



Cigna Language Assistance Survey

At Cigna, we want to provide you with the highest quality of service. We also want to make sure that you understand and can get all your covered benefits and services. That's why we're asking you to tell us your preferred language(s) and your race/ethnicity. This survey is voluntary and the information you share with us is confidential.

Important information about free language assistance for members who live in California and members who live outside of California and who are covered under a policy issued in California.

If you prefer to speak or read a language other than English, you can request free language assistance services.

You can:

- get an interpreter in any language when you call Cigna or when you visit a doctor, hospital or other health professional for services.
- get a written translation in Spanish or Traditional Chinese of vital documents that impact your coverage.
- get help with free language assistance *starting January 1, 2009* by simply calling the toll-free number listed on your ID card when you receive it or your customer service phone number.

What You Need To Do To Complete The Survey:

Please fill in the information requested on the next few pages. Be sure to:

1. Check the boxes next to the language(s) you prefer to speak and read.
2. Check the boxes next to race and ethnicity or write the information in under "other." If you do not wish to provide the information, check "I do not want to say."
3. Complete the form for you *and* each person who is covered by your benefit plan.
4. Mail back this survey to: CALAP-CHC
Cigna
PO Box 182223
Chattanooga, TN 37422

Thank you for providing this information so we can serve you better.

Survey

Please fill out this form for you (the person who signed up for the Cigna benefit plan) and each dependent (those in your family who also are covered by your health benefits).

INFORMATION ABOUT YOU

Your Name: _____ Date of Birth: _____

Member ID# (if known) _____

Address: _____ Phone Number: _____

Preferred Spoken Language

English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean Other (please list): _____ I do not want to say

Preferred Written Language

English Spanish Traditional Chinese Vietnamese Korean Other (please list): _____ I do not want to say

Primary Race and/or Ethnic Background

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian: <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Thai <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vietnamese	<input type="checkbox"/> Black or African American: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/a: <input type="checkbox"/> Central American <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> American Indian	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander: <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> White/Caucasian: <input type="checkbox"/> Arab <input type="checkbox"/> European <input type="checkbox"/> Middle East
---	--	--

<input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> South American <input type="checkbox"/> Puerto Rican	<input type="checkbox"/> & North African <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Do not want to say
---	---	--

Other Race and/or Background (Complete only if your mother and father were two different races or ethnic backgrounds)

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian: <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Thai <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Black or African American: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/a: <input type="checkbox"/> Central American <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Mexican American Indian <input type="checkbox"/> South American <input type="checkbox"/> Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander: <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> White/Caucasian: <input type="checkbox"/> Arab <input type="checkbox"/> European <input type="checkbox"/> Middle East & North African <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Do not want to say
--	---	--

INFORMATION ABOUT OTHERS IN YOUR FAMILY COVERED BY YOUR Cigna HEALTH BENEFITS

If more than three people are covered, make copies of this page and fill one out for each additional person.

Dependent #1 – Your Name: _____ Date of Birth: _____

Member ID# (if known) _____

Address (if different from yours): _____ Phone Number
(if different from yours): _____

Preferred Spoken Language: English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean Other (please list): _____
 I do not want to say

Preferred Written Language: English Spanish Traditional Chinese Vietnamese Korean Other (please list): _____
 I do not want to say

Primary Race and/or Ethnic Background

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian: <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Thai <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Black or African American: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/a: <input type="checkbox"/> Central American <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Mexican American Indian <input type="checkbox"/> South American <input type="checkbox"/> Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander: <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> White/Caucasian: <input type="checkbox"/> Arab <input type="checkbox"/> European <input type="checkbox"/> Middle East & North African <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Do not want to say
--	--	--

Other Race and/or Background (Complete only if your mother and father were two different races or ethnic backgrounds)

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian: <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Thai <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Black or African American: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/a: <input type="checkbox"/> Central American <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Mexican American Indian <input type="checkbox"/> South American <input type="checkbox"/> Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander: <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> White/Caucasian: <input type="checkbox"/> Arab <input type="checkbox"/> European <input type="checkbox"/> Middle East & North African <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Do not want to say
--	--	--

Dependent #2 – Your Name: _____ Date of Birth: _____

Member ID# (if known) _____

Address (if different from yours): _____ Phone Number
(if different from yours): _____

Preferred Spoken Language: English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean Other (please list): _____
 I do not want to say

Preferred Written Language: English Spanish Traditional Chinese Vietnamese Korean Other (please list): _____
 I do not want to say

Primary Race and/or Ethnic Background:

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian: <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Thai <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Black or African American: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/a: <input type="checkbox"/> Central American <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Mexican American Indian <input type="checkbox"/> South American <input type="checkbox"/> Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander: <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> White/Caucasian: <input type="checkbox"/> Arab <input type="checkbox"/> European <input type="checkbox"/> Middle East & North African <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Do not want to say
--	--	--

Other Race and/or Background (Complete only if your mother and father were two different races or ethnic backgrounds)

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian:	<input type="checkbox"/> Black or African American: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> African	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander:
---	---	---

<input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Thai <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/a: <input type="checkbox"/> Central American <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Mexican American Indian <input type="checkbox"/> South American <input type="checkbox"/> Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> White/Caucasian: <input type="checkbox"/> Arab <input type="checkbox"/> European <input type="checkbox"/> Middle East & North African <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Do not want to say
--	--	--

Dependent #3 – Your Name: _____ Date of Birth: _____

Member ID# (if known) _____

Address (if different from yours): _____ Phone Number

(if different from yours): _____

Preferred Spoken Language: English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean Other (please list): _

I do not want to say

Preferred Written Language: English Spanish Traditional Chinese Vietnamese Korean Other (please list): _____

I do not want to say

Primary Race and/or Ethnic Background:

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian: <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Thai <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Black or African American: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/a: <input type="checkbox"/> Central American <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Mexican American Indian <input type="checkbox"/> South American <input type="checkbox"/> Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander: <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> White/Caucasian: <input type="checkbox"/> Arab <input type="checkbox"/> European <input type="checkbox"/> Middle East & North African <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Do not want to say
---	---	--

Other Race and/or Background (Complete only if your mother and father were two different races or ethnic backgrounds)

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian: <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Thai <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Black or African American: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/a: <input type="checkbox"/> Central American <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Mexican American Indian <input type="checkbox"/> South American <input type="checkbox"/> Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander: <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> White/Caucasian: <input type="checkbox"/> Arab <input type="checkbox"/> European <input type="checkbox"/> Middle East & North African <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Do not want to say
---	---	--



Encuesta de ayuda para idiomas de Cigna

En Cigna deseamos brindarle la más alta calidad de servicio. También deseamos asegurarnos de que usted comprenda y pueda recibir todos sus beneficios y servicios cubiertos. Es por eso que le estamos solicitando que nos informe su(s) idioma(s) preferido(s) y su raza/etnia. Esta encuesta es voluntaria y la información que comparte con nosotros es confidencial.

Información importante sobre la ayuda gratuita para idiomas para miembros que viven en California y para miembros que viven fuera de California y que están cubiertos por una póliza emitida en California.

Si prefiere hablar o leer en un idioma distinto del inglés, puede solicitar los servicios gratuitos de ayuda para idiomas. Usted puede:

- obtener un intérprete de cualquier idioma cuando llame a Cigna o cuando visite a un médico, un hospital u otro profesional de la salud para obtener servicios.
- obtener una traducción por escrito en español o chino tradicional de documentos vitales que afectan a su cobertura.
- obtener asistencia para la ayuda gratuita para idiomas *a partir del 1 de enero de 2009* simplemente llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación cuando la reciba o a su número de teléfono de servicio al cliente.

Qué debe hacer para completar la encuesta:

Por favor, complete la información solicitada en las páginas siguientes. Asegúrese de:

1. Marcar los casilleros al lado del/de los idioma(s) que prefiera hablar y leer.
2. Marcar los casilleros al lado de raza y etnia o escribir la información debajo de "otro". Si no desea brindar esta información, marque "No deseo informarlo".
3. Complete el formulario para usted y para cada persona que esté cubierta por su plan de beneficios.
4. Devuelva esta encuesta por correo a: CALAP-CHC
Cigna
PO Box 182223
Chattanooga, TN 37422

Gracias por brindar esta información para que podamos atenderle mejor.

Encuesta

Por favor, complete este formulario para usted (la persona que se inscribió en el plan de beneficios de Cigna) y para cada dependiente (aquellas personas de su familia que también están cubiertas por sus beneficios médicos).

INFORMACIÓN SOBRE USTED

Su nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identificación de miembro (si la conoce) _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Idioma oral preferido

Inglés Español Cantonés Mandarín Vietnamita Coreano Otro (por favor, enumérelo): _____ No deseo informarlo

Idioma escrito preferido

Inglés Español Chino tradicional Vietnamita Coreano Otro (por favor, enumérelo): _____ No deseo informarlo

Raza y/u origen étnico principal

<input type="checkbox"/> Indio americano o natural de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano:	<input type="checkbox"/> Natural de Hawai o de otra isla del Pacífico:
<input type="checkbox"/> Asiático:	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano	<input type="checkbox"/> Natural de Hawai <input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Hispano o latino:	<input type="checkbox"/> Guamaniano
<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico:
<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Indio mexicano-	

Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano	americano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Europeo del este y africano <input type="checkbox"/> Otro: _____ del norte <input type="checkbox"/> No deseo informarlo
---	---	---

Otra raza y/u origen (complete sólo si su madre y padre eran de razas u orígenes étnicos diferentes)

<input type="checkbox"/> Indio americano o natural de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático: <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Hispano o latino: <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Indio mexicano- americano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Natural de Hawai o de otra isla del Pacífico: <input type="checkbox"/> Natural de Hawai <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico: <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Europeo del este y africano <input type="checkbox"/> Otro: _____ del norte <input type="checkbox"/> No deseo informarlo
--	--	---

INFORMACIÓN SOBRE OTRAS PERSONAS DE SU FAMILIA CUBIERTAS POR SUS BENEFICIOS MÉDICOS DE Cigna

Si hay cubiertas más de tres personas, haga copias de esta página y complete una para cada persona adicional.

Dependiente N° 1 – Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identificación de miembro (si la conoce) _____

Dirección (si es diferente de la suya) _____ Número de teléfono (si es diferente del suyo): _____

Idioma oral preferido: Inglés Español Cantonés Mandarín Vietnamita Coreano Otro (por favor, enumérela): _____
 No deseo informarlo

Idioma escrito preferido: Inglés Español Chino tradicional Vietnamita Coreano Otro (por favor, enumérela): _____
 No deseo informarlo

Raza y/u origen étnico principal

<input type="checkbox"/> Indio americano o natural de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático: <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Hispano o latino: <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Indio mexicano-americano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Natural de Hawai o de otra isla del Pacífico: <input type="checkbox"/> Natural de Hawai <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico: <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Europeo del este y africano <input type="checkbox"/> Otro: _____ del norte <input type="checkbox"/> No deseo informarlo
--	--	--

Otra raza y/u origen (complete sólo si su madre y padre eran de razas u orígenes étnicos diferentes)

<input type="checkbox"/> Indio americano o natural de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático: <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Hispano o latino: <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Indio mexicano-americano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Natural de Hawai o de otra isla del Pacífico: <input type="checkbox"/> Natural de Hawai <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico: <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Europeo del este y africano <input type="checkbox"/> Otro: _____ del norte <input type="checkbox"/> No deseo informarlo
--	--	--

Dependiente N° 2 – Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identificación de miembro (si la conoce) _____

Dirección (si es diferente de la suya) _____ Número de teléfono (si es diferente del suyo): _____

Idioma oral preferido: Inglés Español Cantonés Mandarín Vietnamita Coreano Otro (por favor, enumérela): _____
 No deseo informarlo

Idioma escrito preferido: Inglés Español Chino tradicional Vietnamita Coreano Otro (por favor, enumérela): _____
 No deseo informarlo

Raza y/u origen étnico principal

<input type="checkbox"/> Indio americano o natural de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático: <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Hispano o latino: <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Indio mexicano-americano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Natural de Hawai o de otra isla del Pacífico: <input type="checkbox"/> Natural de Hawai <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico: <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Europeo del este y africano <input type="checkbox"/> Otro: _____ del norte <input type="checkbox"/> No deseo informarlo
--	--	--

Otra raza y/u origen (complete sólo si su madre y padre eran de razas u orígenes étnicos diferentes)

<input type="checkbox"/> Indio americano o natural de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano:	<input type="checkbox"/> Natural de Hawai o de otra isla del
--	---	--

<input type="checkbox"/> Asiático: <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Hispano o latino: <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Indio mexicano- americano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño	Pacífico: <input type="checkbox"/> Natural de Hawai <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico: <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Europeo del este y africano <input type="checkbox"/> Otro: _____ del norte <input type="checkbox"/> No deseo informarlo
--	---	---

Dependiente Nº 3 – Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identificación de miembro (si la conoce) _____

Dirección (si es diferente de la suya) _____ Número de teléfono (si es diferente del suyo): _____

Idioma oral preferido: Inglés Español Cantonés Mandarín Vietnamita Coreano Otro (por favor, enumérela): _____
 No deseo informarlo

Idioma escrito preferido: Inglés Español Chino tradicional Vietnamita Coreano Otro (por favor, enumérela): _____
 No deseo informarlo

Raza y/u origen étnico principal

<input type="checkbox"/> Indio americano o natural de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático: <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Hispano o latino: <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Indio mexicano- americano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Natural de Hawai o de otra isla del Pacífico: <input type="checkbox"/> Natural de Hawai <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico: <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Europeo del este y africano <input type="checkbox"/> Otro: _____ del norte <input type="checkbox"/> No deseo informarlo
--	--	--

Otra raza y/u origen (complete sólo si su madre y padre eran de razas u orígenes étnicos diferentes)

<input type="checkbox"/> Indio americano o natural de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático: <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Hispano o latino: <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Indio mexicano- americano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Natural de Hawai o de otra isla del Pacífico: <input type="checkbox"/> Natural de Hawai <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico: <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Europeo del este y africano <input type="checkbox"/> Otro: _____ del norte <input type="checkbox"/> No deseo informarlo
--	--	--



Cigna 語言協助調查表

Cigna 希望能為您提供最高品質的服務。我們也希望您能瞭解並取得您全部的承保福利與服務。因此，請您告訴我們您習慣使用的語言和您的種族/族裔。本項調查是自願參加，您提供給我們的資料都會以保密方式處理。

有關居住在加州境內的會員和居住在加州以外地方但受到加州境內核發保單承保的會員可取得之免費語言協助的重要資訊。

如果您習慣說的和閱讀的語言並非英語，您可要求取得免費的語言協助服務。您可以：

- 在致電 Cigna 或去醫師診所、醫院看病或接受其他醫療保健專業人員服務時，申請說任何語言的口譯員。
- 對於會影響您的承保的重要文件，您可以取得文件的西班牙文或繁體中文書面翻譯。
- 您僅需撥打會員卡上所列的免付費電話，或致電顧客服務部，自 2009 年 1 月 1 日起，即可取得免費的語言協助。

您在填寫本調查表時必須要做的事：

請填寫後面幾頁上詢問的資料。請您務必：

1. 在您習慣說和閱讀語言旁的框框裡打勾。
2. 在您的種族或族裔旁的框框裡打勾，或在「其他」欄位中填寫資訊。如果您不想提供這類資訊，請勾選「我不想說」。
3. 您自己和您的福利計畫所承保的每個人都要填寫本表。
4. 請將本調查表寄至：

CALAP-CHC
Cigna
PO Box 182223
Chattanooga, TN 37422

感謝您提供這些資訊，讓我們能為您提供更好的服務。

調查表

請為您自己 (簽名加入 Cigna 福利計畫的人) 和每位眷屬 (您家中受您的醫療保健福利所承保的家人) 填寫本表。

您自己的資料

您的姓名：_____ 出生日期：_____ 會員編號 (如已知) _____

地址：_____ 電話號碼：_____

習慣說的語言

英語 西班牙語 廣東話 普通話 越南語 韓語 其他 (請列出)：_____ 我不想說

習慣的書寫語言

英語 西班牙語 繁體中文 越南語 韓語 其他 (請列出)：_____ 我不想說

主要種族和 (或) 族裔背景

<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔： <input type="checkbox"/> 印度裔 <input type="checkbox"/> 泰國裔 <input type="checkbox"/> 寮國裔 <input type="checkbox"/> 華裔 <input type="checkbox"/> 柬埔寨裔 <input type="checkbox"/> 越南裔 <input type="checkbox"/> 苗族裔 <input type="checkbox"/> 菲律賓裔 <input type="checkbox"/> 日裔 <input type="checkbox"/> 韓裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美籍： <input type="checkbox"/> 非裔美籍 <input type="checkbox"/> 非裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔： <input type="checkbox"/> 中美洲 <input type="checkbox"/> 古巴裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔美國印第安人 <input type="checkbox"/> 南美洲 <input type="checkbox"/> 波多黎各裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島原住民： <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞原住民 <input type="checkbox"/> 關島原住民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人： <input type="checkbox"/> 阿拉伯裔 <input type="checkbox"/> 歐洲裔 <input type="checkbox"/> 中東與北非 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不想說
--	---	---

其他族裔和 (或) 背景 (只有當您的父母親具有不同種族或族裔背景時才需填寫)

<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔： <input type="checkbox"/> 印度裔 <input type="checkbox"/> 泰國裔 <input type="checkbox"/> 寮國裔 <input type="checkbox"/> 華裔 <input type="checkbox"/> 柬埔寨裔 <input type="checkbox"/> 越南裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美籍： <input type="checkbox"/> 非裔美籍 <input type="checkbox"/> 非裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔： <input type="checkbox"/> 中美洲 <input type="checkbox"/> 古巴裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島原住民： <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞原住民 <input type="checkbox"/> 關島原住民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人： <input type="checkbox"/> 阿拉伯裔 <input type="checkbox"/> 歐洲裔 <input type="checkbox"/> 中東與北非
---	---	--

<input type="checkbox"/> 苗族裔	<input type="checkbox"/> 菲賓律裔	<input type="checkbox"/> 墨西哥裔	<input type="checkbox"/> 墨西哥裔美國印第安人	<input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 日裔	<input type="checkbox"/> 韓裔	<input type="checkbox"/> 南美洲	<input type="checkbox"/> 波多黎各裔	<input type="checkbox"/> 不想說

您家中其他受您的 Cigna 醫療保健福利承保家人的資料

如果受承保的人數超過三人，請自行複印本頁並為每一位超出人數的人填寫他們的資料。

眷屬 1 – 姓名：_____ 出生日期：_____ 會員編號 (如已知) _____

地址 (與您的不同時才須填寫)：_____ 電話號碼 (與您的不同時才須填寫)：_____

習慣說的語言： 英語 西班牙語 廣東話 普通話 越南語 韓語 其他 (請列出)：_____ 我不想說

習慣的書寫語言： 英語 西班牙語 繁體中文 越南語 韓語 其他 (請列出)：_____ 我不想說

主要種族和 (或) 族裔背景

<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔： <input type="checkbox"/> 印度裔 <input type="checkbox"/> 泰國裔 <input type="checkbox"/> 寮國裔 <input type="checkbox"/> 華裔 <input type="checkbox"/> 柬埔寨裔 <input type="checkbox"/> 越南裔 <input type="checkbox"/> 苗族裔 <input type="checkbox"/> 菲律賓裔 <input type="checkbox"/> 日裔 <input type="checkbox"/> 韓裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美籍： <input type="checkbox"/> 非裔美籍 <input type="checkbox"/> 非裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔： <input type="checkbox"/> 中美洲 <input type="checkbox"/> 古巴裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔美國印第安人 <input type="checkbox"/> 南美洲 <input type="checkbox"/> 波多黎各裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島原住民： <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞原住民 <input type="checkbox"/> 關島原住民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人： <input type="checkbox"/> 阿拉伯裔 <input type="checkbox"/> 歐洲裔 <input type="checkbox"/> 中東與北非 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不想說
--	---	---

其他族裔和 (或) 背景 (只有當您的父母親具有不同種族或族裔背景時才需填寫)

<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔： <input type="checkbox"/> 印度裔 <input type="checkbox"/> 泰國裔 <input type="checkbox"/> 寮國裔 <input type="checkbox"/> 華裔 <input type="checkbox"/> 柬埔寨裔 <input type="checkbox"/> 越南裔 <input type="checkbox"/> 苗族裔 <input type="checkbox"/> 菲律賓裔 <input type="checkbox"/> 日裔 <input type="checkbox"/> 韓裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美籍： <input type="checkbox"/> 非裔美籍 <input type="checkbox"/> 非裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔： <input type="checkbox"/> 中美洲 <input type="checkbox"/> 古巴裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔美國印第安人 <input type="checkbox"/> 南美洲 <input type="checkbox"/> 波多黎各裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島原住民： <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞原住民 <input type="checkbox"/> 關島原住民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人： <input type="checkbox"/> 阿拉伯裔 <input type="checkbox"/> 歐洲裔 <input type="checkbox"/> 中東與北非 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不想說
--	---	---

眷屬 2 – 姓名：_____ 出生日期：_____ 會員編號 (如已知) _____

地址 (與您的不同時才須填寫)：_____ 電話號碼 (與您的不同時才須填寫)：_____

習慣說的語言： 英語 西班牙語 廣東話 普通話 越南語 韓語 其他 (請列出)：_____ 我不想說

習慣的書寫語言： 英語 西班牙語 繁體中文 越南語 韓語 其他 (請列出)：_____ 我不想說

主要種族和 (或) 族裔背景

<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔： <input type="checkbox"/> 印度裔 <input type="checkbox"/> 泰國裔 <input type="checkbox"/> 寮國裔 <input type="checkbox"/> 華裔 <input type="checkbox"/> 柬埔寨裔 <input type="checkbox"/> 越南裔 <input type="checkbox"/> 苗族裔 <input type="checkbox"/> 菲律賓裔 <input type="checkbox"/> 日裔 <input type="checkbox"/> 韓裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美籍： <input type="checkbox"/> 非裔美籍 <input type="checkbox"/> 非裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔： <input type="checkbox"/> 中美洲 <input type="checkbox"/> 古巴裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔美國印第安人 <input type="checkbox"/> 南美洲 <input type="checkbox"/> 波多黎各裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島原住民： <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞原住民 <input type="checkbox"/> 關島原住民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人： <input type="checkbox"/> 阿拉伯裔 <input type="checkbox"/> 歐洲裔 <input type="checkbox"/> 中東與北非 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不想說
--	---	---

其他族裔和 (或) 背景 (只有當您的父母親具有不同種族或族裔背景時才需填寫)

<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔： <input type="checkbox"/> 印度裔 <input type="checkbox"/> 泰國裔 <input type="checkbox"/> 寮國裔 <input type="checkbox"/> 華裔 <input type="checkbox"/> 柬埔寨裔 <input type="checkbox"/> 越南裔 <input type="checkbox"/> 苗族裔 <input type="checkbox"/> 菲律賓裔 <input type="checkbox"/> 日裔 <input type="checkbox"/> 韓裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美籍： <input type="checkbox"/> 非裔美籍 <input type="checkbox"/> 非裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔： <input type="checkbox"/> 中美洲 <input type="checkbox"/> 古巴裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔美國印第安人 <input type="checkbox"/> 南美洲 <input type="checkbox"/> 波多黎各裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島原住民： <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞原住民 <input type="checkbox"/> 關島原住民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人： <input type="checkbox"/> 阿拉伯裔 <input type="checkbox"/> 歐洲裔 <input type="checkbox"/> 中東與北非 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不想說
--	---	---

眷屬 3 – 姓名：_____ 出生日期：_____ 會員編號 (如已知) _____

地址 (與您的不同時才須填寫)：_____ 電話號碼 (與您的不同時才須填寫)：_____

習慣說的語言： 英語 西班牙語 廣東話 普通話 越南語 韓語 其他 (請列出)：_____ 我不想說

習慣的書寫語言： 英語 西班牙語 繁體中文 越南語 韓語 其他 (請列出)：_____ 我不想說

主要種族和 (或) 族裔背景

<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔： <input type="checkbox"/> 印度裔 <input type="checkbox"/> 泰國裔 <input type="checkbox"/> 寮國裔 <input type="checkbox"/> 華裔 <input type="checkbox"/> 柬埔寨裔 <input type="checkbox"/> 越南裔 <input type="checkbox"/> 苗族裔 <input type="checkbox"/> 菲律賓裔 <input type="checkbox"/> 日裔 <input type="checkbox"/> 韓裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美籍： <input type="checkbox"/> 非裔美籍 <input type="checkbox"/> 非裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔： <input type="checkbox"/> 中美洲 <input type="checkbox"/> 古巴裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔美國印第安人 <input type="checkbox"/> 南美洲 <input type="checkbox"/> 波多黎各裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島原住民： <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞原住民 <input type="checkbox"/> 關島原住民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人： <input type="checkbox"/> 阿拉伯裔 <input type="checkbox"/> 歐洲裔 <input type="checkbox"/> 中東與北非 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不想說
--	---	---

其他族裔和 (或) 背景 (只有當您的父母親具有不同種族或族裔背景時才需填寫)

<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔： <input type="checkbox"/> 印度裔 <input type="checkbox"/> 泰國裔 <input type="checkbox"/> 寮國裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美籍： <input type="checkbox"/> 非裔美籍 <input type="checkbox"/> 非裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔：	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島原住民： <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 薩摩亞原住民 <input type="checkbox"/> 關島原住民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人：
---	--	---

<input type="checkbox"/> 華裔	<input type="checkbox"/> 柬埔寨裔	<input type="checkbox"/> 越南裔	<input type="checkbox"/> 中美洲	<input type="checkbox"/> 古巴裔	<input type="checkbox"/> 阿拉伯裔	<input type="checkbox"/> 歐洲裔	<input type="checkbox"/> 中東與北非
<input type="checkbox"/> 苗族裔	<input checked="" type="checkbox"/> 菲律賓裔		<input type="checkbox"/> 墨西哥裔	<input type="checkbox"/> 墨西哥裔美國印第安人	<input type="checkbox"/> 其他：_____		
<input type="checkbox"/> 日裔	<input type="checkbox"/> 韓裔		<input type="checkbox"/> 南美洲	<input type="checkbox"/> 波多黎各裔	<input type="checkbox"/> 不想說		



Cuộc Thăm Dò Ý Kiến về Trợ Giúp Ngôn Ngữ của Cigna

Tại Cigna chúng tôi muốn phục vụ quý vị với phẩm chất dịch vụ cao nhất. Chúng tôi cũng muốn bảo đảm là quý vị hiểu và có thể nhận được tất cả các quyền lợi cũng như dịch vụ được bao trả của quý vị. Chính vì vậy, chúng tôi muốn đề nghị quý vị cho biết (các) ngôn ngữ ưa dùng và sắc tộc/chủng tộc của quý vị. Cuộc thăm dò ý kiến này là tự nguyện và các thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi sẽ được giữ bảo mật.

Thông tin quan trọng về dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí cho các hội viên cư ngụ tại California, ở bên ngoài California, và những người được bao trả theo một hợp đồng bảo hiểm cấp tại California.

Nếu muốn nói hay đọc một ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh, quý vị có thể yêu cầu các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể:

- có một thông dịch viên bằng bất kỳ ngôn ngữ nào khi gọi cho Cigna hoặc khi quý vị tới phòng mạch bác sĩ, bệnh viện hoặc gặp chuyên gia y tế khác để nhận các dịch vụ.
- nhận một văn bản tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc tiếng Hoa Truyền Thống đối với những tài liệu quan trọng ảnh hưởng tới bảo hiểm của quý vị.
- được trợ giúp ngôn ngữ miễn phí bắt đầu từ ngày 1 tháng Giêng, 2009. Quý vị có thể nhận dịch vụ trợ giúp này bằng cách gọi số điện thoại miễn phí ghi trên thẻ hội viên mà quý vị nhận được hoặc số điện thoại của ban dịch vụ khách hàng của quý vị.

Những Việc Quý Vị cần Làm Để Hoàn Tất Bản Thăm Dò Ý Kiến:

Xin vui lòng điền các thông tin được yêu cầu trong vài trang tiếp theo. Bảo đảm là:

1. Đánh dấu vào những ô ở bên cạnh (các) ngôn ngữ mà quý vị muốn sử dụng để nói và đọc.
2. Đánh dấu vào các ô ở bên cạnh sắc tộc và chủng tộc hoặc ghi thông tin đó trong mục “sắc tộc khác”. Nếu quý vị không muốn cung cấp thông tin này, xin đánh dấu vào ô “Tôi không muốn nói”.
3. Điền bản thăm dò ý kiến dành cho quý vị và mỗi người có bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm của quý vị.
4. Gửi lại bản thăm dò ý kiến qua đường bưu điện tới: CALAP-CHC

Cigna
PO Box 182223
Chattanooga, TN 37422

Cám ơn quý vị đã cung cấp các thông tin này, nhờ đó mà chúng tôi có thể phục vụ quý vị được tốt hơn nữa.

Bản Thăm Dò Ý Kiến

Xin vui lòng điền mẫu đơn này dành cho quý vị (người đã đăng ký tên cho chương trình bảo hiểm của Cigna) và mỗi người phụ thuộc (những người trong gia đình quý vị có bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị).

THÔNG TIN VỀ QUÝ VỊ

Tên của Quý Vị: _____ Ngày Tháng Năm Sinh: _____

số Hội Viên (nếu biết) _____

Địa Chỉ: _____ số Điện Thoại: _____

Ngôn Ngữ Nói mà Quý Vị Muốn sử Dụng

Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Quảng Đông Tiếng Quan Thoại Tiếng Việt Tiếng Đại Hàn Ngôn ngữ khác (xin ghi rõ): _____ Tôi không

muốn nói

Ngôn Ngữ Viết mà Quý Vị Muốn sử Dụng

Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Hoa Truyền Thống Tiếng Việt Tiếng Đại Hàn Ngôn ngữ khác (xin ghi rõ): _____ Tôi không muốn nói

Nguồn Gốc sắc Tộc và/hoặc Chủng Tộc Chính

<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu:	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương Khác:
<input type="checkbox"/> Á Châu:	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Phi Châu	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii <input type="checkbox"/> Người Samoa <input type="checkbox"/> Người Đảo Guam
<input type="checkbox"/> Người Châu Mỹ Gốc Á Châu <input type="checkbox"/> Thái Lan <input type="checkbox"/> Lào	<input type="checkbox"/> Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh:	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng/Cáp-ca: <input type="checkbox"/> Người Ả-rập <input type="checkbox"/> Âu Châu <input type="checkbox"/> Trung
<input type="checkbox"/> Hoa <input type="checkbox"/> Cam-bốt <input type="checkbox"/> Việt		

Nam <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Đại Hàn	<input type="checkbox"/> Trung Mỹ <input type="checkbox"/> Mễ Tây Cơ <input type="checkbox"/> Mỹ <input type="checkbox"/> Nam Mỹ	<input type="checkbox"/> Cu Ba <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Vùng Mễ Tây Cơ <input type="checkbox"/> Puerto Rico	Đông và Bắc Phi <input type="checkbox"/> Sắc Tộc/Chủng Tộc Khác: _____ _____ <input type="checkbox"/> Không muốn nói
--	---	---	---	---

Nguồn Gốc sắc Tộc và/hoặc Chủng Tộc Khác (Chỉ điền đầy đủ nếu cha và mẹ quý vị có hai nguồn gốc sắc tộc hoặc chủng tộc khác nhau)

<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu: <input type="checkbox"/> Người Châu Mỹ Gốc Á Châu <input type="checkbox"/> Thái Lan <input type="checkbox"/> Lào <input type="checkbox"/> Hoa Nam <input type="checkbox"/> Cam-bốt <input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu: <input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Phi Châu <input type="checkbox"/> Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh: <input type="checkbox"/> Trung Mỹ <input type="checkbox"/> Cu Ba <input type="checkbox"/> Mễ Tây Cơ <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ <input type="checkbox"/> Nam Mỹ <input type="checkbox"/> Puerto Rico	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương Khác: <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii <input type="checkbox"/> Người Samoa <input type="checkbox"/> Người Đảo Guam <input type="checkbox"/> Người Da Trắng/Cáp-ca: <input type="checkbox"/> Người Ả-rập <input type="checkbox"/> Âu Châu <input type="checkbox"/> Trung Đông và Bắc Phi <input type="checkbox"/> Sắc Tộc/Chủng Tộc Khác: _____ _____ <input type="checkbox"/> Không muốn nói
--	--	---

THÔNG TIN VỀ NHỮNG NGƯỜI KHÁC TRONG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ CÓ BẢO HIỂM QUA CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE Cigna CỦA QUÝ VỊ

Nếu có hơn ba người được bảo hiểm, hãy lập các bản sao của trang này và điền một bản cho mỗi người phụ thêm.

Người Phụ Thuộc số 1 - Tên: _____ Ngày Tháng Năm Sinh: _____

số Hội Viên (nếu biết) _____

Địa Chỉ (nếu khác với địa chỉ của quý vị): _____ số Điện

Thoại (nếu khác với số điện thoại của quý vị): _____

Ngôn Ngữ Nói mà Quý Vị Muốn sử Dụng: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Quảng Đông Tiếng Quan Thoại Tiếng Việt Tiếng Đại Hàn

Ngôn ngữ khác (xin ghi rõ): _____ Tôi không muốn nói

Ngôn Ngữ Viết mà Quý Vị Muốn sử Dụng: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Hoa Truyền Thống Tiếng Việt Tiếng Đại Hàn

Ngôn ngữ khác (xin ghi rõ): _____ Tôi không muốn nói

Nguồn Gốc sắc Tộc và/hoặc Chủng Tộc Chính

<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu: <input type="checkbox"/> Người Châu Mỹ Gốc Á Châu <input type="checkbox"/> Thái Lan <input type="checkbox"/> Lào <input type="checkbox"/> Hoa Nam <input type="checkbox"/> Cam-bốt <input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Nhật Bản <input type="checkbox"/> Đại Hàn	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu: <input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Phi Châu <input type="checkbox"/> Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh: <input type="checkbox"/> Trung Mỹ <input type="checkbox"/> Cu Ba <input type="checkbox"/> Mễ Tây Cơ <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ <input type="checkbox"/> Nam Mỹ <input type="checkbox"/> Vùng Mễ Tây Cơ <input type="checkbox"/> Puerto Rico	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương Khác: <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii <input type="checkbox"/> Người Samoa <input type="checkbox"/> Người Đảo Guam <input type="checkbox"/> Người Da Trắng/Cáp-ca: <input type="checkbox"/> Người Ả-rập <input type="checkbox"/> Âu Châu <input type="checkbox"/> Trung Đông và Bắc Phi <input type="checkbox"/> Sắc Tộc/Chủng Tộc Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không muốn nói
---	--	--

Nguồn Gốc sắc Tộc và/hoặc Chủng Tộc Khác (Chỉ điền đầy đủ nếu cha và mẹ quý vị có hai nguồn gốc sắc tộc hoặc chủng tộc khác nhau)

<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu: <input type="checkbox"/> Người Châu Mỹ Gốc Á Châu <input type="checkbox"/> Thái Lan <input type="checkbox"/> Lào <input type="checkbox"/> Hoa Nam <input type="checkbox"/> Cam-bốt <input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Nhật Bản <input type="checkbox"/> Đại Hàn	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu: <input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Phi Châu <input type="checkbox"/> Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh: <input type="checkbox"/> Trung Mỹ <input type="checkbox"/> Cu Ba <input type="checkbox"/> Mễ Tây Cơ <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ <input type="checkbox"/> Nam Mỹ <input type="checkbox"/> Vùng Mễ Tây Cơ <input type="checkbox"/> Puerto Rico	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương Khác: <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii <input type="checkbox"/> Người Samoa <input type="checkbox"/> Người Đảo Guam <input type="checkbox"/> Người Da Trắng/Cáp-ca: <input type="checkbox"/> Người Ả-rập <input type="checkbox"/> Âu Châu <input type="checkbox"/> Trung Đông và Bắc Phi <input type="checkbox"/> Sắc Tộc/Chủng Tộc Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không muốn nói
---	--	--

Người Phụ Thuộc số 2 - Tên: _____ Ngày Tháng Năm Sinh: _____

số Hội Viên (nếu biết) _____

Địa Chỉ (nếu khác với địa chỉ của quý vị): _____ số Điện

Thoại (nếu khác với số điện thoại của quý vị): _____

Ngôn Ngữ Nói mà Quý Vị Muốn sử Dụng: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Quảng Đông Tiếng Quan Thoại Tiếng Việt Tiếng Đại Hàn

Ngôn ngữ khác (xin ghi rõ): _____ Tôi không muốn nói

Ngôn Ngữ Viết mà Quý Vị Muốn sử Dụng: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Hoa Truyền Thống Tiếng Việt Tiếng Đại Hàn

Ngôn ngữ khác (xin ghi rõ): _____ Tôi không muốn nói

Nguồn Gốc sắc Tộc và/hoặc Chủng Tộc Chính

<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu: <input type="checkbox"/> Người Châu Mỹ Gốc Á Châu <input type="checkbox"/> Thái Lan <input type="checkbox"/> Lào <input type="checkbox"/> Hoa Nam <input type="checkbox"/> Cam-bốt <input type="checkbox"/> Việt Nam	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu: <input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Phi Châu <input type="checkbox"/> Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh:	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương Khác: <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii <input type="checkbox"/> Người Samoa <input type="checkbox"/> Người Đảo Guam <input type="checkbox"/> Người Da Trắng/Cáp-ca: <input type="checkbox"/> Người Ả-rập <input type="checkbox"/> Âu Châu <input type="checkbox"/> Trung Đông và Bắc Phi
---	---	---

Nam <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Đại Hàn	<input type="checkbox"/> Trung Mỹ <input type="checkbox"/> Mễ Tây Cơ <input type="checkbox"/> Mỹ <input type="checkbox"/> Nam Mỹ <input type="checkbox"/> Puerto Rico	<input type="checkbox"/> Cu Ba <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Vùng Mễ Tây Cơ	Đông và Bắc Phi <input type="checkbox"/> Sắc Tộc/Chủng Tộc Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không muốn nói
--	---	---	---	--

Nguồn Gốc sắc Tộc và/hoặc Chủng Tộc Khác (Chỉ điền đầy đủ nếu cha và mẹ quý vị có hai nguồn gốc sắc tộc hoặc chủng tộc khác nhau)

<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu: <input type="checkbox"/> Người Châu Mỹ Gốc Á Châu <input type="checkbox"/> Thái Lan <input type="checkbox"/> Hoa Nam <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Lào <input type="checkbox"/> Cam-bốt <input type="checkbox"/> Việt <input type="checkbox"/> Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Đại Hàn	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu: <input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Phi Châu <input type="checkbox"/> Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh: <input type="checkbox"/> Trung Mỹ <input type="checkbox"/> Mễ Tây Cơ <input type="checkbox"/> Mỹ <input type="checkbox"/> Nam Mỹ <input type="checkbox"/> Puerto Rico	<input type="checkbox"/> Cu Ba <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Vùng Mễ Tây Cơ	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương Khác: <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii <input type="checkbox"/> Người Samoa <input type="checkbox"/> Người Đảo Guam <input type="checkbox"/> Người Da Trắng/Cáp-ca: <input type="checkbox"/> Người Ả-rập <input type="checkbox"/> Âu Châu <input type="checkbox"/> Trung Đông và Bắc Phi <input type="checkbox"/> Sắc Tộc/Chủng Tộc Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không muốn nói
---	--	---	---	--

Người Phụ Thuộc số 3 - Tên: _____ Ngày Tháng Năm Sinh: _____

số Hội Viên (nếu biết) _____

Địa Chỉ (nếu khác với địa chỉ của quý vị): _____ số Điện

Thoại (nếu khác với số điện thoại của quý vị): _____

Ngôn Ngữ Nói mà Quý Vị Muốn sử Dụng: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Quảng Đông Tiếng Quan Thoại

Tiếng Việt Tiếng Đại Hàn

Ngôn ngữ khác (xin ghi rõ): _____ Tôi không muốn nói

Ngôn Ngữ Viết mà Quý Vị Muốn sử Dụng: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Hoa Truyền Thống Tiếng Việt

Tiếng Đại Hàn

Ngôn ngữ khác (xin ghi rõ): _____ Tôi không muốn nói

Nguồn Gốc sắc Tộc và/hoặc Chủng Tộc Chính

<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu: <input type="checkbox"/> Người Châu Mỹ Gốc Á Châu <input type="checkbox"/> Thái Lan <input type="checkbox"/> Hoa Nam <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Lào <input type="checkbox"/> Cam-bốt <input type="checkbox"/> Việt <input type="checkbox"/> Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Đại Hàn	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu: <input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Phi Châu <input type="checkbox"/> Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh: <input type="checkbox"/> Trung Mỹ <input type="checkbox"/> Mễ Tây Cơ <input type="checkbox"/> Mỹ <input type="checkbox"/> Nam Mỹ <input type="checkbox"/> Puerto Rico	<input type="checkbox"/> Cu Ba <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Vùng Mễ Tây Cơ	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương Khác: <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii <input type="checkbox"/> Người Samoa <input type="checkbox"/> Người Đảo Guam <input type="checkbox"/> Người Da Trắng/Cáp-ca: <input type="checkbox"/> Người Ả-rập <input type="checkbox"/> Âu Châu <input type="checkbox"/> Trung Đông và Bắc Phi <input type="checkbox"/> Sắc Tộc/Chủng Tộc Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không muốn nói
---	--	---	---	--

Nguồn Gốc sắc Tộc và/hoặc Chủng Tộc Khác (Chỉ điền đầy đủ nếu cha và mẹ quý vị có hai nguồn gốc sắc tộc hoặc chủng tộc khác nhau)

<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu: <input type="checkbox"/> Người Châu Mỹ Gốc Á Châu <input type="checkbox"/> Thái Lan <input type="checkbox"/> Hoa Nam <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Lào <input type="checkbox"/> Cam-bốt <input type="checkbox"/> Việt <input type="checkbox"/> Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Đại Hàn	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu: <input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Phi Châu <input type="checkbox"/> Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh: <input type="checkbox"/> Trung Mỹ <input type="checkbox"/> Mễ Tây Cơ <input type="checkbox"/> Mỹ <input type="checkbox"/> Nam Mỹ <input type="checkbox"/> Puerto Rico	<input type="checkbox"/> Cu Ba <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Vùng Mễ Tây Cơ	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương Khác: <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii <input type="checkbox"/> Người Samoa <input type="checkbox"/> Người Đảo Guam <input type="checkbox"/> Người Da Trắng/Cáp-ca: <input type="checkbox"/> Người Ả-rập <input type="checkbox"/> Âu Châu <input type="checkbox"/> Trung Đông và Bắc Phi <input type="checkbox"/> Sắc Tộc/Chủng Tộc Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không muốn nói
---	--	---	---	--



Cigna 언어 지원 설문 조사

저희 Cigna는 최상의 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 또한 고객 여러분께 보장된 혜택과 서비스에 대해 알려드리고 모든 혜택과 서비스를 받으실 수 있도록 노력하고 있습니다. 보다 나은 서비스를 위해 고객님의 선호 언어(들) 및 인종/민족에 대해 말씀해 주십시오. 본 설문 조사는 의무적인 것이 아니며 기입하신 모든 정보는 비밀이 보장됩니다.

캘리포니아 거주 회원 및 캘리포니아에서 발행된 보험으로 보장되는 캘리포니아 외 거주 회원을 위한 무료 언어 지원 정보

영어 이외의 언어를 선호하시는 분은 무료 언어 지원 서비스를 요청하십시오. 이용 가능 서비스:

- Cigna로 전화하시거나 병원이나 기타 건강센터에서 진료받으실 경우 모든 언어에 대한 통역 서비스를 받으실 수 있습니다.
- 고객님의 보험 보장에 영향을 주는 중요한 서류의 스페인어 혹은 중국어 번역 서비스를 받으실 수 있습니다.
- 회원 카드에 적혀있는 무료 전화나 고객 서비스 번호로 연락하시면 2009년 1월 1일부터 무료 언어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다.

설문지 작성을 위해 필요한 사항:

다음 페이지에 있는 질문에 답해주십시오. 필수 확인 사항:

1. 고객님의 선호하는 언어(들) 해당 박스에 체크하셨습니다가?
2. 인종 및 민족 해당 박스에 체크 하거나 “기타”란에 필요한 정보를 적으셨습니까? 해당 정보 제공을 원하지 않는 경우 “대답 거부”에 체크하십시오.
3. 본인 및 고객님의 보험으로 보장되는 피보험자를 위한 서류 작성을 완료하셨습니다가?
4. 본 질문지를 다음 주소로 보내주십시오: CALAP-CHC

Cigna
PO Box 182223
Chattanooga, TN 37422

본 설문에 응해주셔서 감사합니다. 더 나은 서비스를 제공하기 위해 더욱 노력하겠습니다.

설문 조사

고객님 본인(Cigna 플랜 가입자)과 각 피보험자(고객님의 보험으로 보장되는 가족)에 대해 본 설문지에 기입해 주십시오.

가입자에 대한 정보

성명: _____ 생년월일: _____ 회원번호 (알고 있는 경우) _____

주소: _____ 전화번호: _____

선호 언어(대화시)

영어 스페인어 광둥어 만다린어 베트남어 한국어 기타 (원하는 언어를 기재하십시오): _____ 대담 거부

선호 언어(문서용)

영어 스페인어 중국어 베트남어 한국어 기타 (원하는 언어를 기재하십시오): _____ 대담 거부

주요 인종 및/또는 민족적 배경

<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언이나 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 흑인이나 아프리카 아메리칸:	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 섬지역 주민:
<input type="checkbox"/> 아시안:	<input type="checkbox"/> 아프리카 아메리칸 <input type="checkbox"/> 아프리카	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 사모아 <input type="checkbox"/> 괌
<input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 <input type="checkbox"/> 태국 <input type="checkbox"/> 라오스	<input type="checkbox"/> 스페인계 또는 라틴계:	<input type="checkbox"/> 백인/코카서스인:
<input type="checkbox"/> 중국 <input type="checkbox"/> 캄보디아 <input type="checkbox"/> 베트남	<input type="checkbox"/> 중미 <input type="checkbox"/> 쿠바	<input type="checkbox"/> 아랍 <input type="checkbox"/> 유럽 <input type="checkbox"/> 중동 & 아프리카 북부
<input type="checkbox"/> 홍콩족 <input type="checkbox"/> 필리핀	<input type="checkbox"/> 멕시코 <input type="checkbox"/> 멕시코 아메리칸 인디언	<input type="checkbox"/> 기타: _____
<input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 한국	<input type="checkbox"/> 남미 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코	<input type="checkbox"/> 대담 거부

기타 인종 및/또는 배경 (부모가 서로 다른 인종 또는 다른 배경을 가진 경우에만 기입)

<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언이나 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 흑인이나 아프리카 아메리칸:	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 섬지역 주민:
--	--	--

<input type="checkbox"/> 아시아인: <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 <input type="checkbox"/> 태국 <input type="checkbox"/> 라오스 <input type="checkbox"/> 중국 <input type="checkbox"/> 캄보디아 <input type="checkbox"/> 베트남 <input type="checkbox"/> 홍콩족 <input type="checkbox"/> 필리핀 <input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 한국	<input type="checkbox"/> 아프리카 아메리칸 <input type="checkbox"/> 아프리카 <input type="checkbox"/> 스페인계 또는 라틴계: <input type="checkbox"/> 중미 <input type="checkbox"/> 쿠바 <input type="checkbox"/> 멕시코 <input type="checkbox"/> 멕시코 아메리칸 인디언 <input type="checkbox"/> 남미 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 사모아 <input type="checkbox"/> 괌 <input type="checkbox"/> 백인/코카서스인: <input type="checkbox"/> 아랍 <input type="checkbox"/> 유럽 <input type="checkbox"/> 중동 & 아프리카 북부 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> 대답 거부
--	---	---

고객님의 건강 보험으로 보장받을 수 있는 기타 가족에 관한 정보

피 보험자가 3인 이상인 경우 본 페이지를 복사하여 개인당 한 부씩 작성해 주십시오.

피보험자#1 - 성명: _____ 생년월일: _____ 회원번호 (알고 있는 경우) _____

주소 (보험 가입자와 다른 경우): _____ 전화 번호 (보험 가입자와 다른 경우): _____

선호 언어(대화시): 영어 스페인어 광둥어 만다린어 베트남어 한국어 기타 (원하는 언어를 기재하십시오): _____ - 대답 거부

선호 언어(문서용): 영어 스페인어 중국어(번체) 베트남어 한국어 기타 (원하는 언어를 기재하십시오): _____ - 대답 거부

주요 인종 및/또는 민족적 배경

<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언이나 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시안: <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 <input type="checkbox"/> 태국 <input type="checkbox"/> 라오스 <input type="checkbox"/> 중국 <input type="checkbox"/> 캄보디아 <input type="checkbox"/> 베트남 <input type="checkbox"/> 호몽족 <input type="checkbox"/> 필리핀 <input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 한국	<input type="checkbox"/> 흑인이나 아프리카 아메리칸: <input type="checkbox"/> 아프리카 아메리칸 <input type="checkbox"/> 아프리카 <input type="checkbox"/> 스페인계 또는 라틴계: <input type="checkbox"/> 중미 <input type="checkbox"/> 쿠바 <input type="checkbox"/> 멕시코 <input type="checkbox"/> 멕시코 아메리칸 인디언 <input type="checkbox"/> 남미 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 섬지역 주민: <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 사모아 <input type="checkbox"/> 괌 <input type="checkbox"/> 백인/코카서스인: <input type="checkbox"/> 아랍 <input type="checkbox"/> 유럽 <input type="checkbox"/> 중동 & 아프리카 북부 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> 대답 거부
---	---	---

기타 인종 및/또는 배경 (부모가 서로 다른 인종 또는 다른 배경을 가진 경우에만 기입)

<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언이나 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시안: <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 <input type="checkbox"/> 태국 <input type="checkbox"/> 라오스 <input type="checkbox"/> 중국 <input type="checkbox"/> 캄보디아 <input type="checkbox"/> 베트남 <input type="checkbox"/> 호몽족 <input type="checkbox"/> 필리핀 <input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 한국	<input type="checkbox"/> 흑인이나 아프리카 아메리칸: <input type="checkbox"/> 아프리카 아메리칸 <input type="checkbox"/> 아프리카 <input type="checkbox"/> 스페인계 또는 라틴계: <input type="checkbox"/> 중미 <input type="checkbox"/> 쿠바 <input type="checkbox"/> 멕시코 <input type="checkbox"/> 멕시코 아메리칸 인디언 <input type="checkbox"/> 남미 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 섬지역 주민: <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 사모아 <input type="checkbox"/> 괌 <input type="checkbox"/> 백인/코카서스인: <input type="checkbox"/> 아랍 <input type="checkbox"/> 유럽 <input type="checkbox"/> 중동 & 아프리카 북부 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> 대답 거부
---	---	---

피보험자#2 - 성명: _____ 생년월일: _____ 회원번호 (알고 있는 경우) _____

주소 (보험 가입자와 다른 경우): _____ 전화 번호 (보험 가입자와 다른 경우): _____

선호 언어(대화시): 영어 스페인어 광둥어 만다린어 베트남어 한국어 기타 (원하는 언어를 기재하십시오): _____ - 대답 거부

선호 언어(문서용): 영어 스페인어 중국어(번체) 베트남어 한국어 기타 (원하는 언어를 기재하십시오): _____ - 대답 거부

주요 인종 및/또는 민족적 배경

<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언이나 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시안: <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 <input type="checkbox"/> 태국 <input type="checkbox"/> 라오스 <input type="checkbox"/> 중국 <input type="checkbox"/> 캄보디아 <input type="checkbox"/> 베트남 <input type="checkbox"/> 호몽족 <input type="checkbox"/> 필리핀 <input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 한국	<input type="checkbox"/> 흑인이나 아프리카 아메리칸: <input type="checkbox"/> 아프리카 아메리칸 <input type="checkbox"/> 아프리카 <input type="checkbox"/> 스페인계 또는 라틴계: <input type="checkbox"/> 중미 <input type="checkbox"/> 쿠바 <input type="checkbox"/> 멕시코 <input type="checkbox"/> 멕시코 아메리칸 인디언 <input type="checkbox"/> 남미 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 섬지역 주민: <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 사모아 <input type="checkbox"/> 괌 <input type="checkbox"/> 백인/코카서스인: <input type="checkbox"/> 아랍 <input type="checkbox"/> 유럽 <input type="checkbox"/> 중동 & 아프리카 북부 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> 대답 거부
---	---	---

기타 인종 및/또는 배경 (부모가 서로 다른 인종 또는 다른 배경을 가진 경우에만 기입)



"Cigna," is a registered service mark and the "Tree of Life" logo is a service mark of Cigna Intellectual Property, Inc., licensed for use by Cigna Corporation and its operating subsidiaries. All products and services are provided exclusively by such operating subsidiaries and not by Cigna Corporation. Such operating subsidiaries include Connecticut General Life Insurance Company (CGLIC), Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), and HMO or service company subsidiaries of Cigna Health Corporation and Cigna Dental Health, Inc. In Arizona, HMO plans are offered by Cigna HealthCare of Arizona, Inc. In California, HMO plans are offered by Cigna HealthCare of California, Inc. In Connecticut, HMO plans are offered by Cigna HealthCare of Connecticut, Inc. In North Carolina, HMO plans are offered by Cigna HealthCare of North Carolina, Inc. All other medical plans in these states are insured or administered by CGLIC or CHLIC.

2011 Cigna. Some content provided under license.

822871B 11/11 © 2011 Cigna

<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언이나 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인: <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 <input type="checkbox"/> 태국 <input type="checkbox"/> 라오스 <input type="checkbox"/> 중국 <input type="checkbox"/> 캄보디아 <input type="checkbox"/> 베트남 <input type="checkbox"/> 홍콩족 <input type="checkbox"/> 필리핀 <input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 한국	<input type="checkbox"/> 흑인이나 아프리카 아메리칸: <input type="checkbox"/> 아프리카 아메리칸 <input type="checkbox"/> 아프리카 <input type="checkbox"/> 스페인계 또는 라틴계: <input type="checkbox"/> 중미 <input type="checkbox"/> 쿠바 <input type="checkbox"/> 멕시코 <input type="checkbox"/> 멕시코 아메리칸 인디언 <input type="checkbox"/> 남미 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 섬지역 주민: <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 사모아 <input type="checkbox"/> 괌 <input type="checkbox"/> 백인/코카서스인: <input type="checkbox"/> 아랍 <input type="checkbox"/> 유럽 <input type="checkbox"/> 중동 & 아프리카 북부 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> 대답 거부
--	---	---

피보험자#3 - 성명: _____ 생년월일: _____ 회원번호 (알고 있는 경우) _____

주소 (보험 가입자와 다른 경우): _____ 전화 번호 (보험 가입자와 다른 경우): _____

선호 언어(대화시): 영어 스페인어 광둥어 만다린어 베트남어 한국어 기타 (원하는 언어를 기재하십시오): _____ - 대답 거부

선호 언어(문서용): 영어 스페인어 중국어(번체) 베트남어 한국어 기타 (원하는 언어를 기재하십시오): _____ - 대답 거부

주요 인종 및/또는 민족적 배경

<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언이나 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인: <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 <input type="checkbox"/> 태국 <input type="checkbox"/> 라오스 <input type="checkbox"/> 중국 <input type="checkbox"/> 캄보디아 <input type="checkbox"/> 베트남 <input type="checkbox"/> 홍콩족 <input type="checkbox"/> 필리핀 <input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 한국	<input type="checkbox"/> 흑인이나 아프리카 아메리칸: <input type="checkbox"/> 아프리카 아메리칸 <input type="checkbox"/> 아프리카 <input type="checkbox"/> 스페인계 또는 라틴계: <input type="checkbox"/> 중미 <input type="checkbox"/> 쿠바 <input type="checkbox"/> 멕시코 <input type="checkbox"/> 멕시코 아메리칸 인디언 <input type="checkbox"/> 남미 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 섬지역 주민: <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 사모아 <input type="checkbox"/> 괌 <input type="checkbox"/> 백인/코카서스인: <input type="checkbox"/> 아랍 <input type="checkbox"/> 유럽 <input type="checkbox"/> 중동 & 아프리카 북부 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> 대답 거부
--	---	---

기타 인종 및/또는 배경 (부모가 서로 다른 인종 또는 다른 배경을 가진 경우에만 기입)

<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언이나 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인: <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 <input type="checkbox"/> 태국 <input type="checkbox"/> 라오스 <input type="checkbox"/> 중국 <input type="checkbox"/> 캄보디아 <input type="checkbox"/> 베트남 <input type="checkbox"/> 홍콩족 <input type="checkbox"/> 필리핀 <input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 한국	<input type="checkbox"/> 흑인이나 아프리카 아메리칸: <input type="checkbox"/> 아프리카 아메리칸 <input type="checkbox"/> 아프리카 <input type="checkbox"/> 스페인계 또는 라틴계: <input type="checkbox"/> 중미 <input type="checkbox"/> 쿠바 <input type="checkbox"/> 멕시코 <input type="checkbox"/> 멕시코 아메리칸 인디언 <input type="checkbox"/> 남미 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 섬지역 주민: <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 사모아 <input type="checkbox"/> 괌 <input type="checkbox"/> 백인/코카서스인: <input type="checkbox"/> 아랍 <input type="checkbox"/> 유럽 <input type="checkbox"/> 중동 & 아프리카 북부 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> 대답 거부
--	---	---



"Cigna," is a registered service mark and the "Tree of Life" logo is a service mark of Cigna Intellectual Property, Inc., licensed for use by Cigna Corporation and its operating subsidiaries. All products and services are provided exclusively by such operating subsidiaries and not by Cigna Corporation. Such operating subsidiaries include Connecticut General Life Insurance Company (CGLIC), Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), and HMO or service company subsidiaries of Cigna Health Corporation and Cigna Dental Health, Inc. In Arizona, HMO plans are offered by Cigna HealthCare of Arizona, Inc. In California, HMO plans are offered by Cigna HealthCare of California, Inc. In Connecticut, HMO plans are offered by Cigna HealthCare of Connecticut, Inc. In North Carolina, HMO plans are offered by Cigna HealthCare of North Carolina, Inc. All other medical plans in these states are insured or administered by CGLIC or CHLIC.

2011 Cigna. Some content provided under license.

822871B 11/11 © 2011 Cigna