xảy ra sự kiện hội đủ điều kiện tối đa là 30 ngày.

Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Independent licensee of the Blue Cross Association. ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross name and symbol are registered marks of the Blue Cross Association. / Anthem Blue Cross là tên thương mại của Blue Cross of California. Công Ty Được Cấp Phép Độc Lập của Blue Cross Association. ANTHEM là thương hiệu đã được đăng ký của Anthem Insurance Companies, Inc. Tên và biểu tượng của Blue Cross là các nhãn hiệu đã được đăng ký của Blue Cross Association.

No qualifying event is required to apply for new dental coverage. Dental coverage changes and/or addition of dependents may only occur during the Open Enrollment period or if you experience a qualifying event. Following a qualifying event, an applicant has 60 days to submit an application. / Không yêu cầu sự kiện hội đủ điều kiện để đăng ký bảo hiểm nha khoa mới. Thay đổi bảo hiểm nha khoa và/hoặc bổ sung người phụ thuộc chỉ diễn ra trong thời gian Đăng Ký Mở hoặc nếu quý vị có sự kiện hội đủ điều kiện. Sau sự kiện hội đủ điều kiện, người xin tham gia có 60 ngày để nộp đơn.

Please indicate the reason you are submitting this application: / Vui lòng nêu rõ lý do quý vị nộp đơn đăng ký:

- ☐ Open Enrollment Period / Thời Gian Đăng Ký Mở
- ☐ Special Enrollment Period / Thời Gian Đăng Ký Đặc Biệt

If Special Enrollment Period, please check the qualifying event: / Nếu là Thời Gian Đăng Ký Đặc Biệt, vui lòng chọn sự kiện hội đủ điều kiện:

- ☐ Involuntary loss of Minimum Essential Coverage (loss of minimum essential coverage includes loss of eligibility of coverage as a result of legal separation, divorce, cessation of dependent status (such as attaining the maximum age to be eligible as a dependent child under the plan), death of an employee, termination of employment, reduction in the number of hours of employment. Loss of eligibility does not include a loss due to the failure of the employee or dependent to pay premiums on a timely basis or termination of coverage for cause (such as making a fraudulent claim or an intentional misrepresentation of a material fact in connection with the plan); / Tồn thất không tự nguyện của Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu (tồn thất bảo hiểm thiết yếu tối thiểu bao gồm mất tư cách bảo hiểm do ly thân, ly dị pháp lý, ngừng tình trạng phụ thuộc (chẳng hạn như đến tuổi tối đa để đủ điều kiện làm trẻ phụ thuộc theo chương trình), nhân viên qua đời, chấm dứt việc làm, giảm số giờ làm việc. Mất tư cách không bao gồm tồn thất do nhân viên hoặc người phụ thuộc không nộp phí bảo hiểm kịp thời hoặc chấm dứt bảo hiểm có nguyên nhân (chẳng hạn như đưa ra yêu cầu bồi thường bảo hiểm gian lận hoặc cố tình hiểu sai nội dung tài liệu có liên quan đến chương trình);
- ☐ Gain a dependent or become a dependent through marriage, domestic partnership, or appointment of domestic partnership; / Có người phụ thuộc hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn, sống chung như vợ chồng hoặc hẹn sống chung như vợ chồng;
- ☐ Gain a dependent or become a dependent through birth, adoption or placement for adoption; / Có người phụ thuộc hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua sinh con, nhận con nuôi hoặc bố trí nhận con nuôi;
- ☐ Mandated to be covered as a dependent pursuant to a valid state or federal court order; / Bắt buộc phải được bảo hiểm với tư cách là người phụ thuộc theo lệnh tòa hợp lệ của tiểu bang hoặc liên bang;
- ☐ Release from incarceration; / Ra tù;
- ☐ Health coverage issuer substantially violated material provision of health coverage contract; / Hãng cấp bảo hiểm y tế vi phạm đáng kể điều khoản quan trọng của hợp đồng bảo hiểm y tế;
- ☐ Access to new health benefit plans due to permanent move; / Tiếp cận chương trình phúc lợi y tế mới do di chuyển vĩnh viễn;
- ☐ Loss of services from contracting provider under another health benefit plan, as defined in Sections 10965 of the Insurance Code or 1399.845 of the Health and Safety Code, for a condition described in Health and Safety Code § 1373.96(c) (an acute condition, serious chronic condition, pregnancy, terminal illness, care of newborn between birth and 36 months of age, or performance of a surgery or other procedure that has been recommended and documented by the provider) and that provider is no longer participating in the health benefit plan; / Mất dịch vụ của nhà cung cấp hợp đồng trong chương trình phúc lợi y tế khác, như quy định trong Mục 10965 của Luật Bảo hiểm hoặc 1399.845 của Bộ Luật Sức Khỏe và An Toàn, đối với tình trạng được mô tả trong Bộ Luật Sức Khỏe và An Toàn § 1373.96(c) (tình trạng bệnh cấp tính, tình trạng bệnh kinh niên nghiêm trọng, mang thai, bệnh nan y, chăm sóc trẻ sơ sinh từ lúc sinh đến 36 tháng tuổi, hoặc tiến hành phẫu thuật hay quy trình khác được nhà cung cấp khuyến nghị và kê đơn) và nhà cung cấp đó không còn tham gia chương trình phúc lợi y tế;
- ☐ Member of the Reserve Forces of the U.S. military returning from active duty or member of the California National Guard returning from active duty under Title 32 of the U.S. Code. / Thành viên của Lực Lượng Dự Bị của quân đội Mỹ trở về từ nghĩa vụ hoặc thành viên của Vệ Binh Quốc Gia California trở về từ nghĩa vụ trong Tiêu Đề 32 của Đạo Luật Hoa Kỳ.

Please provide the date of the qualifying event: / Vui lòng cung cấp ngày xảy ra sự kiện làm thay đổi bảo hiểm: _____

If you are applying due to a qualifying event and your application is approved, your effective date is as follows: / Nếu quý vị nộp đơn đăng ký do sự kiện làm thay đổi bảo hiểm và đơn đăng ký của quý vị được chấp thuận, ngày hiệu lực của quý vị như sau:

- In the case of birth, adoption or placement for adoption or appointment of guardianship, coverage is effective on the date of birth, adoption, or placement for adoption or appointment of guardianship; or / Trong trường hợp sinh con, nhận con nuôi hoặc bố trí nhận con nuôi hay được chỉ định làm người giám hộ, bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày sinh, ngày nhận con nuôi hoặc bố trí nhận con nuôi hay ngày được chỉ định làm giám hộ; hoặc
- In the case of marriage, or loss of Minimum Essential Coverage, coverage is effective on the first day of the month following receipt of your application. / Trong trường hợp kết hôn hoặc bị mất Bảo Hiểm Ở Mức Thiết Yếu Tối Thiểu, bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo sau khi nhận được đơn của quý vị.
- In the case of all other qualifying events, when the application is received between the first day and the fifteenth day of the month, coverage shall become effective the first day of the following month. When the application is received between the sixteenth day and last day of the month, coverage shall become effective the first day of the second following month. / Trong trường hợp tất cả các sự kiện hội đủ điều kiện khác, khi đơn được nhận từ ngày đầu tiên đến ngày mười lăm của tháng, bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Khi đơn được nhận từ ngày mười sáu đến ngày cuối cùng của tháng, bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo thứ hai.

Section B – Applicant Information / Phần B - Thông Tin Người Làm Đơn

Last Name / Họ		First Name / Tên		MI / Chữ Cái Đầu Của Tên Đệm	Social Security Number* (required) / Số An Sinh Xã Hội* (bắt buộc)
Home Address** / Địa Chỉ Nhà Riêng**					
City / Thành Phố		State / Tiểu Bang	ZIP / Mã bưu chính	County / Quận	
Billing Address (street and P.O. Box if applicable) / Địa Chỉ Gửi Hóa Đơn (đường phố và hộp thư nếu có)					
City / Thành Phố		State / Tiểu Bang	ZIP / Mã bưu chính		
Marital/Domestic Partner Status / Tình Trạng Hôn Nhân/Người Sống Chung Như Vợ Chồng ☐ Single / Độc Thân ☐ Married / Đã Kết Hôn ☐ Domestic Partner / Người Sống Chung Như Vợ Chồng		Sex / Giới Tính ☐ M / Nam ☐ F / Nữ	Date of Birth / Ngày Sinh / /		
Primary Phone Number / Số Điện Thoại Chính	Secondary Phone Number / Số Điện Thoại Thứ Hai	E-mail***			

**Anthem is required by the IRS to collect this information. It is used for internal purposes only and will not be disclosed unless you select the health savings account option in this Application or to federal and state agencies as required by applicable law. / *Anthem theo yêu cầu của IRS phải thu thập thông tin này. Thông tin này chỉ được sử dụng cho mục đích nội bộ và sẽ không bị tiết lộ trừ khi quý vị chọn tùy chọn tài khoản tiết kiệm sức khỏe trong Đơn này hoặc cho các cơ quan liên bang và tiểu bang theo yêu cầu của luật hiện hành.*

**** All information will be mailed to your home address, including billing, private and confidential communications as defined by California law, unless you designate a different address under the "Billing Address" field above. This will not impact rights you may have to invoke a separate Confidential Communication under the Health Insurance and Portability and Accountability Act ("HIPAA"). / ** Tất cả thông tin sẽ được gửi qua đường bưu điện tới địa chỉ nhà riêng của quý vị, bao gồm thông tin về hóa đơn, thông tin riêng tư và bảo mật theo quy định của luật California, trừ khi quý vị chỉ định một địa chỉ khác trong trường "Địa Chỉ Gửi Hóa Đơn" ở trên. Điều này sẽ không ảnh hưởng tới các quyền mà quý vị có thể có để yêu cầu gửi Thông Tin Mật riêng theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế ("HIPAA").**

*****This information is used for internal purposes only and will not be disclosed unless you select the health savings account option in this Application or to federal and state agencies as required by applicable law. / ***Thông tin này chỉ dùng cho mục đích nội bộ và sẽ không bị tiết lộ trừ khi quý vị chọn tùy chọn tài khoản tiết kiệm sức khỏe trong Đơn Đăng Ký này hoặc cho các cơ quan liên bang và tiểu bang theo yêu cầu của luật hiện hành.**

Section C – Spouse or Domestic Partner to be Covered Information / Phần C - Vợ/Chồng hoặc Người Chung Sống Như Vợ Chồng nằm trong diện được bảo hiểm

Last Name / Họ	First Name / Tên	MI / Chữ Cái Đầu Của Tên Đệm	Relationship / Mối quan hệ ☐ Spouse / Vợ/Chồng ☐ Domestic Partner / Người Sống Chung Như Vợ Chồng
Social Security Number* (required) / Số An Sinh Xã Hội* (bắt buộc)	Sex / Giới Tính ☐ M / Nam ☐ F / Nữ	Date of Birth / Ngày Sinh / /	

Section D – Child Dependents to be Covered Information (All fields required. Attach a separate sheet if necessary). / Phần D – Thông Tin Đối Tượng Bảo Hiểm Phụ Thuộc Là Trẻ Em Cần Được Bảo Hiểm (Tất cả các trường đều bắt buộc. Đính kèm một tờ riêng nếu cần).

Dependent information must be completed for all additional child dependents (if any) to be covered under this coverage. An eligible dependent may be your or your spouse's or your Domestic Partner's children, including stepchildren, newborn and adopted children and any child for whom you or your spouse or domestic partner has assumed a parent-child relationship under age twenty-six 26. (List all dependents beginning with the eldest). Children over the age of twenty-six 26 may be eligible for coverage as a dependent if they are incapable of self-sustaining employment by reason of a physically or mentally disabling injury, illness, or condition, and chiefly dependent upon the policyholder or subscriber for support and maintenance. To qualify as an overage dependent, the Dependent's disability must start before the end of the period he or she would become ineligible for coverage. / Thông tin đối tượng phụ thuộc bảo hiểm phải được điền cho tất cả đối tượng phụ thuộc bảo hiểm là trẻ em (nếu có) cần được bảo hiểm theo bảo hiểm này. Người phụ thuộc hội đủ điều kiện có thể là con của quý vị hoặc con riêng của vợ/chồng hoặc Người Sống Chung Như Vợ Chồng của quý vị gồm con riêng, con đẻ và con nuôi và bất kỳ người con nào mà quý vị hoặc chồng/vợ của quý vị hoặc người sống chung như vợ chồng của quý vị có mối quan hệ cha/mẹ-con dưới 26 tuổi. (Liệt kê tất cả người phụ thuộc bắt đầu từ đối tượng lớn tuổi nhất). Con dưới 26 tuổi có thể hội đủ điều kiện được hưởng bảo hiểm với tư cách là người phụ thuộc nếu họ không có khả năng tự duy trì việc làm vì lý do có chấn thương, bệnh tật hay tình trạng gây mất khả năng về thể chất hoặc tâm thần và phần lớn phụ thuộc vào chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc người đăng ký về việc cấp dưỡng và nuôi nấng. Để đủ điều kiện là người phụ thuộc quá tuổi, tình trạng khuyết tật của Người Phụ Thuộc phải bắt đầu trước khi kết thúc thời gian họ không còn đủ điều kiện hưởng bảo hiểm.

Last Name / Họ	First Name / Tên	MI / Chữ Cái Đầu Của Tên Đệm	Sex / Giới Tính	Date of Birth / Ngày Sinh mm/dd/yyyy / Tháng/ Ngày/ Năm	Social Security Number* (required) / Số An Sinh Xã Hội* (bắt buộc)	Relationship to Applicant / Mối Quan Hệ với Người Làm Đơn
			☐ M / Nam ☐ F / Nữ	/ /		☐ Child / Trẻ em ☐ Other: / Khác: _____
			☐ M / Nam ☐ F / Nữ	/ /		☐ Child / Trẻ em ☐ Other: / Khác: _____
			☐ M / Nam ☐ F / Nữ	/ /		☐ Child / Trẻ em ☐ Other: / Khác: _____
			☐ M / Nam ☐ F / Nữ	/ /		☐ Child / Trẻ em ☐ Other: / Khác: _____
			☐ M / Nam ☐ F / Nữ	/ /		☐ Child / Trẻ em ☐ Other: / Khác: _____

**Anthem is required by the IRS to collect this information. It is used for internal purposes only and will not be disclosed unless you select the health savings account option in this Application or to federal and state agencies as required by applicable law. / *Anthem theo yêu cầu của IRS phải thu thập thông tin này. Thông tin này chỉ được sử dụng cho mục đích nội bộ và sẽ không bị tiết lộ trừ khi quý vị chọn tùy chọn tài khoản tiết kiệm sức khỏe trong Đơn này hoặc cho các cơ quan liên bang và tiểu bang theo yêu cầu của luật hiện hành.*

Do you have a child age 26 or over who is incapable of self-sustaining employment by reason of a physically or mentally disabling injury, illness or condition for whom coverage is being requested under this contract? / Quý vị có con từ 26 tuổi trở lên không có khả năng tự duy trì việc làm vì lý do có chấn thương, bệnh tật hay tình trạng gây mất khả năng về thể chất hoặc tâm thần có bảo hiểm đang được yêu cầu theo hợp đồng này không?

☐ Yes / Có
☐ No / Không

If YES, a separate Disabled Dependent Certification form must be submitted to determine eligibility. / Nếu CÓ, quý vị phải nộp Giấy Chứng Nhận Đối Tượng Phụ Thuộc Bị Tàn Tật riêng để xác định tính hợp đủ điều kiện.

☐ Please send me a form. / Vui lòng gửi mẫu đơn cho tôi.

Are any of the applicants listed on the application currently incarcerated (except pending disposition of charges)? / Có bất kỳ người làm đơn nào được liệt kê trong đơn hiện đang trong tù (trừ trường hợp sắp mãn hạn tù) không?

☐ Yes / Có
☐ No / Không

If YES, who? / Nếu CÓ, là ai? _____

Preferred written language? (Optional) / Ngôn ngữ viết ưu tiên? (Không bắt buộc)

☐ Chinese (ZHO) (C/M) /
Tiếng Trung (ZHO) (C/M)

☐ Korean (KOR) /
Tiếng Hàn (KOR)

☐ Vietnamese (VIE) /
Tiếng Việt (VIE)

☐ Spanish (SPN) /
Tiếng Tây Ban Nha (SPN)

☐ English (ENG) /
Tiếng Anh (ENG)

☐ Tagalog (TGL) /
Tiếng Tagalog (TGL)

☐ Other (W09) /
Tiếng Khác (W09)

Preferred spoken language? (Optional) / Ngôn ngữ nói ưu tiên? (Không bắt buộc)

☐ Chinese (ZHO) (C/M) /
Tiếng Trung (ZHO) (C/M)

☐ Korean (KOR) /
Tiếng Hàn (KOR)

☐ Vietnamese (VIE) /
Tiếng Việt (VIE)

☐ Spanish (SPN) /
Tiếng Tây Ban Nha (SPN)

☐ English (ENG) /
Tiếng Anh (ENG)

☐ Tagalog (TGL) /
Tiếng Tagalog (TGL)

☐ Other (W09) /
Tiếng Khác (W09)

☐ Applicant **DOES** speak, read and/or write English. If applicant does not speak, read or write English, the interpreter must sign and submit a "Statement of Accountability". / Người làm đơn **PHẢI BIẾT** nói, đọc và/hoặc viết tiếng Anh. Nếu người làm đơn không biết nói, đọc hoặc viết tiếng Anh, người phiên dịch phải ký tên và nộp "Khai Báo Trách Nhiệm".

Section E – Medical Coverage / Phần E - Bảo Hiểm Y Tế

Select ONE Plan... then select ONE Individual Deductible/Coinsurance option. / Chọn MỘT Chương Trình Bảo Hiểm... sau đó chọn MỘT lựa chọn Khoản Khấu Trừ/Đồng Bảo Hiểm Cá Nhân.

Total Family Deductible is two (2) times the amount shown. / Tổng Khấu trừ Gia đình bằng hai (2) lần số tiền hiển thị.

Applicants must reside in one of these counties to enroll: Los Angeles (North), Los Angeles (South), Orange and San Diego. / Người xin tham gia phải cư trú tại một trong các quận sau để đăng ký: Los Angeles (North), Los Angeles (South), Orange và San Diego.

Plan/Policy / Chương trình/Hợp đồng bảo hiểm

**Offered by Anthem Blue
Cross** / Do Anthem Blue
Cross cung cấp****

EPO and Deductible/Coinsurance Options / Các tùy chọn EPO và Khấu Trừ/Đồng Bảo Hiểm

METAL LEVEL BRONZE

- | | |
|--|---|
| ☐ Anthem Bronze 60 D EPO | ☐ \$5,000/30% 1FZ7 |
| ☐ Anthem Bronze Pathway EPO | ☐ \$5,750/20% 1FZJ |
| ☐ Anthem Bronze Pathway EPO | ☐ \$5,000/25% 1FZK |
| ☐ Anthem Bronze Pathway EPO | ☐ \$6,250/20% 1FZ8 |

METAL LEVEL SILVER

- | | |
|--|---|
| ☐ Anthem Silver 70 D EPO | ☐ \$2,000/20% 1FZS |
| ☐ Anthem Silver Pathway EPO | ☐ \$2,000/25% 1FZA |
| ☐ Anthem Silver Pathway EPO | ☐ \$1,750/30% 1G0J |

METAL LEVEL GOLD

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Anthem Gold 80 D EPO | ☐ \$0/20% 1G07 |
|---|---------------------------------------|

METAL LEVEL PLATINUM

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Anthem Platinum 90 D EPO | ☐ \$0/10% 1G0D |
|---|---------------------------------------|

METAL LEVEL SILVER☐ Anthem Silver 70 D HMO☐ \$2,000/20% 1G02**METAL LEVEL GOLD**☐ Anthem Gold 80 D HMO☐ \$0/20% 1G0B**METAL LEVEL PLATINUM**☐ Anthem Platinum 90 D HMO☐ \$0/10% 1G0H**Catastrophic Plans (only available for Applicants under age 30 or otherwise qualified) / Chương Trình Bảo Hiểm Thảm Họa (chỉ dành cho Người Làm Đơn dưới 30 tuổi hoặc trường hợp hội đủ điều kiện khác)**☐ Anthem Minimum Coverage D EPO☐ \$6,600/0% 1FZG**HSA Plans / Chương Trình HSA****METAL LEVEL BRONZE**☐ Anthem Bronze 60 D HSA EPO☐ \$4,500/40% 1FZN

☐ **YES**, I would like to establish a health savings account in conjunction with the HSA-compatible health plan I selected. Please forward my information to Anthem Blue Cross's banking partner. (Please fill in your social security number in Section B.) / **CÓ**, tôi muốn lập một tài khoản tiết kiệm sức khỏe kết hợp với chương trình chăm sóc sức khỏe tương thích với tài khoản tiết kiệm sức khỏe (HSA) tôi đã chọn. Vui lòng chuyển tiếp thông tin của tôi đến đối tác ngân hàng của Anthem Blue Cross. (Vui lòng điền số an sinh xã hội của quý vị vào phần B).

☐ **NO, I DO NOT** want to establish a health savings account in conjunction with the HSA-compatible health plan I selected above. Please **DO NOT** forward my information to Anthem Blue Cross's banking partner. / **KHÔNG, TÔI KHÔNG** muốn lập tài khoản tiết kiệm sức khỏe kết hợp với chương trình chăm sóc sức khỏe tương thích với tài khoản tiết kiệm sức khỏe (HSA) tôi đã chọn ở trên. Vui lòng **KHÔNG** chuyển tiếp thông tin của tôi đến đối tác ngân hàng của Anthem Blue Cross.

****These products are issued by Anthem Blue Cross and are regulated by the California Department of Managed Health Care. / **Các sản phẩm này được cung cấp bởi Anthem Blue Cross và được điều tiết bởi Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California.**

Please choose a Primary Care Physician for each family member from the Provider Directory, which can be found at www.anthem.com, or by calling 1 (866) 297-7647. If you do not choose a PCP, then one will be selected for you. /
 Hãy chọn một Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) cho từng thành viên gia đình từ Danh Mục Nhà Cung Cấp, có tại www.anthem.com, hoặc gọi tới số 1 (866) 297-7647. Nếu quý vị không chọn một PCP, chúng tôi sẽ chọn giúp quý vị.

Applicant / Người Làm Đơn	Primary Care Physician (PCP) / Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP)	PCP ID / ID của PCP	Current Patient / Bệnh Nhân Hiện Tại	PMG/IPA ID* / ID PMG/IPA*
Primary Applicant / Người Làm Đơn Chính			☐ Yes / Có ☐ No / Không	
Spouse/Domestic Partner / Người hôn phối/Người sống chung như vợ chồng			☐ Yes / Có ☐ No / Không	
Dependent Name: / Tên Người Phụ Thuộc:			☐ Yes / Có ☐ No / Không	
Dependent Name: / Tên Người Phụ Thuộc:			☐ Yes / Có ☐ No / Không	
Dependent Name: / Tên Người Phụ Thuộc:			☐ Yes / Có ☐ No / Không	

*PMG = Participating Medical Group, IPA = Independent Practice Association / *PMG = Tập Đoàn Y Tế Tham Gia,
 IPA = Hiệp Hội Phòng Khám Độc Lập

☐ Please check box if any additional sheets of paper have been completed for this section. If so, please attach and return the additional sheets with this application. / Vui lòng đánh dấu vào ô nếu đã có giấy đã điền khác cho phần này.
 Nếu vậy, hãy đính kèm và gửi lại giấy tờ bổ sung cùng với đơn này.

Section F – Dental and Vision Coverage / Phần F – Bảo Hiểm Nha Khoa và Mắt

Dental / Nha khoa

☐ Yes, I wish to purchase additional dental coverage to supplement the pediatric Essential Health Benefits to age 19 which are included in the medical plans above. / Có, tôi muốn mua thêm bảo hiểm nha khoa để bổ sung vào Các Phúc Lợi Sức Khỏe Thiết Yếu nhi khoa đến 19 tuổi mà bảo hiểm này được bao gồm trong các chương trình y tế ở trên.

Select ONE Plan: / Chọn MỘT Chương trình:

☐ * Dental SelectHMO*** (1F3E)

Select who you are enrolling (applies to individuals listed on this application only): / Hãy chọn một loại bảo hiểm trên (chỉ áp dụng cho các cá nhân có tên trong đơn này):

☐ Applicant only / Chỉ người làm đơn

☐ Applicant & Spouse or Domestic Partner only /
Chỉ người làm đơn & Vợ/Chồng hoặc Người Sống
Chung Như Vợ Chồng

☐ Applicant & all dependent children listed / Người làm đơn &
tất cả đối tượng phụ thuộc bảo hiểm là trẻ em có tên trong đơn
☐ Applicant, Spouse or Domestic Partner, and all dependent
children listed / Người làm đơn, Vợ/Chồng hoặc Người Sống
Chung Như Vợ Chồng và tất cả đối tượng phụ thuộc bảo hiểm
là trẻ em có tên trong đơn

If you choose the Dental SelectHMO plan, you must choose a Primary Care Dentist for the family and enter the number of the Dental Office you have chosen. / Nếu quý vị chọn chương trình Dental SelectHMO, quý vị phải chọn Nha Sĩ Chăm Sóc Chính cho gia đình và điền số của Văn Phòng Nha Khoa mà quý vị đã chọn.

Primary Care Dentist / Nha Sĩ Chăm Sóc Chính	Current Patient / Bệnh Nhân Hiện Tại ☐ Yes / Có ☐ No / Không	Primary Care Dentist Number / Số của Nha Sĩ Chăm Sóc Chính
---	--	---

***This product is issued by Anthem Blue Cross and is regulated by the California Department of Managed Health Care. / *Sản phẩm này được cung cấp bởi Anthem Blue Cross và được điều tiết bởi Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California.**

***** These plans do not include pediatric dental Essential Health Benefits that are required by the Affordable Care Act. / *** Các chương trình này không bao gồm các Lợi ích y tế thiết yếu về nha khoa và nhi khoa theo quy định của Đạo Luật Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền.**

Vision / Mắt

Supplemental vision coverage is also available. In order to enroll in this coverage, you must enroll in at least one of the medical or dental coverage options in this application. If you have enrolled in one of the medical or dental plans and would like to add vision coverage, please select your plan option below. / Cũng có bảo hiểm mắt bổ sung. Để đăng ký tham gia bảo hiểm này, quý vị phải đăng ký ít nhất một trong các tùy chọn bảo hiểm y tế hoặc nha khoa trong đơn đăng ký này. Nếu quý vị đã đăng ký một trong hai chương trình bảo hiểm y tế hoặc nha khoa và muốn thêm bảo hiểm mắt, vui lòng chọn tùy chọn chương trình bên dưới.

☐ **Blue View Vision Individual (1RYD)**

Section G – Other Health and Dental Coverage / Phần G – Bảo Hiểm Y Tế Và Nha Khoa Khác

- 1) Are you or anyone applying for coverage currently eligible for Medicare? / Quý vị hoặc bất cứ ai khác có đang làm đơn xin bảo hiểm hiện tại hội đủ điều kiện tham gia Bảo Hiểm Medicare không? ☐ Yes / Có ☐ No / Không

If **YES**, who? / Nếu **CÓ**, là ai? _____

- 2) Do you or anyone applying for coverage, currently have health care coverage? / Quý vị hoặc bất cứ ai đang làm đơn xin bảo hiểm, hiện tại có tham gia bảo hiểm chăm sóc sức khỏe không? ☐ Yes / Có ☐ No / Không

If **YES**, please provide the following for health coverage: / Nếu **CÓ**, vui lòng cung cấp thông tin sau cho bảo hiểm y tế:

Name(s) of covered persons. If the whole family, simply write ALL in space below. / Tên của những người được chi trả. Nếu cả gia đình, chỉ việc viết TẤT CẢ vào chỗ trống dưới đây.		Identification Number(s) / (Các) Số Căn Cước
Name and phone number of prior carrier(s) / Tên và số điện thoại của (các) nhà cung cấp bảo hiểm trước đó		
Type of coverage / Loại bảo hiểm ☐ Group / Nhóm ☐ Individual / Cá nhân	Effective Date of Coverage / Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm	
Will you be cancelling this health coverage if approved for Anthem Blue Cross coverage? / Liệu quý vị có hủy bỏ bảo hiểm y tế này nếu được Anthem Blue Cross chấp thuận hay không? ☐ Yes / Có ☐ No / Không		If YES , what is the cancellation date? / Nếu CÓ , ngày hủy là ngày nào?

- 3) Do you or anyone applying for coverage, currently have dental coverage? / Quý vị hoặc bất kỳ ai đăng ký bảo hiểm hiện có bảo hiểm nha khoa không? ☐ Yes / Có ☐ No / Không

If **YES**, please provide the following for dental coverage: / Nếu **CÓ**, vui lòng cung cấp thông tin sau cho bảo hiểm nha khoa:

Name(s) of covered persons. If the whole family, simply write ALL in space below. / Tên của những người được chi trả. Nếu cả gia đình, chỉ việc viết TẤT CẢ vào chỗ trống dưới đây.		Identification Number(s) / (Các) Số Căn Cước
Name and phone number of prior carrier(s) / Tên và số điện thoại của (các) nhà cung cấp bảo hiểm trước đó		
Type of coverage / Loại bảo hiểm ☐ Group / Nhóm ☐ Individual / Cá nhân	Effective Date of Coverage / Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm	
Will you be cancelling this dental coverage if approved for Anthem Dental coverage? / Quý vị có hủy bỏ bảo hiểm nha khoa này không nếu được chấp nhận cho bảo hiểm Anthem? ☐ Yes / Có ☐ No / Không		If YES , what is the cancellation date? / Nếu CÓ , ngày hủy là ngày nào?

Section H – Significant Terms, Conditions and Authorizations (TERMS) / Phần H – Điều Khoản, Điều Kiện và Ủy Quyền Quan Trọng (ĐIỀU KHOẢN)

Please read this section carefully before signing the application. / Hãy đọc phần này thật cẩn thận trước khi ký đơn.

All Applicants / Tất Cả Những Người Làm Đơn

I, the undersigned, understand that under the Anthem Blue Cross plan/policy in which I am enrolling, I will have considerably higher personal financial costs if I use an out-of-network hospital or physician than if I use a network hospital or physician. Contact customer service at 1-866-297-7647 with any questions about the use of network providers and the financial impact of using out-of-network providers. / Tôi, người ký tên dưới đây, hiểu rằng theo chương trình/hợp đồng bảo hiểm của Anthem Blue Cross mà tôi đang xin tham gia, tôi sẽ phải chịu chi phí tài chính cá nhân lớn hơn nhiều nếu tôi sử dụng một bệnh viện hoặc bác sỹ ngoài mạng khác so với việc sử dụng một bệnh viện hoặc bác sỹ trong mạng. Liên hệ với dịch vụ khách hàng theo số 1-866-297-7647 với bất kỳ câu hỏi nào về sử dụng nhà cung cấp trong mạng và tác động tài chính của việc sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng.

HIV Testing PROHIBITED: / CẤM XÉT NGHIỆM HIV:

California law prohibits an HIV test from being required or used by health insurance companies as a condition of obtaining health insurance. / Luật California cấm các công ty bảo hiểm sức khỏe yêu cầu xét nghiệm HIV hay sử dụng nó như là một điều kiện để chấp nhận bảo hiểm y tế.

- I understand that although Anthem Blue Cross requires payment with my application, sending my initial premium with this application, and the receipt of my payment by Anthem Blue Cross, does not mean that coverage has been approved. I may not assign any payment under my Anthem Blue Cross program. I am applying for the coverage selected on this application. I understand that, to the extent permitted by law, Anthem Blue Cross reserves the right, based upon eligibility requirements, to accept or decline this application. I understand that if my application is denied, my bank account or credit card will not be charged. / Tôi hiểu rằng mặc dù Anthem Blue Cross yêu cầu thanh toán cùng với đơn đăng ký của tôi, việc gửi khoản phí ban đầu của tôi cùng đơn này cũng như việc Anthem Blue Cross nhận khoản thanh toán của tôi, không đồng nghĩa với việc bảo hiểm đã được chấp thuận. Tôi không được chuyển nhượng bất kỳ khoản thanh toán nào thuộc chương trình Anthem Blue Cross của tôi. Tôi làm đơn xin bảo hiểm đã chọn trong đơn này. Tôi hiểu rằng, trong phạm vi luật pháp cho phép, Anthem Blue Cross có quyền, dựa theo yêu cầu về tính hội đủ điều kiện, chấp nhận hoặc từ chối đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng nếu đơn của tôi bị từ chối, tài khoản ngân hàng hoặc thẻ tín dụng của tôi sẽ không bị tính phí.
- I will notify Anthem Blue Cross of any changes that affect my eligibility or my dependents eligibility for coverage. This includes changes in address, marriage, divorce, dissolution of domestic partnership, death, or dependent status. / Tôi sẽ thông báo cho Anthem Blue Cross về mọi thay đổi ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện của tôi hoặc tính hội đủ điều kiện của người phụ thuộc đối với bảo hiểm. Điều này bao gồm thay đổi về địa chỉ, kết hôn, ly dị, hủy quan hệ chung sống, qua đời hoặc tình trạng phụ thuộc.
- I understand Anthem Blue Cross may convert my payment by check to an electronic Automated Clearinghouse (ACH) debit transaction and that my original check will be destroyed. The debit transaction will appear on my bank statement although my check will not be presented to my financial institution or returned to me. This ACH debit transaction will not enroll me in any Anthem Blue Cross automatic debit process and will only occur each time I send a check to Anthem Blue Cross. Any resubmissions due to insufficient funds may also occur electronically. I understand that all checking transactions will remain secure, and my payment by check constitutes acceptance of these terms. / Tôi hiểu rằng Anthem Blue Cross có thể chuyển đổi khoản thanh toán bằng séc của tôi sang giao dịch ghi nợ của Ngân Hàng Hối Đoái Tự Động (ACH) điện tử và rằng tờ séc ban đầu của tôi sẽ bị hủy bỏ. Giao dịch ghi nợ này sẽ xuất hiện trên bản sao kê tài khoản ngân hàng của tôi mặc dù séc của tôi sẽ không được trình cho cơ sở tài chính của tôi hoặc trả lại cho tôi. Giao dịch ghi nợ của ACH sẽ không ghi danh tôi vào bất kỳ quy trình ghi nợ tự động nào của Anthem Blue Cross và sẽ chỉ xảy ra mỗi khi tôi gửi một tờ séc cho Anthem Blue Cross. Mọi trường hợp phải nộp lại do thiếu tiền cũng đều có thể diễn ra theo phương thức điện tử. Tôi hiểu rằng tất cả các giao dịch sẽ vẫn an toàn, và khoản thanh toán bằng séc của tôi tạo nên sự chấp nhận những điều khoản này.
- By signing this application, I agree and consent to the recording and/or monitoring of any telephone conversation between Anthem Blue Cross and myself. / Bằng cách ký đơn này, tôi nhất trí và đồng ý với việc ghi lại và/hoặc theo dõi bất kỳ cuộc nói chuyện qua điện thoại nào giữa Anthem Blue Cross và bản thân tôi.
- I understand I am applying for individual health and/or dental/vision coverage which is not part of any employer-sponsored plan. I certify that neither I nor any dependent is receiving any form of reimbursement or compensation for this coverage from any employer. I understand that I am responsible for 100% of the premium payment and I am also

responsible to ensure that premiums are paid. / Tôi hiểu rằng tôi đang làm đơn xin bảo hiểm y tế cá nhân và/hoặc bảo hiểm nha khoa/mắt - bảo hiểm này không thuộc bất kỳ chương trình do người sử dụng lao động tài trợ nào. Tôi xác nhận rằng hiện tôi hay bất kỳ đối tượng phụ thuộc bảo hiểm nào đều không nhận được bất kỳ hình thức hoàn trả hay bồi thường nào cho bảo hiểm này từ bất kỳ người sử dụng lao động nào. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm 100% về việc thanh toán phí bảo hiểm và tôi cũng chịu trách nhiệm đảm bảo rằng các phí bảo hiểm đều được thanh toán.

- I understand that my domestic partner, if applicable, is eligible for coverage only if he or she has established a domestic partnership with me pursuant to California law. / Tôi hiểu rằng người chung sống như vợ chồng của tôi, nếu có, chỉ đủ điều kiện cho bảo hiểm này nếu anh ấy hoặc cô ấy xây dựng quan hệ chung sống như vợ chồng với tôi theo luật pháp California.
- ☐ By checking this box, I authorize and expressly consent that Anthem Blue Cross and its affiliated companies may send and deliver to me any communication that is not required to be provided to me by United States mail, including but not limited to legally required Plan Notices, policies, agreements, evidence of coverage booklets and eligibility, enrollment and billing and explanation of benefits statements, electronically, either by e-mail or via the Internet. Examples of documents that will not be sent by electronic means and will continue to be sent by U.S. Mail include notices of cancellation, notices of grace period, notices that will terminate your coverage, and notices regarding a denial of coverage. I understand that I can revoke this authorization or request paper copies at any time by contacting Anthem Blue Cross customer service or online at www.anthem.com. / Bằng việc đánh dấu ô này, tôi ủy quyền và đồng ý rõ ràng rằng Anthem Blue Cross cũng như các công ty liên kết có thể gửi và cung cấp cho tôi bất kỳ thông tin nào không bắt buộc phải cung cấp cho tôi qua thư bưu điện của Hoa Kỳ, bao gồm nhưng không giới hạn đối với các Thông Báo Chương Trình, chính sách, thỏa thuận, sổ tay chứng thực bảo hiểm và tính hội đủ điều kiện, đăng ký và hóa đơn cũng như giải thích bản khai quyền lợi bảo hiểm, được yêu cầu hợp pháp, qua email hoặc Internet. Ví dụ về các tài liệu sẽ không được chuyển bằng phương tiện điện tử và sẽ được gửi bằng đường bưu điện Hoa Kỳ bao gồm thông báo hủy, thông báo thời gian gia hạn, thông báo sẽ chấm dứt bảo hiểm của bạn, và thông báo về việc từ chối bảo hiểm. Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại giấy ủy quyền này hoặc yêu cầu bản sao bằng giấy bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với dịch vụ khách hàng của Anthem Blue Cross hoặc trực tuyến tại www.anthem.com.
- I acknowledge that I have read the Significant Terms, Conditions, and Authorizations, and I accept such provisions as a condition of coverage. I represent that the answers given to all questions on this application are true and accurate to the best of my knowledge and belief, and I understand they are being relied on by Anthem Blue Cross in accepting this application. Any act or practice that constitutes fraud or intentional misrepresentation of material fact found in this application may result in denial of benefits, rescission or cancellation of my coverage(s). / Tôi thừa nhận rằng tôi đã đọc các Điều Khoản, Điều Kiện và Ủy Quyền Quan trọng, tôi chấp nhận các điều khoản này như là điều kiện của bảo hiểm. Tôi khẳng định rằng những câu trả lời đối với tất cả các câu hỏi trong đơn này đều đúng và chính xác theo sự tin tưởng và hiểu biết tốt nhất của tôi, và tôi hiểu rằng chúng được Anthem Blue Cross lấy làm căn cứ để chấp nhận đơn này. Nếu phát hiện có hành vi hoặc thông lệ cấu thành việc gian lận hoặc cố tình hiểu sai nội dung tài liệu trong đơn đăng ký này thì có thể bị từ chối quyền lợi bảo hiểm, hủy bỏ hoặc hủy (các) bảo hiểm.
 - I certify each Social Security Number listed on this application is correct. / Tôi xác nhận mỗi Số An Sinh Xã Hội nêu trong đơn đăng ký này là chính xác.

I give this authorization for and on behalf of any eligible dependents and myself if covered by Anthem Blue Cross. I am acting as their agent and representative. / Tôi đại diện và thay mặt cho bất kỳ đối tượng phụ thuộc bảo hiểm hội đủ điều kiện nào và cho bản thân tôi trao sự ủy quyền này nếu được Anthem Blue Cross bảo hiểm. Tôi đóng vai trò là đại lý và người đại diện của họ.

This application shall be altered solely by the applicant or with his or her written consent. / Đơn này sẽ chỉ được người làm đơn sửa đổi hoặc được người khác sửa đổi nếu có sự đồng ý bằng văn bản của người làm đơn.

Rescission of Membership / Hủy Bỏ Tư Cách Thành Viên

Every applicant age 18 or older acknowledges the following: I have provided true and complete answers to all questions in the application to the best of my knowledge and understand that all answers are important and will be considered in the acceptance or denial of this application. I understand that all information I know, that is responsive to a question on this application, must be provided in my answers consistent with California law. If Anthem Blue Cross discovers that you committed an act or practice that constitutes fraud, or intentional misrepresentation of material fact is found in this application, Anthem Blue Cross may rescind my plan/policy within the first 24 months from my effective date. I understand this means that Anthem Blue Cross will revoke my plan/policy as if it never existed back to the original Effective Date. /

Mọi người làm đơn từ 18 tuổi trở lên công nhận những điều sau đây: Tôi đã cung cấp câu trả lời đầy đủ và đúng sự thực cho tất cả các câu hỏi trong đơn này theo hiểu biết tốt nhất của tôi và tôi hiểu rằng mọi câu trả lời đều quan trọng và sẽ được xem xét cho việc chấp nhận hoặc từ chối đơn này. Tôi hiểu rằng mọi thông tin mà tôi biết để trả lời cho mỗi câu hỏi trong đơn này phải được cung cấp trong các câu trả lời của tôi phù hợp với Luật California. Nếu Anthem Blue Cross phát hiện rằng tôi đã vi phạm một điều luật hoặc một thông lệ một cách gian lận hoặc cố tình hiểu sai nội dung tài liệu thì Anthem Blue Cross có thể hủy bỏ chương trình/hợp đồng bảo hiểm của tôi trong vòng 24 tháng đầu tiên kể từ ngày có hiệu lực bảo hiểm của tôi. Tôi hiểu rằng điều này có nghĩa là Anthem Blue Cross sẽ thu hồi chương trình/hợp đồng bảo hiểm của tôi như thể nó chưa bao giờ tồn tại sau Ngày Hiệu Lực ban đầu.

The primary applicant additionally acknowledges the following: All of my dependents listed on this application who are 18 years of age or older have read this application and have provided complete and accurate information for this application to the best of my knowledge and have signed the application below. Also, to the best of my knowledge and belief, I have done everything necessary to be able to assure you that all information about all applicants, including my children under the age of 18, listed on this application is true and complete. Anthem Blue Cross may deny or rescind the entire plan/policy if it discovers that you committed an act or practice that constitutes fraud, or intentional misrepresentation of material fact is found in this application. Enrollees/insureds other than the individual(s) whose information led to the rescission on such plans/policies may be able to obtain coverage as set forth in the section **Eligibility following Rescission**. / Người làm đơn chính công nhận thêm những điều sau đây: Tất cả những đối tượng phụ thuộc của tôi được ghi trong đơn này mà từ 18 tuổi trở lên đều đã đọc đơn và cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác cho đơn này theo hiểu biết tốt nhất của tôi và đã ký vào đơn ở bên dưới. Đồng thời, theo sự hiểu biết và sự tin tưởng chắc chắn nhất của tôi, tôi đã làm mọi việc cần thiết để có thể đảm bảo cho quý vị rằng mọi thông tin về tất cả những người làm đơn bao gồm các con dưới 18 tuổi của tôi được liệt kê trong đơn này đều đúng sự thực và đầy đủ. Anthem Blue Cross có thể hủy bỏ toàn bộ chương trình/hợp đồng bảo hiểm nếu họ phát hiện ra trong đơn xin cấp bảo hiểm, quý vị đã vi phạm một điều luật hoặc một thông lệ một cách gian lận hoặc cố tình hiểu sai nội dung tài liệu. Những người đăng ký/người được bảo hiểm ngoài cá nhân có thông tin dẫn đến việc hủy bỏ chương trình/hợp đồng bảo hiểm có thể nhận bảo hiểm như được nêu trong mục **Tính Hội Đủ Điều Kiện sau khi Hủy Bỏ**.

I understand that if my plan/policy is rescinded, I will be sent written notice that will explain the basis for the decision and my appeal rights. I have the option to submit a new application in the future to be considered for benefits. I also understand that, consistent with California law, I will be required to pay for any services Anthem Blue Cross paid on my behalf and that Anthem Blue Cross will refund any premium paid by me, less my medical expenses that Anthem Blue Cross paid. / Tôi hiểu rằng nếu chương trình/hợp đồng bảo hiểm của tôi bị rút lại, tôi sẽ được gửi đến một thông báo bằng văn bản giải thích cơ sở cho quyết định này và các quyền khiếu nại của tôi. Tôi có lựa chọn nộp một đơn mới trong tương lai để được xem xét cho các quyền lợi. Tôi cũng hiểu rằng, theo luật California, tôi sẽ được yêu cầu thanh toán cho bất kỳ dịch vụ nào mà Anthem Blue Cross đã thanh toán thay mặt cho tôi và rằng Anthem Blue Cross sẽ hoàn lại bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào mà tôi đã thanh toán, nhỏ hơn chi phí y tế mà Anthem Blue Cross đã thanh toán.

Eligibility following Rescission / Tính Hội Đủ Điều Kiện sau khi Hủy Bỏ

For individual plans/policies that have been rescinded, eligible enrollees/insureds other than the individual(s) whose information led to the rescission on such plans/policies may continue coverage, without medical underwriting, in one of the following ways: / Đối với các chương trình/hợp đồng bảo hiểm cá nhân đã bị hủy bỏ, những người đăng ký/người được bảo hiểm ngoài cá nhân có thông tin dẫn đến việc hủy bỏ chương trình/hợp đồng bảo hiểm có thể tiếp tục nhận bảo hiểm mà không cần đánh giá rủi ro y tế, bằng một trong các cách sau đây:

- enroll in a new individual plan/policy that provides the most equivalent benefits, or / đăng ký tham gia một chương trình/hợp đồng bảo hiểm cá nhân mới cung cấp nhiều quyền lợi tương đương nhất, hoặc
- remain covered under the individual plan/policy that was rescinded. / vẫn được bảo hiểm theo chương trình/hợp đồng bảo hiểm cá nhân đã bị rút lại.

In either instance, premium rates may be revised to reflect the number of persons on the plan/policy. / Trong cả hai trường hợp, mức phí bảo hiểm có thể được xem lại để phản ánh số người trên chương trình/hợp đồng bảo hiểm.

Anthem Blue Cross will notify in writing all enrollees/insureds of the right to coverage under an individual plan/policy, at a minimum, when it rescinds the individual plan/policy. / Anthem Blue Cross sẽ thông báo bằng văn bản tới mọi người đăng ký/người được bảo hiểm về quyền bảo hiểm theo một chương trình/hợp đồng bảo hiểm cá nhân, ít nhất, khi họ hủy bỏ chương trình/hợp đồng bảo hiểm cá nhân.

Anthem Blue Cross will provide 60 days for enrollees to accept the offered new individual plan/policy and this contract shall be effective as of the effective date of the original plan/policy and there shall be no lapse in coverage. / Anthem Blue Cross sẽ dành cho người đăng ký 60 ngày để chấp nhận chương trình/hợp đồng bảo hiểm cá nhân mới và hợp đồng này sẽ có hiệu lực vào ngày có hiệu lực của chương trình/hợp đồng bảo hiểm ban đầu và bảo hiểm sẽ không bị mất hiệu lực.

To the best of my information and belief, I have personally read and attest to the completeness and validity of the information provided on this application. / Theo thông tin và sự tin tưởng tốt nhất của tôi, bản thân tôi đã đọc và chứng thực sự đầy đủ và tính hợp lệ của thông tin được cung cấp trong đơn này.

If I am accepted, this application will become part of the plan contract/policy between Anthem Blue Cross and me. / Nếu tôi được chấp nhận thì đơn này sẽ trở thành một phần của hợp đồng chương trình/hợp đồng bảo hiểm giữa Anthem Blue Cross và tôi.

I, and any enrolled family members, agree to abide by the terms of that plan contract/policy. With the exception of minors and persons for whom this application has been interpreted (a signed Statement of Accountability must be attached, see Section J). If an Applicant does not read English, the interpreter must sign and submit a Statement of Accountability for interpreting this entire application (see Section J). / Tôi và bất kỳ thành viên nào trong gia đình đồng ý chấp hành mọi điều khoản của bản hợp đồng chương trình/hợp đồng bảo hiểm này. Với ngoại lệ là các vấn đề nhỏ hoặc các cá nhân mà đơn đã được dịch (Phải đính kèm Tuyên Bố về Trách Nhiệm, xem Phần J). Nếu Người Làm Đơn không đọc được tiếng Anh, người dịch phải ký và nộp một bản Khai Báo Trách Nhiệm đối với việc dịch toàn bộ đơn này (xem Phần J).

REQUIREMENT FOR BINDING ARBITRATION / YÊU CẦU VỀ TRỌNG TÀI RÀNG BUỘC

YOU AND ANTHEM BLUE CROSS AGREE TO BINDING ARBITRATION TO SETTLE ALL DISPUTES INCLUDING BUT NOT LIMITED TO DISPUTES RELATING TO THE DELIVERY OF SERVICE UNDER THE PLAN/POLICY AND/OR ANY OTHER ISSUES RELATED TO THE PLAN /POLICY AND CLAIMS OF MEDICAL MALPRACTICE, IF THE AMOUNT IN DISPUTE EXCEEDS THE JURISDICTIONAL LIMIT OF SMALL CLAIMS COURT AND THE DISPUTE CAN BE SUBMITTED TO BINDING ARBITRATION UNDER APPLICABLE FEDERAL AND STATE LAW, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO, THE PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT. IT IS UNDERSTOOD THAT ANY DISPUTE INCLUDING DISPUTES RELATING TO THE DELIVERY OF SERVICES UNDER THE PLAN/POLICY AND/OR ANY OTHER ISSUES RELATED TO THE PLAN/POLICY, INCLUDING ANY DISPUTE AS TO MEDICAL MALPRACTICE, THAT IS AS TO WHETHER ANY MEDICAL SERVICES RENDERED UNDER THIS CONTRACT WERE UNNECESSARY OR UNAUTHORIZED OR WERE IMPROPERLY, NEGLIGENTLY OR INCOMPETENTLY RENDERED, WILL BE DETERMINED BY SUBMISSION TO ARBITRATION AS PERMITTED AND PROVIDED BY FEDERAL AND CALIFORNIA LAW, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO, THE PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT AND NOT BY A LAWSUIT OR RESORT TO COURT PROCESS EXCEPT AS CALIFORNIA LAW PROVIDES FOR JUDICIAL REVIEW OF ARBITRATION PROCEEDINGS. BOTH PARTIES TO THIS CONTRACT, BY ENTERING INTO IT, ARE GIVING UP THEIR CONSTITUTIONAL RIGHT TO HAVE ANY SUCH DISPUTE DECIDED IN A COURT OF LAW BEFORE A JURY, AND INSTEAD ARE ACCEPTING THE USE OF ARBITRATION. YOU, ANTHEM BLUE CROSS AGREE THAT EACH MAY BRING CLAIMS AGAINST THE OTHER ONLY IN YOUR OR ITS INDIVIDUAL CAPACITY, AND NOT AS A PLAINTIFF OR CLASS MEMBER IN ANY PURPORTED CLASS OR REPRESENTATIVE PROCEEDING. THIS MEANS THAT YOU AND ANTHEM BLUE CROSS ARE WAIVING THE RIGHT TO A JURY TRIAL AND/OR TO PARTICIPATE IN A CLASS ACTION FOR BOTH MEDICAL MALPRACTICE CLAIMS, AND ANY OTHER DISPUTES INCLUDING DISPUTES RELATING TO THE DELIVERY OF SERVICE UNDER THE PLAN/POLICY OR ANY OTHER ISSUES RELATED TO THE PLAN/POLICY. / QUÝ VỊ VÀ ANTHEM BLUE CROSS ĐỒNG Ý CÓ TRỌNG TÀI RÀNG BUỘC ĐỂ GIẢI QUYẾT TẤT CẢ CÁC TRANH CHẤP BAO GỒM NHƯNG KHÔNG GIỚI HẠN Ở CÁC TRANH CHẤP LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC THỰC HIỆN DỊCH VỤ THEO CHƯƠNG TRÌNH/HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM VÀ/HOẶC BẤT KỲ VẤN ĐỀ NÀO KHÁC LIÊN QUAN ĐẾN CHƯƠNG TRÌNH/HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM VÀ CÁC KHIẾU NẠI VỀ SƠ SUẤT Y TẾ, NẾU KHOẢN TIỀN TRANH CHẤP VƯỢT QUÁ GIỚI HẠN SỐ TIỀN QUÝ VỊ CÓ THỂ THU ĐƯỢC CHO CÁC KHIẾU KIỆN NHỎ VÀ TRANH CHẤP CÓ THỂ ĐƯỢC ĐỀ TRÌNH LÊN TRỌNG TÀI RÀNG BUỘC THEO LUẬT HIỆN

HÀNH CỦA LIÊN BANG VÀ TIỂU BANG, BAO GỒM NHƯNG KHÔNG GIỚI HẠN, ĐẠO LUẬT BẢO VỆ BỆNH NHÂN VÀ CHĂM SÓC VỚI CHI PHÍ PHẢI CHĂNG. VẤN ĐỀ NÀY ĐƯỢC HIỂU LÀ BẤT CỨ TRANH CHẤP NÀO BAO GỒM CÁC TRANH CHẤP LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC THỰC HIỆN DỊCH VỤ THEO CHƯƠNG TRÌNH/HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM VÀ/HOẶC BẤT CỨ VẤN ĐỀ NÀO KHÁC LIÊN QUAN ĐẾN CHƯƠNG TRÌNH/HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM, BAO GỒM BẤT CỨ TRANH CHẤP NÀO VỀ SƠ SUẤT Y TẾ, CHO DÙ DO BẤT CỨ DỊCH VỤ NÀO ĐƯỢC THỰC HIỆN THEO HỢP ĐỒNG NÀY LÀ KHÔNG CẦN THIẾT HOẶC KHÔNG ĐÚNG THẨM QUYỀN HOẶC ĐƯỢC THỰC HIỆN KHÔNG ĐÚNG CÁCH, LỖ LÀ TRÁCH NHIỆM HOẶC KHÔNG ĐỦ NĂNG LỰC, SẼ ĐƯỢC QUYẾT ĐỊNH BẰNG VIỆC ĐƯA RA CHO TRỌNG TÀI PHÂN XỬ THEO QUY ĐỊNH CỦA LUẬT PHÁP CALIFORNIA VÀ LIÊN BANG, BAO GỒM NHƯNG KHÔNG GIỚI HẠN, ĐẠO LUẬT BẢO VỆ BỆNH NHÂN VÀ CHĂM SÓC VỚI CHI PHÍ PHẢI CHĂNG VÀ KHÔNG KIẾN RA TÒA HOẶC THEO CÁC THỦ TỤC TÒA ÁN, TRỪ KHI LUẬT CALIFORNIA QUY ĐỊNH PHẢI XEM XÉT VỀ MẶT PHÁP LÝ CÁC THỦ TỤC TRỌNG TÀI. BẰNG VIỆC KÝ KẾT HỢP ĐỒNG NÀY, CẢ HAI BÊN CỦA HỢP ĐỒNG NÀY TỪ BỎ QUYỀN HIẾN PHÁP CỦA MÌNH TRONG VIỆC ĐƯỢC GIẢI QUYẾT BẤT KỲ TRANH CHẤP NÀO NHƯ VẬY TẠI TÒA ÁN TRƯỚC BỒI THẨM ĐOÀN, VÀ THAY VÀO ĐÓ HỌ CHẤP THUẬN VIỆC SỬ DỤNG TRỌNG TÀI PHÂN XỬ. QUÝ VỊ, ANTHEM BLUE CROSS ĐỒNG Ý RẰNG MỖI BÊN ĐỀU CÓ THỂ KHIẾU KIẾN BÊN CÒN LẠI CHỈ TRONG KHẢ NĂNG CỦA QUÝ VỊ HOẶC CỦA CÁ NHÂN, VÀ KHÔNG LÀ NGUYÊN ĐƠN HOẶC THÀNH VIÊN TẬP THỂ TRONG BẤT KỲ VỤ KIẾN CỦA TẬP THỂ HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN TẬP THỂ NÀO. ĐIỀU NÀY CÓ NGHĨA LÀ QUÝ VỊ VÀ ANTHEM BLUE CROSS SẼ TỪ BỎ QUYỀN TRƯỚC MỘT BỒI THẨM ĐOÀN VÀ/HOẶC THAM GIA VÀO MỘT VỤ KIẾN TẬP THỂ CHO CẢ KHIẾU NẠI VỀ SƠ SUẤT Y TẾ VÀ BẤT KỲ TRANH CHẤP NÀO KHÁC BAO GỒM CÁC TRANH CHẤP LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC CUNG CẤP DỊCH VỤ THEO CHƯƠNG TRÌNH/HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM HOẶC BẤT KỲ VẤN ĐỀ NÀO KHÁC LIÊN QUAN ĐẾN CHƯƠNG TRÌNH/HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.

SIGN HERE / KÝ VÀO ĐÂY	Signature of Applicant* or Legal Representative / Chữ ký của Người Làm Đơn* hay Đại Diện Hợp Pháp X	Date / Ngày
	Signature of Spouse or Domestic Partner or Dependent Child(ren) age 18 or over (if to be covered) or Legal Representative / Chữ ký của Vợ/Chồng hoặc Người Sống Chung Như Vợ Chồng hoặc Đối Tượng Phụ Thuộc Là Trẻ Em từ 18 tuổi trở lên (nếu cần được bảo hiểm) hoặc Đại Diện Pháp Lý X	Date / Ngày
	Signature of Dependent Child(ren) age 18 or over (if to be covered) / Chữ ký của Đối Tượng Phụ Thuộc Là Trẻ Em từ 18 tuổi trở lên (nếu cần được bảo hiểm) X	Date / Ngày

** (or Custodial Parent's or Guardian's signature if applicant is under age 18) / * (hoặc chữ ký của Cha/Mẹ Trục Tiếp Trông Nom hoặc của Người Giám Hộ nếu người làm đơn dưới 18 tuổi)*

Section I – Agent/Broker Certification / Phần I – Chứng Nhận của Nhân Viên/Người Môi Giới Bảo Hiểm

Please check one of the following and complete the information below: / Vui lòng đánh dấu vào một trong các ô sau đây và điền thông tin ở dưới:

☐ I have not had any interactions whatsoever with this applicant either by phone, e-mail or in person and did not provide any information, advise or assist the applicant in any manner in providing answers or responses to any questions in the application. / Tôi đã không có bất kỳ tương tác nào với người làm đơn này cho dù qua điện thoại, email hoặc gặp mặt trực tiếp và không cung cấp thông tin, lời khuyên hay hỗ trợ cho người làm đơn dưới bất kỳ hình thức nào để trả lời các câu hỏi trong đơn này.

☐ I assisted the applicant in submitting this application. To the best of my knowledge, the information on this application is complete and accurate. I explained to the applicant, in easy-to-understand language, the risk to the applicant of providing inaccurate information and the applicant understood the explanation. / Tôi đã hỗ trợ người làm đơn trong việc nộp đơn này. Theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên đơn này là đầy đủ và chính xác. Tôi đã giải thích cho người làm đơn, bằng ngôn ngữ dễ hiểu, về rủi ro đối với người làm đơn nếu cung cấp thông tin không chính xác và người làm đơn hiểu giải thích đó.

NOTICE: If you state any material fact that you know to be false, you are subject to a civil penalty of up to ten thousand dollars (\$10,000), as authorized under California Health and Safety Code Section 1389.8(c)/Insurance Code Section 10119.3. / **THÔNG BÁO:** Nếu quý vị khai báo bất kỳ thông tin quan trọng nào mà quý vị biết là giả, quý vị phải chịu phạt tiền dân sự tối đa mười nghìn đô la (\$10,000), như ủy quyền theo Mục 1389.8(c) Bộ Luật Sức Khỏe và An Toàn California/Mục 10119.3 Bộ Luật Bảo Hiểm.

I certify to the best of my knowledge and belief, the responses herein are accurate. / Tôi chứng nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của tôi, những câu trả lời ở đây là chính xác.

Agent/Broker Signature / Chữ Ký của Nhân Viên/Người Môi Giới Bảo Hiểm X		Date / Ngày	
Agent/Broker Name (please print) / Tên Nhân Viên/Người Môi Giới Bảo Hiểm (bằng chữ in)		Agent/Broker Street Address/Suite No./Personal Mail Box (PMB) No. / Địa Chỉ Phố/ Số Dãy Nhà/Số Hòm Thư Cá Nhân (PMB) của Nhân Viên/Người Môi Giới Bảo Hiểm	
Agent/Broker ID/TIN / ID/TIN của Nhân Viên/Người Môi Giới Bảo Hiểm	Agency ID/Parent TIN / ID/TIN Chính của Đại Lý	City / Thành phố	State / Tiểu bang ZIP / Mã bưu chính
Agent/Broker Phone No. / Số Điện Thoại của Đại lý/Người Môi Giới Bảo Hiểm	Agent/Broker Fax No. / Số Fax của Đại lý/Người Môi Giới Bảo Hiểm	Agent/Broker E-mail / Email của Đại lý/ Người Môi Giới Bảo Hiểm	
GA (if applicable) / GA (nếu có)		GA code (if applicable) / Mã GA (nếu có)	

Section J – Statement of Accountability / Phần J – Khai Báo Trách Nhiệm**Primary Applicant's Name: / Tên Người Làm Đơn Chính:** _____**To be completed when the applicant cannot complete application. / Phải điền khi người làm đơn không thể điền đơn này.****NOTE: Interpreter must be 18 years or older to translate the application on behalf of the applicant. /****GHI CHÚ: Người dịch phải từ 18 tuổi trở lên mới được phép dịch đơn này thay mặt cho người làm đơn.**

I, / Bản thân tôi, _____, personally read and completed this Individual Application for the applicant named below because: / đã đọc và điền Đơn Đăng Ký Dành Cho Cá nhân (Individual Enrollment Application) này cho người làm đơn có tên dưới đây vì:

☐ Applicant does not read English / Người làm đơn không biết đọc tiếng Anh

☐ Applicant does not speak English / Người làm đơn không biết nói tiếng Anh

☐ Applicant does not write English / Người làm đơn không biết viết tiếng Anh

☐ Applicant is Limited English Proficient / Người Làm Đơn Có Trình Độ Tiếng Anh Hạn Chế

☐ Other (explain): / Lý do khác (giải thích): _____

I interpreted the contents of this form and to the best of my knowledge obtained and listed all the requested personal and medical history disclosed by the: / Tôi đã dịch nội dung của mẫu đơn này và với tất cả hiểu biết của mình đã thu thập và liệt kê tất cả tiền sử y tế và cá nhân được yêu cầu được tiết lộ bởi:

☐ Applicant Or by: / Người Làm Đơn hoặc bởi: _____

I also interpreted and fully explained the “Application Understandings, Conditions and Agreement,” the “Authorization for Use of Protected Health Information” and the “Payment Method.” / Tôi cũng đã dịch và giải thích toàn bộ “Nội Dung, Điều Kiện và Thỏa Thuận trong Đơn”, “Ủy Quyền Sử Dụng Thông Tin Y Tế Được Bảo Vệ” và “Phương Thức Thanh Toán”.

Signature of Interpreter (Required) / Chữ Ký Người Phiên Dịch (Bắt buộc)

Today's Date (Required) / Ngày Hôm Nay (Bắt buộc)

X

I confirm that the application was interpreted on my behalf. / Tôi xác nhận rằng đơn đã được dịch thay mặt cho tôi.

Signature of Applicant (Required) / Chữ Ký Người Nộp Đơn (Bắt buộc)

Today's Date (Required) / Ngày Hôm Nay (Bắt buộc)

X

Language interpreted (e.g. Spanish): / Ngôn ngữ được dịch (ví dụ: Tiếng Tây Ban Nha):



Please mail this application to the following address: / Xin vui lòng gửi đơn xin này đến địa chỉ sau:

**Anthem Blue Cross
P.O. Box 9041
Oxnard, CA 93031-9041**

Or / Hoặc

Fax to: 1 (800) 327-9255 / Fax đến: 1 (800) 327-9255

Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Independent licensee of the Blue Cross Association. ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross name and symbol are registered marks of the Blue Cross Association. / Anthem Blue Cross là tên thương mại của Blue Cross of California. Công Ty Được Cấp Phép Độc Lập của Blue Cross Association. ANTHEM là thương hiệu đã được đăng ký của Anthem Insurance Companies, Inc. Tên và biểu tượng của Blue Cross là các nhãn hiệu đã được đăng ký của Blue Cross Association.

Payment Methods for Individual Applications – California / Phương Thức Thanh Toán cho Đơn Cá Nhân – California



Applicant / Member Name: / Tên Người Làm Đơn/Tên thành viên:	Primary Applicant's SSN: / SSN của Dương Đơn Chính:
--	---

Premium Payment is required. Please choose from Option 1 or 2 / Bắt buộc phải thanh toán phí bảo hiểm. Hãy lựa chọn phương án 1 hoặc 2

Please Note: All Payments will be debited as soon as the date of enrollment. / Xin Lưu Ý: Tất cả Thanh toán sẽ bị ghi nợ kể từ ngày tham gia.

☐ OPTION 1 – If you choose the following option for INITIAL and FUTURE MONTHLY payments, you are NOT required to make a selection from Option 2 for your initial payment. / PHƯƠNG ÁN 1 – Nếu bạn chọn phương án sau đây cho các khoản trả LÚC ĐẦU VÀ HÀNG THÁNG SAU ĐÓ, bạn KHÔNG cần phải lấy từ Phương Án 2 cho số tiền trả lúc đầu của mình. ☐ Monthly Automatic Premium Payment (complete Section A) / Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Tự Động bằng Hàng Tháng (hoàn tất Phần A)	☐ OPTION 2 – If you did not select OPTION 1, please choose from the options below for your INITIAL premium payment. If you choose one of these options, you will receive a bill every month thereafter for which you are responsible for payment. / PHƯƠNG ÁN 2 – Nếu bạn không lựa chọn PHƯƠNG ÁN 1, hãy chọn các phương án dưới đây để thanh toán phí bảo hiểm LẦN ĐẦU. Nếu quý vị chọn một trong các tùy chọn này, về sau quý vị sẽ nhận được một hoá đơn mỗi tháng mà quý vị phải chịu trách nhiệm thanh toán. ☐ Paper Check* / Séc Giấy* ☐ Electronic Check (complete Section B) / Séc Điện Tử (hoàn tất Phần B) ☐ Credit / Debit Card (complete Section C) / Thẻ Tín Dụng/Ghi Nợ(hoàn tất Phần C)
---	---

A. Monthly Automatic Premium Payment – By providing your bank information, you authorize us to electronically debit your bank account. I understand this authorization will apply to all products selected. Subsequent premium amounts will be debited on the day you request below: /

A. Thanh toán Phí bảo hiểm Tự động Hàng tháng – Bằng cách cung cấp thông tin về tài khoản của mình, quý vị sẽ ủy quyền cho chúng tôi ghi nợ vào tài khoản ngân hàng của quý vị qua mạng. Tôi hiểu rằng ủy quyền này sẽ áp dụng cho toàn bộ sản phẩm được chọn. Các khoản phí bảo hiểm tiếp theo sẽ được ghi nợ vào ngày bạn yêu cầu dưới đây:

- ☐ Checking Account / Tài Khoản Vãng Lai
- ☐ Savings Account / Tài Khoản Tiết Kiệm
(You may need to contact your financial institution for routing and account number information.) /
(Có thể bạn cần liên lạc tổ chức tài chính để định tuyến và biết thông tin về số tài khoản.)

Requested Debit Day: _____ (1st to 6th of each month).
If no date is requested, your premiums will be debited on the first of each month. / **Ngày Yêu Cầu Ghi Nợ:** _____ (1 Từ ngày mùng 1 đến mùng 6 hàng tháng). Nếu không ngày nào được yêu cầu, thì phí bảo hiểm của quý vị sẽ được khấu trừ vào ngày đầu tiên của tháng.

Provide your Routing and Account Numbers here: / Ghi số Định tuyến và số Tài Khoản tại đây:

9-Digit Bank Routing Number /
Số BRN 9 Chữ Số

Bank Account Number /
Số Tài Khoản Ngân Hàng

As a convenience to me, I request and authorize Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company ("Anthem") to pay and charge to my account checks drawn on that account by and made payable to the order of Anthem Blue Cross, provided there are sufficient collected funds in said account to pay the same upon presentation. I understand that the initial payment amount may vary as a result of change(s) during eligibility review, and/or subsequent payment amount may vary as a result of change(s) I make once enrolled, such as, but not limited to, adding and deleting dependents, moving my residence, changing coverage and/or changes made by Anthem of which I am notified pursuant to my plan/policy. I agree that Anthem's rights with respect to each such debit shall be the same as if it were a check signed personally by me. I authorize Anthem to initiate debits (and/or corrections to previous debits) from my account with the financial institution indicated for payment of my Anthem premiums. This authority is to remain in effect until revoked by me by providing Anthem a 30-day written notice. I agree that Anthem shall be fully protected in honoring any such debit. I further agree that if any such debit be dishonored, whether with or without cause and whether intentionally or inadvertently, Anthem shall be under no liability whatsoever even though such dishonor results in forfeiture of coverage. **NOTE:** I understand that should Anthem's withdrawal not be honored by my bank, I will automatically be removed from Monthly Automatic Premium Payment and will be billed by mail. **I will incur a service charge for any withdrawal not honored.** / Để thuận tiện cho tôi, tôi yêu cầu và ủy quyền cho Anthem Blue Cross/Công Ty Bảo Hiểm Nhân Thọ và Y Tế Anthem Blue Cross ("Anthem") thanh toán và tính phí vào các séc tài khoản của tôi được rút từ tài khoản đó bởi và thanh toán theo lệnh của Anthem Blue Cross nếu số tiền trong tài khoản đó đủ để thanh toán khi xuất trình. Tôi hiểu rằng khoản thanh toán đầu tiên có thể khác do (những) thay đổi trong quá trình đánh giá điều kiện đủ tiêu chuẩn được bảo hiểm và/hoặc các khoản thanh toán tiếp theo có thể khác do (những) thay đổi mà tôi thực hiện sau khi tôi được ghi danh, chẳng hạn như (nhưng không giới hạn ở) việc bổ sung hay xóa đi những người phụ thuộc, hay chuyển chỗ ở của tôi, bao trả thay đổi và/hoặc những thay đổi do Anthem đưa ra mà tôi được thông báo theo kế hoạch/chính sách. Tôi đồng ý rằng quyền của Anthem đối với mỗi lần ghi nợ này sẽ không thay đổi, giống như là séc do chính tôi ký. Tôi ủy quyền cho Anthem Blue Cross khởi xướng ghi nợ (và/hoặc sửa lại các khoản ghi nợ cũ) từ tài khoản của tôi với tổ chức tài chính đã được chỉ định để thanh toán các khoản phí bảo hiểm Anthem của tôi. Ủy quyền này có hiệu lực cho tới khi tôi hủy bỏ bằng cách gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản trước ít nhất 30 ngày. Tôi đồng ý rằng quý vị sẽ được bảo vệ tuyệt đối trong việc chấp thuận bất kỳ lần khấu trừ nào như vậy. Tôi cũng đồng ý rằng nếu việc khấu trừ như vậy

không được chấp thuận, cho dù có hay không có lý do, cho dù có chủ ý hay vô ý, Anthem sẽ không phải chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho dù việc không chấp thuận đó dẫn đến bị mất bảo hiểm. **LƯU Ý:** Tôi hiểu rằng nếu ngân hàng của tôi không cho phép Anthem rút tiền, tôi sẽ tự động bị loại khỏi chế độ Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Tự Động Hàng Tháng và tôi sẽ bị ghi hóa đơn theo đường bưu điện. **Tôi sẽ chịu phí dịch vụ đối với bất kỳ lần rút tiền nào không thực hiện được.**

Authorized Signature (as it appears in the financial institution's records) / Chữ Ký Đã Được Ủy Quyền (Giống như trong hồ sơ của tổ chức tài chính)	Account Holder Name (Please PRINT) / Tên Chủ Tài Khoản (Hãy điền bằng CHỮ IN)	Date / Ngày
X		

B. Electronic Check – In lieu of sending a Paper Check, we can submit this same information electronically. We will need you to complete the information below. We require an exact amount to be debited. / **B. Séc Điện Tử –** Thay vì gửi séc giấy, chúng tôi có thể gửi thông tin tương tự qua mạng. Chúng tôi cần bạn điền đầy đủ thông tin vào bên dưới. Chúng tôi yêu cầu ghi nợ số tiền chính xác.

Account Holder Name (Please PRINT) / Tên Chủ Tài Khoản (Hãy điền bằng CHỮ IN)	Bank Routing Number / Số BRN	Account Number / Số Tài Khoản	Amount / Khoản Tiền
			\$

C. Credit / Debit Card - As a convenience to me, I request and authorize Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company ("Anthem") to charge my card for a one time initial debit upon approval. I understand this authorization will apply to all products selected. I understand that the initial payment amount may vary as a result of change(s) during underwriting and/or subsequent payment amounts may vary as a result of change(s) I make once enrolled, such as, but not limited to, adding and deleting dependents, moving my residence changing coverage, and/or changes made by Anthem of which I am notified pursuant to my plan/policy. I agree that Anthem shall be fully protected in honoring any such card payments. I further agree that if any such card payment be dishonored, whether with or without cause and whether intentionally or inadvertently, Anthem shall be under no liability whatsoever, including any fees imposed by my bank, should my card be rejected even though such dishonor results in forfeiture of coverage. **Anthem accepts Visa and MasterCard.** / **C. Thẻ Ghi Nợ/Tín Dụng -** Để thuận tiện, tôi yêu cầu và ủy quyền cho Anthem Blue Cross/Công ty Bảo hiểm Nhân thọ và Y tế Anthem Blue Cross tính vào thẻ của tôi khoản nợ một lần ban đầu khi được phê duyệt. Tôi hiểu rằng ủy quyền này sẽ áp dụng cho toàn bộ sản phẩm được chọn. Tôi hiểu rằng khoản thanh toán đầu tiên có thể khác do (những) thay đổi trong quá trình đánh giá điều kiện đủ tiêu chuẩn được bảo hiểm và/hoặc các khoản thanh toán tiếp theo có thể khác do (những) thay đổi mà tôi thực hiện sau khi tôi được ghi danh, chẳng hạn như (nhưng không giới hạn ở) việc bổ sung hay xóa đi những người phụ thuộc, hay chuyển chỗ ở của tôi, bao trả thay đổi và/hoặc những thay đổi do Anthem đưa ra mà tôi được thông báo theo kế hoạch/chính sách. Tôi đồng ý rằng Anthem sẽ được bảo vệ tuyệt đối trong việc chấp thuận bất kỳ lần thanh toán bằng thẻ nào như vậy. Tôi cũng đồng ý rằng, nếu bất kỳ việc thanh toán bằng thẻ nào như vậy không được chấp thuận, cho dù có nguyên nhân hay không, cho dù có chủ ý hay không, Anthem sẽ không phải chịu bất kỳ trách nhiệm nào, bao gồm cả phí do ngân hàng của tôi áp đặt, nếu thẻ của tôi bị từ chối, cho dù việc không chấp thuận này dẫn đến việc bị mất bảo hiểm. **Anthem chấp nhận Visa và MasterCard.**

Card Number: / Số Thẻ:	Expiration Date: / Ngày Hết Hạn:		
Billing address for this Credit / Debit Card: / Địa chỉ gửi hóa đơn cho Thẻ Tín Dụng/Ghi Nợ này:	City: / Thành Phố:	Zip Code: / Mã Bưu Chính:	
Authorized Signature (as it appears on the credit card) / Chữ Ký Đã Được Ủy Quyền (Giống như trên thẻ tín dụng)	Cardholder Name (as it appears on the credit card – Please Print) / Tên Chủ Thẻ (giống như trên thẻ tín dụng - Xin Viết Chữ In)	Date / Ngày	
X			

* When you provide a check as payment, you authorize Anthem either to use information from your check to make a one-time electronic funds transfer from your account or to process the payment as a check transaction. When Anthem uses this information from your check to make an electronic funds transfer, funds will be withdrawn from your account as soon as the date of coverage approval and you will not receive your check back from your financial institution. / * Khi quý vị cung cấp một tờ séc để thanh toán, quý vị cho phép Anthem sử dụng thông tin từ séc của quý vị để thực hiện một dịch vụ chuyển tiền điện tử từ một lần từ tài khoản của quý vị hoặc xử lý khoản thanh toán này như là một giao dịch séc. Khi Anthem sử dụng thông tin từ séc của bạn để thực hiện một giao dịch chuyển tiền điện tử, tiền sẽ được rút từ tài khoản của bạn ngay sau ngày phê duyệt bảo hiểm, và bạn sẽ không nhận lại séc của mình từ tổ chức tài chính.

Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Independent licensee of the Blue Cross Association. ©ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross name and symbol are registered marks of the Blue Cross Association. / Anthem Blue Cross là tên thương mại của Blue Cross of California. Công ty được cấp phép độc lập của Blue Cross Association. ©ANTHEM là thương hiệu đã được đăng ký của Anthem Insurance Companies, Inc. Tên và biểu tượng của Blue Cross là các nhãn hiệu đã được đăng ký của Blue Cross Association.