

Formulario de Inscripción/Renuncia a la Cobertura para Empleados de Pequeñas Empresas/Small Business

Employee Enrollment Form/Waiver of Coverage

**Fecha de vigencia: mayo 1, 2011/
Effective May 1, 2011**

Instrucciones/Instructions

Complete la información solicitada en cada sección de acuerdo con las pautas que se señalan a continuación. Sea cuidadoso y complete todas las secciones que correspondan. Presente el formulario de inscripción lleno a su empresa para que lo procese./Complete the information requested in each section according to the guidelines provided below. Please be thorough and fill out all sections that apply. Submit the completed enrollment form to your employer for processing.

Sección A: Información del Empleado/ Section A: Employee Information

- Por favor complete toda la información solicitada./Please complete all information requested;
- Si se inscribe en un plan HMO de UnitedHealthcare of California, debe seleccionar un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Seleccione un PCP del *Directorio de Proveedores* para usted y para cada miembro de su familia, indicando por escrito el nombre del PCP y el número de Proveedor en el área indicada. Puede seleccionar un PCP diferente para cada miembro de su familia. Si no selecciona un PCP al seleccionar uno de estos planes, automáticamente se le asignará un PCP. La selección de un PCP sólo es necesaria si se inscribe en un plan UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO) o UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage (HMO)./If enrolling in a UnitedHealthcare of California HMO plan, you must select a Primary Care Physician (PCP). Select a PCP from the *Provider Directory* for yourself and each of your family members by writing the PCP name and Provider number in the area provided. You may choose a different PCP for each member of your family. If you do not select a PCP when selecting one of these plans, a PCP will be automatically assigned to you. PCP selection is only required if enrolling in a UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO) or UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage (HMO) plan.
- Si se inscribe en un Plan Dental HMO, seleccione un Dentista de Atención Primaria (PCD, por sus siglas en inglés) del *Directorio de Proveedores Dentales* para usted y para cada miembro de su familia. Escriba el nombre del PCD y el Número de Proveedor en el lugar indicado. Puede elegir un Dentista de Atención Primaria diferente para cada miembro inscrito, sin embargo los PCD no se pueden asignar automáticamente y sólo se requieren para los planes Dentales HMO./If enrolling in a Dental HMO Plan, select a Primary Care Dentist (PCD) from the Dental Provider Directory for yourself and each of your family members. Write the PCD name and Provider Number in the area provided. You may choose a different Primary Care Dentist for each enrolling

member, however PCDs cannot be automatically assigned and are only required for the Dental HMO plans.

Sección B: Información de Dependientes/ Section B: Dependent Information

- Complete toda la información para cada dependiente inscrito, incluido el número del Seguro Social de éstos./Complete all information for each enrolling dependent, including any enrolling Dependent's Social Security number.
- Para cada dependiente que se inscriba en un Plan HMO de UnitedHealthcare, seleccione un Médico de Atención Primaria (PCP) del *Directorio de Proveedores* indicando por escrito el nombre del PCP y el Número de Proveedor en el lugar indicado. Puede seleccionar un PCP diferente para cada miembro de su familia. Si no selecciona un PCP al seleccionar uno de estos planes, automáticamente se le asignará un PCP./For each dependent enrolling in a UnitedHealthcare HMO Plan, select a Primary Care Physician (PCP) from the *Provider Directory* by writing the PCP name and Provider Number in the area provided. You may choose a different PCP for each member in your family. If you do not select a PCP when selecting one of these plans, a PCP will be automatically assigned to you.
- Para cada dependiente que se inscriba en un Plan Dental HMO, seleccione un Dentista de Atención Primaria del *Directorio de Proveedores Dentales*. Escriba el nombre del PCD y el Número de Proveedor en el lugar indicado. Puede elegir un Dentista de Atención Primaria diferente para cada miembro inscrito, sin embargo los PCD no se pueden asignar automáticamente y sólo se requieren para los planes Dentales HMO./For each dependent enrolling in a Dental HMO Plan, select a Primary Care Dentist from the Dental Provider Directory. Write the PCD name and Provider Number in the area provided. You may choose a different Primary Care Dentist for each enrolling member, however PCDs cannot be automatically assigned and are only required for the Dental HMO plans.
- Verifique que la cobertura de su cónyuge o pareja de unión libre esté disponible a través de la Empresa para la cual usted trabaja./Verify that spousal and domestic partner coverage is available through your Employer.
- Los Dependientes están cubiertos hasta los 26 años de edad y no se requiere que sean estudiantes a tiempo completo./Dependents are covered to age 26 and no full-time student status is required.

Sección C: Selección de Productos/Section C: Product Selection

- Las ofertas de beneficios dependen de las elecciones de la Empresa para la cual trabaja. Consulte con su empresa cuáles son las opciones de planes disponibles que se le ofrecen./Benefit offerings are dependent on your Employer selections. Check with your employer for available plan options being offered to you.

- Marque el casillero correspondiente a cada plan en el que se inscriba usted o sus dependientes. Si se inscriben en planes de Vida y por Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D, por sus siglas en inglés), indique la cantidad de dinero seleccionada./Check the box for each plan you or your dependents are enrolling in. If enrolling in Life or AD&D plans, indicate the dollar amount selected.
- Todos los miembros de la familia que se inscriban deben seleccionar el mismo plan médico y dental./All enrolling family members must select the same medical and dental plan.
- Si elige un plan médico de UnitedHealthcare, marque el casillero que se encuentra junto al Código de Plan de UnitedHealthcare y escriba el código de plan de tres dígitos que haya elegido en el espacio indicado. Por ejemplo: Código de Plan de UnitedHealthcare: **D6-M**./When selecting a UnitedHealthcare medical plan, check the box next to UnitedHealthcare Plan Code and write the three-digit plan code of your selection in the space provided. For example: UnitedHealthcare Plan Code: **D6-M**.
- Si elige un Plan de UnitedHealthcare of California, marque el casillero que se encuentra junto a la Descripción del Plan de UnitedHealthcare y escriba el nombre del plan en el que desea inscribirse. Por ejemplo, Descripción de Plan de UnitedHealthcare: **UnitedHealthcare SignatureValue™ 10-30/100%**./When selecting a UnitedHealthcare of California Plan, check the box next to UnitedHealthcare Plan Description and write the name of the plan you wish to enroll in. For example, UnitedHealthcare Plan Description: **UnitedHealthcare SignatureValue™ 10-30/100%**.

Sección D: Información sobre la Cobertura del Plan de Salud/ Seguro Médico Anterior/Section D: Prior Medical Insurance/ Health Plan Coverage Information

- Complete esta sección para recibir crédito por la cobertura de un plan de salud/seguro médico anterior. Si no ha tenido cobertura de un plan de salud/seguro médico anterior, indíquelo marcando NO./Complete this section to receive credit for prior medical insurance/health plan coverage. If you have not had prior medical insurance/health plan coverage, please indicate by checking NO.

Sección E: Información sobre la Cobertura de Otro Plan de Salud/Seguro Médico/Section E: Other Medical Insurance/ Health Plan Coverage Information

- Si usted, su cónyuge/pareja de unión libre o algún dependiente estará cubierto por cualquier otro plan de salud/plan de seguro médico, incluido Medicare, en la fecha en que comience la cobertura de este plan de salud/seguro, complete esta sección. Si no existe otra cobertura/plan médico, indíquelo marcando NO./If you, your spouse/domestic partner, or any dependent will be covered under any other medical insurance plan/health plan, including Medicare, on the day this insurance/health plan coverage begins, please complete this section. If no other medical plan/coverage exists, please indicate by checking NO.

Sección F: Información sobre Otro Seguro/Cobertura Dental/Section F: Other Dental Insurance/Coverage Information

- Si usted, su cónyuge/pareja de unión libre o algún dependiente estará cubierto por cualquier otro plan de seguro/cobertura dental en la fecha en que comience este seguro/cobertura, complete esta sección. Si no existe otro plan/cobertura dental, indíquelo marcando NO./If you, your spouse/domestic partner, or any dependent will be covered under any other dental insurance plan/coverage on the day this insurance/coverage begins, please complete this section. If no other dental plan/coverage exists, please indicate by checking NO.

Sección G: Renuncia a la Cobertura/Section G: Waiver of Coverage

- Usted puede renunciar a la cobertura de servicios de atención de la salud proporcionados a través de su empresa para usted y/o cualquiera de los miembros de su familia. Si renuncia a la cobertura para usted y/o para cualquier miembro de su familia, se requiere una firma en esta sección. Lea toda la sección detenidamente, firme y feche con tinta, y devuelva el formulario a su empresa para su procesamiento./You can waive the health care services coverage provided through your employer for yourself and/or any of your family members. If waiving coverage for yourself and/or any family member, a signature is required in this section. Please read the entire section carefully, sign and date in ink, and return the form to your employer for processing.

Sección H: Autorización para Divulgar Información Médica y Firma de la Solicitud/Section H: Authorization to Release Medical Information and Application Signature

- Lea esta sección detenidamente, firme y feche./Review this section carefully, sign and date.

Sección I: Arbitraje Obligatorio y Definitivo/Section I: Binding Arbitration

- Lea esta sección detenidamente, firme y feche./Review this section carefully, sign and date.

Sección J: Información del Censo/Section J: Census Information

- Marque todos los casilleros que correspondan. La información recopilada en esta sección sólo se utilizará para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no será utilizada en el proceso de elegibilidad./Check all boxes that apply. The information collected in this section will only be used to help communicate with enrollees and inform them of specific programs to enhance their well-being. This information will not be used in the eligibility process.

Instrucciones para la Empresa/Employer Instructions

Complete la sección superior del Formulario de Inscripción para Empleados y confirme que el empleado haya completado toda la información requerida. Envíe los cambios de inscripción/elegibilidad a alguna de las siguientes direcciones, de acuerdo con el plan en el que se inscriba el empleado./Complete the top section of the Employee Enrollment Form and confirm all required information has been completed by the employee. Submit enrollment/eligibility changes to one of the following addresses, based on the plan the employee is enrolling in:

UnitedHealthcare
Internet/Web: **www.employereservices.com**
Fax: (248) 733-6062
Por Correo/Mail: PRIME Eligibility
UnitedHealthcare
P.O. Box 30964
Salt Lake City, UT 84130-0964

UnitedHealthcare
Internet/Web: **www.uhcwest.com**
Fax: 1-866-372-1316
Correo electrónico/E-mail: **Imaging_elig@phs.com**
Por Correo/Mail: UnitedHealthcare Eligibility
P.O. Box 30981
Salt Lake City, UT 84130-0981

Para nuevos grupos empresariales o preguntas adicionales, comuníquese con su agente de seguros o con la oficina de ventas local de UnitedHealthcare./For new business groups or additional questions, contact your broker or local UnitedHealthcare sales office.

CALIFORNIA

(NO ENGRAPE)/(DO NOT STAPLE)



Formulario de Inscripción para Empleados de Pequeñas Empresas/Small Business Employee Enrollment Form

código de barras aquí/
bar code hereUnimerica Life Insurance Company
UnitedHealthcare Insurance Company
UnitedHealthcare of California

Nombre/Número del Grupo/Group Name/Number

Para agilizar el proceso de inscripción, por favor sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan./To speed the enrollment process, please be thorough and fill out all sections that apply.

Para que lo Llene la Empresa/To Be Completed by Employer

Fecha de Vigencia Solicitada de la Cobertura del Plan de Salud/ Seguro / Fecha de Cambio/ Requested Effective Date of Insurance/ Health Plan Coverage/ Date of Change / /	Razón de la Solicitud/Reason for Application <input type="checkbox"/> Nuevo Plan de Grupo/New Group Plan <input type="checkbox"/> Nueva Contratación/New Hire <input type="checkbox"/> Agregar/Eliminar Dependiente/ Dependent Add/Delete <input type="checkbox"/> Inscripciones Abiertas Anuales/ Annual Open Enrollment <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre/Dirección/ Change Name/Address <input type="checkbox"/> Persona Inscrita Tardíamente/Late Enrollee <input type="checkbox"/> Cancelación/Termination Fecha/Date: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Renuncia a la Cobertura (Complete las Secciones A, B y G)/Waiving Coverage (Complete Sections A, B, and G) <input type="checkbox"/> Evento de Vida/Fecha/ Life Event/Date <input type="checkbox"/> Cambio de Estado/ Status Change <input type="checkbox"/> Otra/Other	Tipo de Empleado (marque todas las opciones que correspondan)/Employee Type (check all that apply) <input type="checkbox"/> Activo/Active <input type="checkbox"/> Sindicato/Union <input type="checkbox"/> Sin Sindicato/Non-Union <input type="checkbox"/> Jubilado/Retired <input type="checkbox"/> Por Hora/Hourly <input type="checkbox"/> Sueldo/Salary <input type="checkbox"/> Otro/Other <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA Fecha de Inicio/Start Date ____ / ____ / ____ Fecha de Finalización/End Date ____ / ____ / ____ Indique el Evento que Califica/ Indicate Qualifying Event Fecha del Evento que Califica Original/ Original Qualifying Event Date Fecha de Inicio/Start Date ____ / ____ / ____ Fecha de Finalización/End Date ____ / ____ / ____
Fecha de Contratación/ Date of Hire / /		
Posición/Título/Position/Title		
Horas Trabajadas por Semana/ Hours Worked Per Week		
Sueldo/ Salary \$ _____ <small>Necesario sólo si el Plan de Vida se basa en el sueldo./ Required only if Life Plan based on salary.</small>		

**A. Información del Empleado/
Employee Information****Complete Todas las Secciones/
Complete All Sections**

Apellido/Last Name		Nombre/First Name		Inicial del 2.º Nombre/ MI	Número del Seguro Social/Social Security Number	Teléfono Residencial/ Home Phone Teléfono del Trabajo/ Work Phone	
Dirección/Address			N.º de Apto./ Apt #	Ciudad/City	Estado/ State	Código Postal/ Zip Code	Dirección de Correo Electrónico/E-mail Address
Fecha de Nacimiento/ Date of Birth / /	Sexo/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura/Height	Peso/Weight	Idioma Preferido/Preferred Language: <input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Chino/Chinese <input type="checkbox"/> Coreano/Korean <input type="checkbox"/> Vietnamita/Vietnamese <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Otro/Other			
Estado Civil/Marital Status <input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced <input type="checkbox"/> Viudo/Widowed <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Libre/ Domestic Partner	¿Permanente/ Discapacitado?/ Permanently Disabled? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	Médico de Atención Primaria* (Nombre y Apellido)/ N.º de Ident./Primary Care Physician* (First & Last Name)/ID# Paciente Médico Actual/Existing Patient Medical <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No			Dentista de Atención Primaria* (Nombre y Apellido)/N.º de Ident./Primary Care Dentist* (First & Last Name)/ID# Paciente Dental Actual/Existing Patient Dental <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No		

*IMPORTANTE: Por favor use el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico de Atención Primaria para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos para los productos que requieren la designación de un Médico de Atención Primaria. Por favor use el Directorio Dental para elegir un Dentista de Atención Primaria para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos para los productos que requieren la designación de un Dentista de Atención Primaria. **En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Por favor consulte con el representante de la empresa para la cual trabaja para obtener más información sobre las calificaciones para el estado de estudiante a tiempo completo.*/IMPORTANT: Please use the UnitedHealthcare Provider Directory to select a Primary Care Physician for yourself and each of your covered dependents for products requiring a Primary Care Physician designation. Please use the Dental Directory to select a Primary Care Dentist for yourself and each of your covered dependents for products requiring a Primary Care Dentist designation. **For court-ordered dependent, legal documentation must be attached. Please see employer representative for more information about the qualifications for full-time student status.

B. Información de Dependientes/ Dependent Information	Indique Todas las Personas que Se Inscriben (adjunte más hojas si es necesario)/List All Enrolling (attach sheet if necessary)
--	---

Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M)		Sexo/ Sex	Idioma Preferido/ Preferred Language	Parentesco**/ Relationship**		Permanen- temente Dis- capacitado/ Permanently Disabled	Estudiante a Tiempo Completo/ Full Time Student	Indique el Nombre y N.º de Identificación del Médico* y/o Dentista de Atención Primaria/ Provide Primary Care Physician* and/or Dentist Name and ID#
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		M	<input type="checkbox"/> Inglés/ English <input type="checkbox"/> Español/ Spanish <input type="checkbox"/> Chino/ Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamita/ Vietnamese <input type="checkbox"/> Coreano/ Korean <input type="checkbox"/> Otro/Other	Cónyuge/ Pareja de Unión Libre/ Spouse/ Domestic Partner	Fecha de Nacimiento/ Birth Date	<input type="checkbox"/> Si/Yes		Médico/ Physician: N.º de Identificación/ ID#: Paciente Actual (Médico)/ Existing Patient (Medical) <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
					Estatura/Height			
Número del Seguro Social/ Social Security Number					F			Peso/Weight
<div><div></div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div></div></div>								
Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M)		Sexo/ Sex	Idioma Preferido/ Preferred Language	Parentesco**/ Relationship**		Permanen- temente Dis- capacitado/ Permanently Disabled	Estudiante a Tiempo Completo/ Full Time Student	Indique el Nombre y N.º de Identificación del Médico* y/o Dentista de Atención Primaria/ Provide Primary Care Physician* and/or Dentist Name and ID#
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		M	<input type="checkbox"/> Inglés/ English <input type="checkbox"/> Español/ Spanish <input type="checkbox"/> Chino/ Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamita/ Vietnamese <input type="checkbox"/> Coreano/ Korean <input type="checkbox"/> Otro/Other	Cónyuge/ Pareja de Unión Libre/ Spouse/ Domestic Partner	Fecha de Nacimiento/ Birth Date	<input type="checkbox"/> Si/Yes		Médico/ Physician: N.º de Identificación/ ID#: Paciente Actual (Médico)/ Existing Patient (Medical) <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
					Estatura/Height			
Número del Seguro Social/ Social Security Number					F			Peso/Weight
<div><div></div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div></div></div>								
Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M)		Sexo/ Sex	Idioma Preferido/ Preferred Language	Parentesco**/ Relationship**		Permanen- temente Dis- capacitado/ Permanently Disabled	Estudiante a Tiempo Completo/ Full Time Student	Indique el Nombre y N.º de Identificación del Médico* y/o Dentista de Atención Primaria/ Provide Primary Care Physician* and/or Dentist Name and ID#
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		M	<input type="checkbox"/> Inglés/ English <input type="checkbox"/> Español/ Spanish <input type="checkbox"/> Chino/ Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamita/ Vietnamese <input type="checkbox"/> Coreano/ Korean <input type="checkbox"/> Otro/Other	Cónyuge/ Pareja de Unión Libre/ Spouse/ Domestic Partner	Fecha de Nacimiento/ Birth Date	<input type="checkbox"/> Si/Yes		Médico/ Physician: N.º de Identificación/ ID#: Paciente Actual (Médico)/ Existing Patient (Medical) <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
					Estatura/Height			
Número del Seguro Social/ Social Security Number					F			Peso/Weight
<div><div></div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div></div></div>								
Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M)		Sexo/ Sex	Idioma Preferido/ Preferred Language	Parentesco**/ Relationship**		Permanen- temente Dis- capacitado/ Permanently Disabled	Estudiante a Tiempo Completo/ Full Time Student	Indique el Nombre y N.º de Identificación del Médico* y/o Dentista de Atención Primaria/ Provide Primary Care Physician* and/or Dentist Name and ID#
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		M	<input type="checkbox"/> Inglés/ English <input type="checkbox"/> Español/ Spanish <input type="checkbox"/> Chino/ Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamita/ Vietnamese <input type="checkbox"/> Coreano/ Korean <input type="checkbox"/> Otro/Other	Cónyuge/ Pareja de Unión Libre/ Spouse/ Domestic Partner	Fecha de Nacimiento/ Birth Date	<input type="checkbox"/> Si/Yes		Médico/ Physician: N.º de Identificación/ ID#: Paciente Actual (Médico)/ Existing Patient (Medical) <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
					Estatura/Height			
Número del Seguro Social/ Social Security Number					F			Peso/Weight
<div><div></div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div></div></div>								
Nombre (Apellido, Nombre, 2.º Nombre)/Name (Last, First, M)		Sexo/ Sex	Idioma Preferido/ Preferred Language	Parentesco**/ Relationship**		Permanen- temente Dis- capacitado/ Permanently Disabled	Estudiante a Tiempo Completo/ Full Time Student	Indique el Nombre y N.º de Identificación del Médico* y/o Dentista de Atención Primaria/ Provide Primary Care Physician* and/or Dentist Name and ID#
Dirección (si es distinta a la del Empleado)/Address (if different from Employee)		M	<input type="checkbox"/> Inglés/ English <input type="checkbox"/> Español/ Spanish <input type="checkbox"/> Chino/ Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamita/ Vietnamese <input type="checkbox"/> Coreano/ Korean <input type="checkbox"/> Otro/Other	Cónyuge/ Pareja de Unión Libre/ Spouse/ Domestic Partner	Fecha de Nacimiento/ Birth Date	<input type="checkbox"/> Si/Yes		Médico/ Physician: N.º de Identificación/ ID#: Paciente Actual (Médico)/ Existing Patient (Medical) <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
					Estatura/Height			
Número del Seguro Social/ Social Security Number					F			Peso/Weight
<div><div></div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div></div></div>								

C. Selección de Productos/ Product Selection	Marque el casillero correspondiente a cada plan en el que se inscriba usted o sus dependientes. Indique la cantidad de dinero seleccionada para los planes de Vida y por Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D, por sus siglas en inglés). Las ofertas de beneficios dependen de las elecciones de la empresa para la cual trabaja. Indique el plan médico y dental que elijan los afiliados./Check the box for each plan you or your dependents are enrolling in; Indicate the dollar amount selected for the life and AD&D plans. Benefit offerings are dependent on employer selections. Indicate the medical and dental plan enrollees are selecting.					

Persona/Person	Médico/ Medical	Dental	Vista/ Vision	Vida/Cantidad/ Life/Amount	De Vida Sup./ Sup Life	AD&D Sup./ Sup AD&D
Empleado/Employee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	_____
Cónyuge/Pareja de Unión Libre/ Spouse/Domestic Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____		
Dependientes/Dependents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____		

Selección de Plan Médico: Marque el casillero y escriba el Código o la Descripción del Plan en el que desea inscribirse. Consulte cuáles son los planes de beneficios disponibles con la empresa para la cual trabaja./ Medical Plan Selection – Medical Plan Selection: Check the box and write in the Plan Code or Description you wish to enroll in. Check with your employer for available benefit plans. <input type="checkbox"/> Código de Plan de UnitedHealthcare/ UnitedHealthcare Plan Code: _____ <input type="checkbox"/> Descripción de Plan de UnitedHealthcare of California/ UnitedHealthcare of California Plan Description: _____	Selección de Plan Dental: Escriba el Código del Plan en el que desea inscribirse. Consulte cuáles son los planes de beneficios disponibles con la empresa para la cual trabaja./ Dental Plan Selection – Write in the Plan Code you wish to enroll in. Check with your employer for available benefit plans. Código/Code: _____
--	---

D. Información sobre la Cobertura del Plan de Salud/ Seguro Médico Anterior/Prior Medical Insurance/ Health Plan Coverage Information	Se debe completar esta sección para recibir crédito por la cobertura de un plan de salud/ seguro médico anterior./This section must be completed to receive credit for prior medical insurance/health plan coverage.
--	---

¿Usted o alguno de sus dependientes ha sido alguna vez miembro de UnitedHealthcare o de UnitedHealthcare of California?/Have you or your dependents ever been a UnitedHealthcare or UnitedHealthcare of California member? ☐ Sí/Yes ☐ No

En los últimos 12 meses, ¿usted, su cónyuge/pareja de unión libre o sus dependientes tuvieron alguna otra cobertura de plan de salud/seguro médico? /Within the last 12 months, have you, your spouse/domestic partner, or your dependents had any other medical insurance/health plan coverage? ☐ NO ☐ Sí (si la respuesta es "sí", por favor complete esta sección)./YES (if yes, please complete this section.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior/Prior medical carrier name _____

Fecha de vigencia/Effective date ____/____/____ Fecha de finalización/End date ____/____/____

Tipo de cobertura del plan de salud/seguro anterior/Prior insurance/health plan coverage type:

☐ Empleado/Employee ☐ Cónyuge/Pareja de Unión Libre/Spouse/Domestic Partner ☐ Hijo(s)/Child(ren) ☐ Familia/Family

E. Información sobre la Cobertura de Otro Plan de Salud/Seguro Médico/Other Medical Insurance/Health Plan Coverage Information	Se debe completar esta sección. (Si es necesario, adjunte una hoja.)/ This section must be completed. (Attach sheet if necessary.)
---	---

El día que comienza la cobertura de este plan de salud/seguro, ¿estará cubierto usted, su cónyuge/pareja de unión libre o alguno de sus dependientes por otro plan de salud/seguro médico, incluido otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?/On the day this insurance/health plan coverage begins, will you, your spouse/domestic partner or any of your dependents be covered under any other medical insurance/health plan coverage, including another UnitedHealthcare plan or Medicare?

☐ SÍ (continúe completando esta sección)/YES (continue completing this section)

☐ NO (Si la respuesta es NO, omita el resto de la sección Cobertura de Otro Plan de Salud/Seguro Médico.)/NO (If NO, then skip the rest of the Other Medical Insurance/Health Plan Coverage section.)

Nombre de la otra compañía de seguros/Name of other carrier _____

Información sobre la Cobertura de Otro Plan de Salud/Seguro Médico (detalle sólo las que están cubiertas por el otro plan)/Other Group Medical Insurance/Health Plan Coverage Information (only list those covered by other plan)	Tipo (B/S/F) [†] Type (B/S/F) [†]	Fecha de Vigencia/ Effective Date MM/DD/AA	Fecha de Finalización/ End Date MM/DD/AA	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza/empleado cubierto por otro seguro/ plan de salud/Name and date of birth of policyholder/covered employee for other insurance/health plan coverage
Empleado/Employee:		/ /	/ /	
Nombre del Cónyuge/Pareja de Unión Libre/Spouse/ Domestic Partner Name:		/ /	/ /	
Dependiente/Dependent:		/ /	/ /	
Dependiente/Dependent:		/ /	/ /	
Dependiente/Dependent:		/ /	/ /	

[†]B. Ingrese 'B' cuando este dependiente esté cubierto por su plan de salud/seguro y por el de su cónyuge (casados)./Enter 'B' when this dependent is covered under both you and your spouse's insurance/health plan coverage (married).

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos de éste./Enter 'S' if you are the parent awarded custody of this dependent and no other individual is required to pay for this dependent's medical expenses.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un miembro de su familia) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente./Enter 'F' if this dependent is covered by another individual (not a member of your household) required to pay for this dependent's medical expenses.

Si usted y/o alguno de los dependientes que se inscriben están inscritos en Medicare, complete esta sección (adjunte hojas adicionales si es necesario)/If you and/or an enrolling dependent are enrolled in Medicare, complete this section (attach additional sheets if necessary):

Medicare – Nombre del Empleado/Cónyuge/Pareja de Unión Libre/Dependiente/

Medicare – Employee/Spouse/Domestic Partner/Dependent Name: _____

N.º de Identificación de Medicare/Medicare ID# _____

(Adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare)./(Please attach a copy of your Medicare ID card.)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte A/Enrolled in Part A:
Fecha de Vigencia/Effective Date ____/____/____ | <input type="checkbox"/> No elegible para la Parte A*/
Ineligible for Part A* | <input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)/
Not Enrolled in Part A (chose not to enroll) |
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte B/Enrolled in Part B:
Fecha de Vigencia/Effective Date ____/____/____ | <input type="checkbox"/> No elegible para la Parte B*/
Ineligible for Part B* | <input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)/
Not Enrolled in Part B (chose not to enroll) |
| <input type="checkbox"/> Inscrito en la Parte D/Enrolled in Part D:
Fecha de Vigencia/Effective Date ____/____/____ | <input type="checkbox"/> No elegible para la Parte D*/
Ineligible for Part D* | <input type="checkbox"/> No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)/
Not Enrolled in Part D (chose not to enroll) |
| | | <input type="checkbox"/> Discapacitado/Disabled |
| | | <input type="checkbox"/> Discapacitado pero está activo en el trabajo/
Disabled but actively at work |

Razón para la elegibilidad para Medicare/Reason for Medicare eligibility:

☐ Mayor de 65 años/Over 65 ☐ Enfermedades Renales/Kidney Disease ☐ Discapacitado/Disabled

☐ Incapacitado pero está activo en el trabajo/Disabled but actively at work

¿Está recibiendo el Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)?/Are you receiving Social Security Disability Insurance (SSDI)? ☐ SÍ/YES ☐ NO Fecha de Inicio/Start Date ____/____/____

* Sólo marque "No elegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indica que usted no es elegible para Medicare./ Only check "Ineligible" if you have received documentation from your Social Security benefits that indicate that you are not eligible for Medicare.

**F. Información sobre Otro Seguro/Cobertura Dental/
Other Dental Insurance/Coverage Information**

**Se debe completar esta sección.
(Si es necesario, adjunte una hoja)./
This section must be completed.
(Attach sheet if necessary.)**

El día que comienza la cobertura de este plan dental, ¿estará cubierto usted, su cónyuge/pareja de unión libre o alguno de sus dependientes por otro seguro/cobertura dental, incluido otro plan de UnitedHealthcare?/On the day this dental plan coverage begins, will you, your spouse/domestic partner or any of your dependents be covered under any other dental insurance/coverage, including another UnitedHealthcare plan?

☐ SÍ (continúe completando esta sección)/YES (continue completing this section)

☐ NO (Si la respuesta es NO, omita el resto de la sección Otro Seguro/Cobertura Dental.)/NO (If NO, then skip the rest of the Other Dental Insurance/Coverage section.)

Nombre de la otra compañía de seguros/Name of other carrier _____

Información sobre Otro Seguro/Cobertura Dental (detalle sólo las que están cubiertas por el otro plan)/ Other Dental Insurance/Coverage Information (only list those covered by other plan)	Tipo (B/S/F)* Type (B/S/F)*	Fecha de Vigencia/ Effective Date MM/DD/AA	Fecha de Finalización/ End Date MM/DD/AA	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza/empleado cubierto por otro seguro/plan de salud/Name and date of birth of policyholder/ covered employee for other insurance/health plan coverage
Empleado/Employee:		/ /	/ /	
Nombre del Cónyuge/Pareja de Unión Libre/Spouse/ Domestic Partner Name:		/ /	/ /	
Dependiente/Dependent:		/ /	/ /	
Dependiente/Dependent:		/ /	/ /	
Dependiente/Dependent:		/ /	/ /	

*B. Ingrese 'B' cuando este dependiente esté cubierto por su plan de salud/seguro y por el de su cónyuge (casados)./Enter 'B' when this dependent is covered under both you and your spouse's insurance/health plan coverage (married).

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos de éste./Enter 'S' if you are the parent awarded custody of this dependent and no other individual is required to pay for this dependent's medical expenses.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un miembro de su familia) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente./Enter 'F' if this dependent is covered by another individual (not a member of your household) required to pay for this dependent's medical expenses.

**G. Renuncia a la Cobertura/
Waiver of Coverage**

**Complete sólo si renuncia a la cobertura para usted y/o algún miembro de su familia./
Complete only if you are waiving coverage for yourself and/or any family member.**

Rechazo la cobertura para/I decline coverage for:

- ☐ Mi Mismo/Myself
☐ Cónyuge/Pareja de Unión Libre/
Domestic Partner
☐ Hijos Dependientes/Dependent Children
☐ Mí mismo(a) y todos los dependientes/Myself
and all dependents

Motivo para rechazar la cobertura/Declining coverage reason:

- ☐ Plan de la Empresa del Cónyuge/Spouse's Employer's Plan ☐ Plan Individual/Individual Plan
☐ COBRA/CAL-COBRA/AB-1401 de la Empresa Anterior/
COBRA/CAL-COBRA/AB-1401/COBRA/CAL-COBRA/AB-1401 from Prior Employer
☐ Cubierto por Medicare/Covered by Medicare ☐ Medicaid
☐ Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en
este momento/I (we) have no other coverage at this time
☐ Tri-Care ☐ Elegibilidad para VA/VA Eligibility ☐ Otro/Other

Apellido y Nombre del Suscriptor/Subscriber Last, First Name _____ N.º del Seguro Social/SSN _____

Reconozco que la empresa para la cual trabajo me ha explicado las coberturas disponibles y que se me ha concedido el derecho y he tenido la oportunidad de solicitar la cobertura. He decidido no inscribirme ni inscribir a mi(s) dependiente(s), si corresponde.

En este momento me rehúso a inscribirme e inscribir a mi cónyuge/pareja de unión libre y/o mi(s) dependiente(s) en el plan de salud de mi empresa. He tomado esta decisión voluntariamente y nadie ha tratado de influenciarme ni me ha presionado para que rechace la cobertura.

RECONOZCO QUE MIS DEPENDIENTES Y YO PODRÍAMOS TENER QUE ESPERAR HASTA DOCE (12) MESES PARA INSCRIBIRNOS EN EL PLAN DE SEGURO DE VIDA Y/O MÉDICO DE GRUPO Y QUE PUEDE EXISTIR UN PERÍODO DE EXCLUSIÓN PARA CONDICIONES PREEXISTENTES DE SEIS MESES A MENOS QUE YO Y/O MIS DEPENDIENTES TENGAMOS OTRA COBERTURA MÉDICA DE GRUPO. EL PERÍODO DE ESPERA DE DOCE (12) MESES NO SE APLICARÁ SI YO Y/O MIS DEPENDIENTES TENEMOS DERECHO A UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN FUERA DE CICLO DEBIDO AL CAMBIO EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS (POR EJEMPLO, LA ADQUISICIÓN O LA PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA A TRAVÉS DE UN DEPENDIENTE.)

El período de doce (12) meses no se aplicará si:

1. certifico en el momento de la inscripción inicial que la cobertura en otro plan de beneficios de salud de la empresa, Programa Healthy Families o cobertura de Medi-Cal sin participación en los costos fue el motivo para rechazar la inscripción, y pierdo la cobertura en dicho plan de beneficios de salud de la empresa, Programa Healthy Families o cobertura de Medi-Cal sin participación en los costos;
2. la empresa para la cual trabajo ofrece varios planes de beneficios de salud y elegí otro plan durante un período de inscripciones abiertas;
3. un tribunal me ordena que proporcione cobertura en este plan para un cónyuge o hijo menor de edad; o
4. tengo un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, pareja de unión libre, nacimiento, adopción o puesta en adopción y si se solicita la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, pareja de unión libre, nacimiento, adopción o puesta en adopción.

Si rechazo la inscripción para mí y/o para mi(s) dependiente(s) (que incluye mi cónyuge/pareja de unión libre) debido a la cobertura de otro plan de salud de grupo o seguro de salud, debo solicitar la inscripción en un plazo de 30 días a partir del fin de la otra cobertura (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura).

Revise cuidadosamente sus opciones antes de rechazar esta cobertura. Debe tener en cuenta que las compañías que venden seguros de salud individuales generalmente exigen una revisión de sus antecedentes médicos, que podría resultar en una prima más elevada o se le podría denegar la cobertura por completo./

I acknowledge that the available coverages have been explained to me by my employer and I know that I have been given the right and have been given the chance to apply for coverage. I have decided not to enroll myself and/or my dependent(s), if any.

I now decline to enroll myself, my spouse/domestic partner and/or my dependent(s) in my employer health plan. I have made this decision voluntarily, and no one has tried to influence me or put any pressure on me to decline coverage.

I ACKNOWLEDGE THAT MY DEPENDENTS AND I MAY HAVE TO WAIT UP TO TWELVE (12) MONTHS TO BE ENROLLED IN THE GROUP MEDICAL AND/OR LIFE INSURANCE PLAN AND THERE MAY BE A SIX-MONTH PRE-EXISTING CONDITION EXCLUSION UNLESS I AND/OR MY DEPENDENTS HAVE GROUP MEDICAL COVERAGE ELSEWHERE. THE TWELVE (12)-MONTH WAIT WILL NOT APPLY IF I AND/OR MY DEPENDENTS ARE ENTITLED TO AN OFF-CYCLE ENROLLMENT PERIOD DUE TO CERTAIN CHANGED CIRCUMSTANCES (E.G., ACQUISITION OF A DEPENDENT OR LOSS OF OTHER COVERAGE THROUGH A DEPENDENT.)

The twelve (12)-month wait will not apply if:

1. I certify at the time of initial enrollment that the coverage under another employer health benefit plan, Healthy Families Program, or no share-of-cost Medi-Cal coverage was the reason for declining enrollment, and I lose coverage under that employer health benefit plan, Healthy Families Program, or no share-of-cost Medi-Cal;
2. my employer offers multiple health benefit plans and I elected a different plan during an open enrollment period;
3. a court orders that I provide coverage under this plan for a spouse or minor child; or
4. I have a new dependent as a result of marriage, domestic partnership, birth, adoption or placement for adoption and if enrollment is requested within 30 days after the marriage, domestic partnership, birth, adoption or placement for adoption.

If I am declining enrollment for myself and/or my dependent(s) (including my spouse/domestic partner) because of other health insurance or group health plan coverage, I must request enrollment within 30 days after the other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

Please examine your options carefully before declining this coverage. You should be aware that companies selling individual health insurance typically require a review of your medical history that could result in a higher premium or you could be declined coverage entirely.

Firma del Empleado (sólo si renuncia a la cobertura para sí mismo y/o dependientes)/
Employee Signature (only if waiving coverage for self and/or dependents)

Fecha/Date

_____/_____/_____

**H. Autorización para Divulgar Información Médica y Firma de la Solicitud/
Authorization to Release Medical Information and Application Signature**

Autorizo a United HealthCare Insurance Company y sus afiliadas ("UnitedHealthcare y Afiliadas") a obtener, usar y divulgar mi registro médico, de reclamos o beneficios, incluida cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros (mi "Información de Salud Confidencial"). Entiendo que mi Información de Salud Confidencial puede contener información creada por otras personas o entidades (incluidos proveedores de atención de la salud) así como información sobre el uso de drogas, alcohol, VIH/SIDA, tratamientos de salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de atención de la salud, administrador de beneficios farmacéuticos, otra compañía de seguros, plan de servicios de atención de la salud o reasegurador, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de salud, que tengan en su poder mi Información de Salud Confidencial, a divulgar mi información a UnitedHealthcare y Afiliadas. Entiendo el propósito de la divulgación y el uso de mi Información de Salud Confidencial por parte de UnitedHealthcare y Afiliadas a fin de que tomen decisiones sobre la elegibilidad, inscripción y clasificación. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Sin embargo, dicho hecho afectará mi capacidad para inscribirme en el plan de salud o recibir beneficios, si lo autoriza la ley. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de UnitedHealthcare y Afiliadas, salvo que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo requerido por HIPAA, UnitedHealthcare y Afiliadas también solicitan que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Entiendo que la información usada u obtenida por una persona o entidad que cuente con mi autorización para ello se puede volver a divulgar (con excepción de la información de salud sobre VIH/SIDA) y ya no estará protegida por las normas federales de privacidad, excepto según lo prohibido por la ley estatal. Esta autorización, a menos que se revoque antes, vence 30 meses después de la fecha de firma.

Entiendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier contribución necesaria para la prima. Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que UnitedHealthcare y Afiliadas no son responsables por ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Por favor conserve una copia de esta autorización para sus registros./

I authorize United HealthCare Insurance Company and its affiliates ("UnitedHealthcare and Affiliates") to obtain, use and disclose my medical, claim or benefit records, including any individually identifiable health information contained in these records (my "Confidential Health Information"). I understand my Confidential Health Information may contain information created by other persons or entities (including health care providers) as well as information regarding drug and alcohol use, HIV/AIDS, mental health treatments (other than psychotherapy notes), sexually transmitted disease and reproductive health services. I authorize any health care provider, pharmacy benefit manager, other insurer, health care service plan or reinsurer, hospital, clinic or other medical facility, health care clearinghouse, who are in possession of my Confidential Health Information, to disclose my information to UnitedHealthcare and Affiliates. I understand the purpose of the disclosure and use of my Confidential Health Information is to allow UnitedHealthcare and Affiliates to make decisions regarding eligibility, enrollment and rating. I understand this authorization is voluntary and I may refuse to sign the authorization. My refusal may, however, affect my ability to enroll in the health plan or receive benefits, if permitted by law. I understand I may revoke this authorization at any time by notifying my UnitedHealthcare and Affiliates representative in writing, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. As required by HIPAA, UnitedHealthcare and Affiliates also request that I acknowledge the following, which I do: I understand that information I authorize a person or entity to obtain and use may be re-disclosed (with the exception of HIV/AIDS health information) and no longer protected by federal privacy regulations except as prohibited by state law. This authorization, unless revoked earlier, expires 30 months after the date it is signed.

I understand that I am completing a joint life and health application and that each response must be complete and accurate. I (we) request the indicated group medical coverage for myself and, if the plan provides, for my dependents. I authorize any required premium contributions to be deducted from earnings. I (we) understand that UnitedHealthcare and Affiliates is not bound by any statements I (we) have made to any agent or to any other persons, if those statements are not written or printed on this application and any attachments. Please maintain a copy of this authorization for your records.

Firma del Empleado/Employee Signature	Nombre del Empleado (por favor use letra de imprenta)/ Employee Name (please print)	Fecha/Date _____/_____/_____
---------------------------------------	--	---------------------------------

**I. Arbitraje Obligatorio y Definitivo/
Binding Arbitration**

ACEPTO Y COMPRENDO QUE SE RESOLVERÁN MEDIANTE ARBITRAJE OBLIGATORIO Y DEFINITIVO, CUALQUIERA Y TODAS LAS DISPUTAS, INCLUIDOS LOS RECLAMOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PLAN Y LOS RECLAMOS DE NEGLIGENCIA MÉDICA (ES DECIR, CON RESPECTO A SI CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS EN EL PLAN FUERON INNECESARIOS O NO FUERON AUTORIZADOS, O SE PRESTARON DE MANERA INADECUADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE), EXCEPTO EN EL CASO DE RECLAMOS SUJETOS A LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE TRABAJADORES DE 1974 (ERISA), ENTRE MI PERSONA Y MIS DEPENDIENTES INSCRITOS EN EL PLAN (INCLUIDO CUALQUIER HEREDERO O SUCESOR) Y UNITEDHEALTHCARE OF CALIFORNIA, UNITEDHEALTHCARE O CUALQUIERA DE SUS EMPRESAS MATRICES, SUBSIDIARIAS O AFILIADAS. CUALQUIERA DE TALES DISPUTAS NO SE RESOLVERÁ MEDIANTE UN JUICIO NI SE RECURRIRÁ A PROCESO JUDICIAL, EXCEPTO EN EL CASO DE QUE LA LEY FEDERAL DE ARBITRAJE ESTIPULE LA REVISIÓN JUDICIAL DE PROCEDIMIENTOS DE ARBITRAJE. TODAS LAS PARTES DE ESTE ACUERDO RENUNCIAN A SU DERECHO CONSTITUCIONAL A QUE LA DISPUTA SE RESUELVA EN UN TRIBUNAL ANTE UN JURADO, Y EN LUGAR DE ELLO, ACEPTAN USAR UN ARBITRAJE OBLIGATORIO Y DEFINITIVO DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE ARBITRAJE DE CALIFORNIA (TÍTULO 9 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL DE CALIFORNIA § 1280 ET SEQ.) EXCEPTO CUANDO TENGAN PREFERENCIA LAS LEYES FEDERALES QUE INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A, LA LEY FEDERAL DE ARBITRAJE, 9 U.S.C. SEC. 1, ET SEQ.

I AGREE AND UNDERSTAND THAT ANY AND ALL DISPUTES, INCLUDING CLAIMS RELATING TO THE DELIVERY OF SERVICES UNDER THE PLAN AND CLAIMS OF MEDICAL MALPRACTICE (THAT IS, AS TO WHETHER ANY MEDICAL SERVICES RENDERED UNDER THE HEALTH PLAN WERE UNNECESSARY OR UNAUTHORIZED OR WERE IMPROPERLY, NEGLIGENTLY OR INCOMPETENTLY RENDERED), EXCEPT FOR CLAIMS SUBJECT TO ERISA, BETWEEN MYSELF AND MY DEPENDENTS ENROLLED IN THE PLAN (INCLUDING ANY HEIRS OR ASSIGNS) AND UNITEDHEALTHCARE OF CALIFORNIA, UNITEDHEALTHCARE OR ANY OF ITS PARENTS, SUBSIDIARIES OR AFFILIATES, SHALL BE DETERMINED BY SUBMISSION TO BINDING ARBITRATION. ANY SUCH DISPUTE WILL NOT BE RESOLVED BY A LAWSUIT OR RESORT TO COURT PROCESS, EXCEPT AS THE FEDERAL ARBITRATION ACT PROVIDES FOR JUDICIAL REVIEW OF ARBITRATION PROCEEDINGS. ALL PARTIES TO THIS AGREEMENT ARE GIVING UP THEIR CONSTITUTIONAL RIGHTS TO HAVE ANY SUCH DISPUTE DECIDED IN A COURT OF LAW BEFORE A JURY, AND INSTEAD ARE ACCEPTING THE USE OF BINDING ARBITRATION IN ACCORDANCE WITH CALIFORNIA ARBITRATION LAW (TITLE 9 OF THE CALIFORNIA CODE OF CIVIL PROCEDURE § 1280 ET SEQ.) EXCEPT WHERE SUCH LAWS MAY BE PREEMPTED BY FEDERAL LAW INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO, THE FEDERAL ARBITRATION ACT, 9 U.S.C. SEC. 1, ET SEQ.

Firma del Empleado (obligatoria)/ Employee Signature (required)	Nombre del Empleado (por favor use letra de imprenta) (obligatorio)/Employee Name (please print) (required)	Fecha (obligatoria)/ Date (required)
		____/____/____

J. Información del Censo/Census Information

NOTA: Los datos recopilados en esta sección sólo se utilizarán para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no será utilizada en el proceso de elegibilidad./NOTE: Data collected in this section will be used only to help communicate with enrollees and inform them of specific programs to enhance their well-being. This information will not be used in the eligibility process.

1. Raza, marque todas las que correspondan/Race, check all that apply:

- ☐ Blanco/White ☐ Negro, Afroamericano/Black, African-American ☐ Nativo de Hawai/de otra Isla del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander
☐ Hispano/Latino/Hispanic/Latino ☐ Indioamericano/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native ☐ Asiático/Asian
☐ Otra raza, por favor especifique/Other Race, please specify _____

Cobertura proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas":

Cobertura médica proporcionada por United HealthCare Insurance Company o UnitedHealthcare of California. Cobertura dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company, Unimerica Life Insurance Company, PacifiCare Life and Health Insurance Company o Dental Benefit Providers of California, Inc. Cobertura de Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Life Insurance Company. Cobertura de la Vista proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Life Insurance Company.

Los servicios administrativos son proporcionados por PacifiCare Health Plan Administrators, Inc., UnitedHealthcare Insurance Company, United HealthCare Services, Inc., Prescription Solutions o OptumHealth Care Solutions, Inc.

Los productos de salud conductual son proporcionados por U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC) o United Behavioral Health (UBH).

LAS LEYES DE CALIFORNIA PROHIBEN QUE LOS PLANES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS EXIJAN O USEN UN EXAMEN DE DETECCIÓN DEL VIH COMO CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA./

Coverage provided by "UnitedHealthcare and Affiliates":

Medical coverage provided by United HealthCare Insurance Company or UnitedHealthcare of California. Dental coverage provided by United HealthCare Insurance Company, Unimerica Life Insurance Company, PacifiCare Life and Health Insurance Company, or Dental Benefit Providers of California, Inc. Life Insurance coverage provided by United HealthCare Insurance Company or Unimerica Life Insurance Company. Vision coverage provided by United HealthCare Insurance Company or Unimerica Life Insurance Company.

Administrative services provided by PacifiCare Health Plan Administrators, Inc., UnitedHealthcare Insurance Company, United HealthCare Services, Inc., Prescription Solutions, or OptumHealth Care Solutions, Inc.

Behavioral health products are provided by U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC) or United Behavioral Health (UBH).

CALIFORNIA LAW PROHIBITS AN HIV TEST FROM BEING REQUIRED OR USED BY HEALTH CARE SERVICE PLANS AND INSURANCE COMPANIES AS A CONDITION OF OBTAINING COVERAGE.

