

Authorization for Use of Protected Health Information

By signing below:

I authorize Anthem Blue Cross or Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, or an agent, subsidiary or affiliate that has a business associate contract with Anthem Blue Cross or Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, to obtain any medical records from any physicians, hospitals, pharmacies, pharmacy benefits managers, health benefits plans, and/or other health care providers or medical or pharmacy benefit administrators concerning my care and the care of any family member listed on my Application.

I also authorize any physicians, hospitals, pharmacies, pharmacy benefits managers, health benefit plans and/or other health care providers or medical or pharmacy benefit administrators to furnish any medical records concerning my care and the care of any family member listed on my Application to Anthem Blue Cross or Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, or an agent, subsidiary or affiliate that has a business associate contract with Anthem Blue Cross or Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. This information is needed to determine eligibility for coverage and Anthem Blue Cross' or Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company's acceptance of coverage requested for myself and/or any family members listed on my Application or so that a determination of coverage regarding a claim for specified benefits can be made.

I understand that my application will not be considered if this form is not signed and returned with my completed Application if I am initially applying for enrollment in a medically underwritten health plan offered by

Anthem Blue Cross or Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, or signed and returned with my completed Change of Coverage Form if I wish to add a family member or upgrade my coverage in the future. This Authorization will expire 24 months following Anthem Blue Cross' or Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company's acceptance of coverage, if not previously revoked.

I understand that I may revoke this Authorization at any time while Anthem Blue Cross or Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company is determining eligibility for the coverage requested. To do so, I must submit a completed Authorization Revocation Form to Anthem Blue Cross or Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. An Authorization Revocation Form is available by calling 1-866-297-7647, going to our website, www.anthem.com/ca, or writing to: Anthem Blue Cross or Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, P.O. Box 9041, Oxnard, CA 93031. If I revoke this Authorization after I initially apply for coverage, I understand that I/we will not be considered by Anthem Blue Cross or Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company for enrollment in one of its medically underwritten health plans. If I revoke this Authorization after I ask to upgrade my coverage or add a family member, I understand that the change will not be made. I understand that the information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by recipient and, in some circumstances, may no longer be protected by federal regulations governing the privacy of health information.

Printed name of Applicant/Member

Signature of Applicant/Member
or his/her Personal Representative

Date

Printed name of Spouse or Dependent Child
age 18 or over listed on Application

Signature of Spouse/Dependent Child
or his/her Personal Representative

Date

Printed name of Dependent Child age 18 or
over listed on Application

Signature of Dependent Child
or his/her Personal Representative

Date

*A photocopy of this form will be as valid as the original.
You have the right to receive a copy of this Authorization upon request.*

For Anthem Blue Cross Use Only

HCID:

For Anthem Blue Cross Use Only

WFI:

Autorización para usar Información Médica Protegida

Al firmar abajo:

Autorizo a Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, un agente, subsidiaria o afiliado que tiene un contrato de asociado comercial con Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, a obtener los registros médicos referentes a mi atención y a la atención de cualquiera de mis familiares indicados en mi Solicitud, de cualquier médico, hospital, farmacia, administrador de beneficios de farmacia, planes de beneficios médicos u otros proveedores de atención de la salud o administradores de beneficios médicos o de farmacia.

También autorizo a médicos, hospitales, farmacias, administradores de beneficios de farmacia, planes de beneficios médicos u otros proveedores de atención de la salud o administradores de beneficios médicos o de farmacia, a proporcionar a Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, un agente, subsidiaria o afiliado que tiene un contrato de asociado comercial con Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, cualquier registro médico referente a mi atención y a la atención de cualquiera de mis familiares indicados en mi Solicitud. Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para la cobertura y la aceptación de cobertura por parte de Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company solicitada para mí y cualquiera de mis familiares indicados en mi Solicitud, o para que se pueda hacer una determinación de cobertura respecto a una reclamación por beneficios establecidos.

Entiendo que no se considerará mi solicitud si no regreso este formulario firmado con mi Solicitud completa, si inicialmente solicito la inscripción en un plan de salud médicamente

reasegurado ofrecido por Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, o si no lo regreso firmado junto con el Formulario completo de Cambio de Cobertura si deseo añadir a un familiar o mejorar mi cobertura en el futuro. Esta autorización vencerá 24 meses después de que Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company acepte la cobertura, si no se revoca previamente.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mientras Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company determina la elegibilidad para la cobertura solicitada. Para revocar esta Autorización, debo presentar a Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company un Formulario para Revocar la Autorización. Puede obtener un Formulario para Revocar la Autorización llamando al 1-866-297-7647, visitando nuestro sitio Web en www.anthem.com/ca o escribiendo a: Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, P.O. Box 9041, Oxnard, CA 93031. Si revoco esta Autorización después de solicitar inicialmente la cobertura, entiendo que Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company no me/nos considerarán para la inscripción en uno de sus planes de salud médicamente reasegurados. Si revoco esta Autorización después de pedir que se mejore mi cobertura o de añadir a un familiar, entiendo que no se hará el cambio. Entiendo que la información revelada en conformidad con esta autorización puede ser vuelta a revelar por el receptor y, en algunas circunstancias, puede dejar de esta protegida por las regulaciones federales que gobiernan la privacidad de la información médica.

Nombre del solicitante/miembro

Nombre del cónyuge o hijo dependiente de 18 años o mayor, listado en la solicitud

Nombre del hijo dependiente de 18 años o mayor, listado en la solicitud

Firma del solicitante/miembro
o su representante personal

Fecha

Firma del cónyuge/hijo dependiente
o su representante personal

Fecha

Firma del hijo dependiente
o su representante personal

Fecha

*Una fotocopia de este formulario será tan válida como el original.
Usted tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización, si la solicita.*

For Anthem Blue Cross Use Only

HCID:

For Anthem Blue Cross Use Only

WFI: