



# GRUPO PARA EMPRESAS PEQUEÑAS FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y MODIFICACIÓN

Los planes médicos y de vida/AD&D son brindados por Health Net of California, Inc. y/o por Health Net Life Insurance Company (en conjunto, las "Entidades de Health Net"). Los planes HMO dentales son provistos por Dental Benefit Providers of California, Inc. y los planes de seguro de indemnización y PPO dentales son suscritos por Unimerica Insurance Company, (en conjunto, las "Entidades de DBP"). Los planes para la vista son provistos por Fidelity Security Life Insurance Company y atendidos por Eyemed Vision Care LLC (en conjunto, las "Entidades de Fidelity").

Ni las Entidades de DBP ni las Entidades de Fidelity están afiliadas a las Entidades de Health Net. Las obligaciones estipuladas en los planes dentales y para la vista no son obligaciones de las Entidades de Health Net ni están garantizados por estas.

## Bienvenidos a Health Net

### PASOS SIMPLES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO:

- 1) Revise el material que le enviamos en su paquete de inscripción. Asegúrese de comprender las opciones de cobertura disponibles para usted a través de su empleador.
- 2) Revise y seleccione cuidadosamente las opciones del plan que sean más convenientes para usted y los miembros de su familia cubiertos.
- 3) Si decide inscribirse en HMO, HMO Silver Network, HMO Salud con Health Net, SELECT (POS), ELECT Open Access (EOA) o Dental HMO (DHMO), debe seleccionar también su proveedor de servicios dentales, su grupo de médicos y su médico de cabecera. Asegúrese de completar los nombres y números tal cual aparecen en el Directorio de Proveedores de HMO Health Net o, ante cualquier consulta, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

**Grupo para Pequeñas Empresas (Inglés):** 1-800-361-3366

**Grupo para Pequeñas Empresas (Español):** 1-800-331-1777

**Grupo para Pequeñas Empresas (Mandarín):** 1-877-891-9053

**Health Net Vida:** 1-800-865-6288

**Health Net Dental:** 1-866-249-2382

**Health Net Vista:** 1-866-392-6058

- 4) Si opta por un plan PPO o Flex Net, no es necesario que elija un médico de cabecera o grupo de médicos para inscribirse.
- 5) Haga una copia de la solicitud completada para sus registros.

Post Office Box 9103

Van Nuys, California 91409-9103

[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y MODIFICACIÓN DE HEALTH NET DE GRUPO PARA PEQUEÑAS EMPRESAS

(Las secciones 1, 2, 3, 4 y 8 son obligatorias.)

**IMPORTANTE: LLENE TODAS LAS SECCIONES EN LETRA DE IMPRENTA Y CON TINTA NEGRA.**

NOMBRE DEL EMPLEADOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR	
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	NÚMERO DE GRUPO DEL EMPLEADOR (Médico)
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

1 COBERTURA SELECCIONADA

PPO	HSA	HMO	HMO SILVER NETWORK	EOA	H <sup>a</sup> OPCIONES	SALUD CON HEALTH NET	DENTAL
<b>Estándar</b> <input type="checkbox"/> PPO 10 <input type="checkbox"/> PPO 20 <input type="checkbox"/> PPO 30 <input type="checkbox"/> PPO 40 <b>Valor</b> <input type="checkbox"/> PPO 10 <input type="checkbox"/> PPO 20 <input type="checkbox"/> PPO 30 <input type="checkbox"/> PPO 40	<input type="checkbox"/> HSA 2000 <input type="checkbox"/> HSA 3000 <input type="checkbox"/> HSA 4000 <input type="checkbox"/> HSA 1500 <b>Valor</b> <input type="checkbox"/> HSA 2500 <input type="checkbox"/> HSA 3500 <input type="checkbox"/> HSA 4500	<b>Estándar</b> <input type="checkbox"/> HMO 10 <input type="checkbox"/> HMO 20 <input type="checkbox"/> HMO 30 <input type="checkbox"/> HMO 40 <b>Valor</b> <input type="checkbox"/> HMO 10 <input type="checkbox"/> HMO 20 <input type="checkbox"/> HMO 30 <input type="checkbox"/> HMO 40	<b>Estándar</b> <input type="checkbox"/> HMO 10 <input type="checkbox"/> HMO 20 <input type="checkbox"/> HMO 30 <input type="checkbox"/> HMO 40 <b>Valor</b> <input type="checkbox"/> HMO 10 <input type="checkbox"/> HMO 20 <input type="checkbox"/> HMO 30 <input type="checkbox"/> HMO 40	<b>Estándar</b> <input type="checkbox"/> EOA 10 <input type="checkbox"/> EOA 20 <input type="checkbox"/> EOA 30 <input type="checkbox"/> EOA 40 <b>Valor</b> <input type="checkbox"/> EOA 10 <input type="checkbox"/> EOA 20 <input type="checkbox"/> EOA 30 <input type="checkbox"/> EOA 40	<input type="checkbox"/> Options PPO 250 <input type="checkbox"/> Options PPO 500 <input type="checkbox"/> Options PPO 1500 <input type="checkbox"/> Options PPO 1750 <input type="checkbox"/> Options PPO 3000 <i>(compatible con HSA)</i> <input type="checkbox"/> Options PPO 4000 <i>(compatible con HSA)</i> <input type="checkbox"/> Options PPO 25 <input type="checkbox"/> Options PPO 35 <input type="checkbox"/> Options HMO 25 Silver <input type="checkbox"/> Options HMO 35 Silver <input type="checkbox"/> Options EOA 25 <input type="checkbox"/> Options EOA 35	<b>Salud HMO y Más</b> <input type="checkbox"/> Salud HMO y Más 15 <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Salud HMO y Más 25 <sup>1</sup>  <input type="checkbox"/> Salud PPO <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Salud EPO <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Salud Mexico <sup>3</sup>  <b>FLEX NET</b> <input type="checkbox"/> Indemnización <i>(Sólo fuera del área de servicio)</i>	<b>DENTAL</b> <b>DHMO</b> <input type="checkbox"/> HN Value Plan  <input type="checkbox"/> HN Plus Plan  <b>DPPO</b> <input type="checkbox"/> Plus Plan _____ <input type="checkbox"/> Preferred Value Plan _____ <input type="checkbox"/> Value Plan _____  <b>PPO VISTA</b> <input type="checkbox"/> Preferred 1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-3 <input type="checkbox"/> Value 10-2
POS							
<input type="checkbox"/> POS 10 <input type="checkbox"/> POS 20							

<sup>1</sup> Disponible en los condados de Los Angeles, Orange y algunos códigos postales de Riverside y San Bernardino.  
<sup>2</sup> Disponible en los condados de Los Angeles, Orange y Ventura.  
<sup>3</sup> Disponible en los condados de San Diego e Imperial.

MOTIVO DEL CAMBIO:

- Cambio de plan     Cambio de domicilio/nombre
- Eliminación de dependiente (indique los nombres a continuación)
- Otros \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

- Nueva contratación    Fecha de contratación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Inscripción Abierta     Fecha de la pérdida de cobertura anterior \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Fecha de inicio de vigencia de COBRA<sup>1</sup> \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Agregar dependiente: Evento habilitante \_\_\_\_\_  
Fecha del evento habilitante \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>4</sup> Los empleadores que tuvieron 20 o más empleados durante el año calendario anterior están sujetos a COBRA federal. Los empleadores que tuvieron con entre 2 y 19 empleados durante, por lo menos, el 50% de sus días hábiles durante el año calendario anterior, están sujetos a Cal-COBRA. Consulte con su asesor legal si necesita ayuda para determinar cuál ley es la que le corresponde.

2 INFORMACIÓN PERSONAL DEL EMPLEADO

Apellido		Nombre		Iniciales del 2.º nombre	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección residencial			Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Mes/Día/Año	N.º de Seguro Social/N.º de Identificación de Matrícula		Puesto de Trabajo	
Número de Teléfono (       )		Teléfono del Trabajo (       )		Dirección de Correo Electrónico	
Fecha de Contratación / /	Clase	N.º de Dept.	Estado del Empleo <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Por hora	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	
Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B		N.º del Grupo Médico Participante/PPG		N.º del Médico de Cabecera de Health Net/PCP	
Nombre y Apellido del Médico				¿Es actualmente su médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de Identificación del Proveedor Dental de HMO
Para los miembros de Salud con Health Net: De ser posible, preferiría recibir comunicaciones o información sobre el plan en español. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

--

**3 INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA** Incluya a todos los miembros elegibles de la familia que se afiliarán.  
(Si es necesario, adjunte más hojas)

<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> M	Apellido	Nombre	Iniciales del 2.º nombre
<input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	<input type="checkbox"/> F			
Dirección residencial <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del beneficiario		Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año		N.º de Seguro Social/N.º de Identificación de Matrícula		
Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B		Dependiente Mayor de Edad No corresponde		N.º del Grupo Médico Participante/PPG
N.º del Médico de Cabecera de Health Net/PCP		Nombre y Apellido del Médico	¿Es actualmente su médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de Identificación del Proveedor Dental de HMO
<input type="checkbox"/> Hijo		Apellido	Nombre	Iniciales del 2.º nombre
<input type="checkbox"/> Hija				
Dirección residencial <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del beneficiario		Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año		N.º de Seguro Social/N.º de Identificación de Matrícula		
Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B		Dependiente Mayor de Edad <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Respaldo de más del 50%		N.º del Grupo Médico Participante/PPG
N.º del Médico de Cabecera de Health Net/PCP		Nombre y Apellido del Médico	¿Es actualmente su médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de Identificación del Proveedor Dental de HMO
<input type="checkbox"/> Hijo		Apellido	Nombre	Iniciales del 2.º nombre
<input type="checkbox"/> Hija				
Dirección residencial <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del beneficiario		Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año		N.º de Seguro Social/N.º de Identificación de Matrícula		
Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B		Dependiente Mayor de Edad <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Respaldo de más del 50%		N.º del Grupo Médico Participante/PPG
N.º del Médico de Cabecera de Health Net/PCP		Nombre y Apellido del Médico	¿Es actualmente su médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de Identificación del Proveedor Dental de HMO
<input type="checkbox"/> Hijo		Apellido	Nombre	Iniciales del 2.º nombre
<input type="checkbox"/> Hija				
Dirección residencial <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del beneficiario		Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año		N.º de Seguro Social/N.º de Identificación de Matrícula		
Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B		Dependiente Mayor de Edad <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Respaldo de más del 50%		N.º del Grupo Médico Participante/PPG
N.º del Médico de Cabecera de Health Net/PCP		Nombre y Apellido del Médico	¿Es actualmente su médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de Identificación del Proveedor Dental de HMO
<input type="checkbox"/> Hijo		Apellido	Nombre	Iniciales del 2.º nombre
<input type="checkbox"/> Hija				
Dirección residencial <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del beneficiario		Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año		N.º de Seguro Social/N.º de Identificación de Matrícula		
Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B		Dependiente Mayor de Edad <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Respaldo de más del 50%		N.º del Grupo Médico Participante/PPG
N.º del Médico de Cabecera de Health Net/PCP		Nombre y Apellido del Médico	¿Es actualmente su médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de Identificación del Proveedor Dental de HMO
<input type="checkbox"/> Hijo		Apellido	Nombre	Iniciales del 2.º nombre
<input type="checkbox"/> Hija				
Dirección residencial <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del beneficiario		Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año		N.º de Seguro Social/N.º de Identificación de Matrícula		
Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B		Dependiente Mayor de Edad <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Respaldo de más del 50%		N.º del Grupo Médico Participante/PPG
N.º del Médico de Cabecera de Health Net/PCP		Nombre y Apellido del Médico	¿Es actualmente su médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de Identificación del Proveedor Dental de HMO

--

**4 ¿CUENTAN USTED O SUS DEPENDIENTES CON OTRA COBERTURA MÉDICA?**

Si es así, complete esta sección, incluyendo Medicare.

<input type="checkbox"/> Usted	Nombre	Nombre de la Otra Compañía de Seguros			Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año					
Fecha de Finalización de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año		Motivos de la Terminación de la Cobertura		N.º de Grupo/ N.º de Identificación de la Póliza	¿Cubre lo siguiente? Médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	N.º de Reclamo de Medicare/HICN		
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	Nombre	Nombre de la Otra Compañía de Seguros			Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año					
Fecha de Finalización de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año		Motivos de la Terminación de la Cobertura		N.º de Grupo/ N.º de Id. de la Póliza	¿Es esta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cubre lo siguiente? Médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	N.º de Reclamo de Medicare/HICN
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre	Nombre de la Otra Compañía de Seguros			Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año					
Fecha de Finalización de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año		Motivos de la Terminación de la Cobertura		N.º de Grupo/ N.º de Id. de la Póliza	¿Es esta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cubre lo siguiente? Médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	N.º de Reclamo de Medicare/HICN
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre	Nombre de la Otra Compañía de Seguros			Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año					
Fecha de Finalización de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año		Motivos de la Terminación de la Cobertura		N.º de Grupo/ N.º de Id. de la Póliza	¿Es esta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cubre lo siguiente? Médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	N.º de Reclamo de Medicare/HICN
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre	Nombre de la otra Compañía de Seguros			Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año					
Fecha de Finalización de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año		Motivos de la Terminación de la Cobertura		N.º de Grupo/ N.º de Id. de la Póliza	¿Es esta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cubre lo siguiente? Médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	N.º de Reclamo de Medicare/HICN
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre	Nombre de la Otra Compañía de Seguros			Fecha de Inicio de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año					
Fecha de Finalización de la Cobertura Anterior Mes  Día   Año		Motivos de la Terminación de la Cobertura		N.º de Grupo/ N.º de Id. de la Póliza	¿Es esta la cobertura primaria de su dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cubre lo siguiente? Médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	N.º de Reclamo de Medicare/HICN

**5 SU EMPLEADOR COMPLETA ESTA SECCIÓN (Si está solicitando Vida y AD&D Grupal.)**

Fecha de Inicio de Vigencia	Salario Anual	Ocupación	Tipo de Vida	Monto de Vida/AD&D
-----------------------------	---------------	-----------	--------------	--------------------

**6 SEGURO DE VIDA TEMPORAL BAJO CONTRATO GRUPAL Si corresponde. (Adjunte otra hoja para beneficiarios adicionales o eventuales.)**

Cobertura de Vida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, estoy solicitando <input type="checkbox"/> Vida Básica/AD&D \$ _____ <input type="checkbox"/> Vida para dependientes \$ _____		
Beneficiario del Seguro de Vida (Nombre completo)	Relación	%
Beneficiario del Seguro de Vida (Nombre completo)	Relación	%
Beneficiario del Seguro de Vida (Nombre completo)	Relación	%
Beneficiario del Seguro de Vida (Nombre completo)	Relación	%

\_\_\_\_\_

**7 DECLINACIÓN DE COBERTURA (Complete esta sección si alguna cobertura va a rechazarse, ya sea por usted o por sus dependientes elegibles.)**

**Declina la Cobertura Médica para:**

\_\_\_\_\_  Usted  Cónyuge  Pareja Doméstica  Dependiente(s)

**Motivo:**  Otra cobertura grupal a través de este empleador  Cobertura Individual

Otra cobertura grupal de otro grupo (por ejemplo a través del empleador del cónyuge)  Otros \_\_\_\_\_

**Declina la cobertura dental para:**

\_\_\_\_\_  Usted  Cónyuge  Pareja Doméstica  Dependiente(s)

**Motivo:**  Otra cobertura grupal a través de este empleador  Cobertura Individual

Otra cobertura grupal de otro grupo (por ejemplo a través del empleador del cónyuge)  Otros \_\_\_\_\_

**Declina la cobertura para la vista para:**

\_\_\_\_\_  Usted  Cónyuge  Pareja Doméstica  Dependiente(s)

**Motivo:**  Otra cobertura grupal a través de este empleador  Cobertura Individual

Otra cobertura grupal de otro grupo (por ejemplo a través del empleador del cónyuge)  Otros \_\_\_\_\_

**LEA CUIDADOSAMENTE.**

Las coberturas disponibles me han sido explicadas por mi empleador. Se me ha brindado la posibilidad de solicitar las coberturas disponibles. He decidido no afiliarme ni afiliarme a mis dependientes.

**Al rechazar la cobertura, entiendo que mis dependientes y yo quizá debamos esperar para afiliarnos hasta el próximo período de Inscripciones Abiertas o evento habilitante. Además, a través de mi firma a continuación certifico que el motivo de rechazo de la cobertura es preciso de acuerdo a lo indicado en los casilleros marcados anteriormente.**

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(FIRME SÓLO SI RECHAZA LA COBERTURA. SI FIRMÓ POR ERROR, TACHE LA FIRMA Y ESCRIBA SUS INICIALES.)**

**8 ACEPTACIÓN DE COBERTURA (se requiere firma.)**

**UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD:** Reconozco y entiendo que los proveedores de atención médica pueden divulgar información relacionada con mi salud o la de mis dependientes a las Entidades de Health Net, las Entidades de SafeGuard y/o las Entidades de Fidelity. Las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity utilizan y pueden divulgar esta información a los efectos de tratamiento, pago y operaciones del plan de salud incluyendo, entre otros, la gestión de la utilización, la mejora de la calidad y programas de administración de enfermedades o de casos. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Health Net se incluye en la evidencia de cobertura o el certificado de seguro para la cobertura suscrita por las Entidades de Health Net. También puedo obtener una copia de este Aviso en el sitio web [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o a través del Centro de Atención al Cliente de Health Net.

**AVISO:** Para su protección, las leyes de California requieren que el siguiente mensaje aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para conseguir el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

**Las leyes de California prohíben que las compañías de seguro de salud requieran o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.**

**ACEPTACIÓN Y ACUERDO:** Entiendo y acepto que al inscribirme en las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity o aceptar sus servicios, yo y cualquier dependiente inscrito estamos obligados a entender y acatar las cláusulas, condiciones y disposiciones del Contrato del Plan o la Póliza de Seguro. He leído y comprendido los términos de esta Solicitud y mi firma a continuación indica que la información provista en dicha Solicitud está completa, es verdadera y correcta, y que acepto estos términos.

**ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE: Sujeto a los términos del Contrato del Plan o la Póliza de Seguro (que puede prohibir EL arbitraje obligatorio para algunas disputas si el Contrato del Plan o la Póliza de Seguro se rigen por la sección 1001, y siguientes de ERISA, 29 U.S.C.),** Yo, el Empleado, entiendo y acepto que toda disputa o desacuerdo que surja entre mi persona (incluyendo cualquiera de los miembros de mi familia afiliados o sus herederos o representantes personales) y las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity, concernientes a la construcción, interpretación, realización o incumplimiento del Contrato del Plan o la Póliza de Seguro o concernientes a otras cuestiones relacionadas o que surjan de mi afiliación a las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity, que estén basadas en agravios, contratos u otros, y ya sea que otras partes tales como los proveedores de atención médica o sus agentes o empleados se vean también involucrados, deben ser sometidas a un arbitraje definitivo y vinculante en vez de ser sometidas a juicio con juez o jurado. Entiendo que, al aceptar someter todas las disputas a un arbitraje definitivo y vinculante, todas las partes, incluyendo las entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity están renunciando a sus derechos constitucionales de que sus disputas sean resueltas en un tribunal de justicia ante un jurado. También entiendo que las disputas que pueda tener con las Entidades de Health Net, las Entidades de DBP y/o las Entidades de Fidelity, que involucren reclamos por mala praxis médica, también están sujetas a un arbitraje definitivo y vinculante. Se incluye una disposición de arbitraje mucho más detallada en el Contrato del Plan o la Póliza de Seguro. Mi firma a continuación indica que estoy de acuerdo con someter cualquier disputa al arbitraje vinculante.

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

“Contrato del Plan” se refiere al Contrato de Servicio Grupal y Evidencia de Cobertura de Health Net of California, Inc. y/o Dental Benefits Providers of California, Inc.. “Póliza de Seguro” se refiere a la Póliza Grupal y Certificado de Seguro de Health Net Life Insurance Company, Unimerica Insurance Company y/o Fidelity Security Life Insurance Company.

Si necesita ayuda para completar este formulario o tiene dudas con respecto a su cobertura, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Health Net a los números telefónicos gratuitos que aparecen a continuación:

Inglés	1-800-361-3366
Cantonés	1-877-891-9050
Coreano	1-877-339-8596
Mandarín	1-877-891-9053
Español	1-800-331-1777
Tagalo	1-877-891-9051
Vietnamita	1-877-339-8621

Si tiene dudas con respecto a su cobertura dental o para la vista, llame al:

Dental	1-866-249-2382
Vista	1-866-392-6058

Si tiene dudas sobre su médico o grupo de médicos, comuníquese directamente con su grupo de médicos o con Servicios al Proveedor de Health Net al 1-800-641-7761.

Puede usar su copia del formulario de afiliación a Health Net como tarjeta de identificación temporal hasta que reciba su tarjeta de identificación permanente.

**Afiliados a HMO, HMO Silver Network, Salud con Health Net HMO, SELECT, ELECT Open Access, EPO Dental HMO:**  
*Selección del Grupo Médico Participante (Participating Physician Group, PPG), Médico de Cabecera y Proveedor Dental.*

Tenga en cuenta que si no elige un grupo médico participante, un Médico de Cabecera o un Proveedor Dental para usted y cada uno de sus dependientes elegibles, nosotros los elegiremos por usted.

#### *Atención de emergencias y urgencias*

- **Si su situación pone en riesgo su vida o es una emergencia:** Llame al **911** o vaya al Hospital más cercano.
- Si su situación no es tan grave: Si no puede comunicarse con su Médico de Cabecera o su grupo médico, o si necesita atención médica inmediata, vaya al centro médico u hospital más cercano.
- **Si se encuentra fuera del área de servicio de su grupo médico:** Vaya al hospital o centro médico más cercano, o llame al **911**.  
En todos los casos, comuníquese con su Médico de Cabecera o con su grupo médico tan pronto como sea posible para informarles sobre su condición.

#### **Afiliados a PPO, FLEX NET:**

##### *Atención de emergencias y urgencias*

- **Si su situación pone en riesgo su vida o es una emergencia:**  
Llame al **911** o vaya al hospital más cercano. Llame al número correspondiente dentro de las 48 horas de su admisión, o tan pronto como sea posible.

#### **CERTIFICACIÓN PREVIA**

El afiliado, es decir, usted, es responsable de obtener la certificación para ciertos servicios. Verifique su certificado del plan para obtener un listado de los servicios que requieren certificación previa.

**Para obtener la certificación previa, llame al 1-800-977-7282**

#### *Condiciones preexistentes y cobertura acreditable*

De acuerdo con los planes de beneficios de PPO, EPO y Flex Net, su cobertura puede estar sujeta a limitaciones sobre condiciones preexistentes durante un período máximo de seis meses a partir de la fecha de inicio de vigencia de su afiliación. De acuerdo con las leyes estatales y federales, Health Net Life Insurance Company acreditará toda cobertura previa que usted documente al momento en que solicita la inscripción en PPO, EPO o FLEX NET, siempre y cuando dicha cobertura previa se califique como "cobertura acreditable" según lo estipulado por las leyes federales y estatales. La cobertura acreditable se aplicará para compensar (en parte o en su totalidad) la limitación por enfermedades preexistentes, que puede aplicarse a su cobertura de acuerdo con esta póliza. Si al momento de inscribirse usted no puede proporcionar la documentación de la cobertura acreditable auténtica, Health Net Life Insurance Company puede brindarle ayuda para obtener la documentación necesaria, si así lo solicita. Nota: La cobertura anterior que se interrumpe por un período de 63 días (o 180 días si fue finalizada por su empleador) o más, no reúne los requisitos como cobertura acreditable.

#### **Enfermedades que producen incapacidad:**

Si usted o un miembro de su familia estuvieran incapacitados a la fecha de terminación de la cobertura con la compañía de seguros de salud anterior y la pérdida de cobertura se debiera a la terminación de la póliza de seguro del empleador, puede tener derecho a una extensión de los beneficios de salud, de acuerdo con el Código de Seguros de California, Sección 10128. Según esta ley, la compañía aseguradora anterior conserva la responsabilidad hasta que ocurra el primero de cualquiera de los siguientes eventos: (a) el miembro ya no está totalmente incapacitado; (b) se pagaron los beneficios máximos de la cobertura de la compañía aseguradora anterior o, (c) ha transcurrido un período de 12 meses consecutivos desde la fecha en que finalizó la cobertura con la compañía aseguradora anterior.

#### **Productos/entidades:**

Health Net of California, Inc. ofrece los siguientes productos: ELECT Open Access, HMO y SELECT POS.

Health Net Life Insurance Company ofrece los siguientes productos: EPO, Flex Net, PPO, Salud con Health Net EPO y PPO, Seguro de vida y de AD&D.

Dental Benefit Providers of California, Inc. ofrece los siguientes productos: Dental HMO (DHMO).

Unimerica Insurance Company ofrece los siguientes productos: Dental PPO e Dental Indemnización .

Fidelity Security Life Insurance Company le ofrece los siguientes productos atendidos por EyeMed Vision Care, LLC: PPO Vista.

#### **Declinación de la cobertura:**

Si declina la cobertura para usted o para un dependiente elegible debido a que cuenta con cobertura de otro seguro de salud y pierde esa cobertura, o si surge un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, usted y su dependiente pueden ser elegibles para los derechos especiales de afiliación. Debe solicitar la afiliación especial dentro de un lapso de 30 días a partir de la pérdida de cobertura o desde el momento en que surge el nuevo dependiente.

