

Formulario de Inscripción/ Enrollment Form

Instrucciones

Sección 1: Información Personal

Por favor proporcione la información solicitada.

Sección 2: Cobertura Seleccionada

- Seleccione sólo los planes que le ofrece su Empresa.
- Seleccione la persona que recibirá la cobertura para cada plan que ofrece su Empresa.

Sección 3: Información del Empleado y Dependientes

- Indique su nombre y el de los miembros de su familia que recibirán cobertura. Si es necesario, adjunte hojas adicionales.
- El Número de Seguro Social es un campo obligatorio para usted y cada uno de los miembros de su familia.
- Seleccione un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) 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.

La selección de un PCP sólo es necesaria si se selecciona un plan UnitedHealthcare of California SignatureValue™ (HMO) o UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage (HMO Value). Si no selecciona un PCP al seleccionar uno de estos planes, automáticamente se le asignará un PCP.

- Verifique que la cobertura de pareja de unión libre esté disponible a través de su Empresa.
- Los Dependientes que superen la edad límite deberán presentar un comprobante de su calidad de estudiante de tiempo completo o de incapacidad permanente en un plazo de 31 días después de la inscripción.

Sección 4: Coordinación de Beneficios/Información sobre Otras Compañías de Seguros

Por favor proporcione la información solicitada, si corresponde.

Firma del Empleado

Usted puede:

Aceptar la cobertura de servicios de cuidado de la salud provistos a través de la Empresa para la cual trabaja al firmar en el espacio designado en el formulario de inscripción. Su firma indica que ha leído, entiende y acepta los términos y condiciones que se explican a continuación. Su firma en el presente documento también indica que acepta las deducciones de nómina (si fuese necesario) para pagar su parte del costo.

O

Puede renunciar a la cobertura de los servicios de cuidado de la salud que recibe a través de su Empresa para usted, su cónyuge o sus Dependientes al firmar el FORMULARIO DE RECHAZO DE COBERTURA. Le recomendamos encarecidamente que lea todo el formulario con atención antes de firmarlo y ponerle la fecha. Por favor, solicite el Formulario de Rechazo de Cobertura a la Empresa para la cual usted trabaja.

Instructions

Section 1: Personal Information

Please complete information requested.

Section 2: Selected Coverage

- Select only the plans offered by your Employer.
- For each plan your Employer offers, select the individual to be covered.

Section 3: Employee & Dependent Information

- List yourself and family members to be covered. You may attach additional sheets if necessary.
- Social Security Number is a required field for you and each of your family members.
- Select a Primary Care Physician (PCP) from the *Provider Directory* for you 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 in your family.
PCP selection is only required if a UnitedHealthcare of California SignatureValue™ (HMO) or UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage (HMO Value) plan is selected. If you do not select a PCP when selecting one of these plans, a PCP will be automatically assigned to you.
- Verify that domestic partner coverage is available through your Employer.
- Over-age Dependents require proof of full-time student status or permanent disability status within 31 days of enrollment.

Section 4: Benefit Coordination/Other Insurance Carrier Information

Please complete information requested, if applicable.

Employee Signature

You can either:

Accept the health care services coverage provided through your Employer by signing the space provided on the enrollment form. Your signature indicates that you have read, understand and agree to the terms and conditions below. Affixing your signature also indicates your acceptance of payroll deductions (if necessary) to pay your share of the cost.

OR

You can waive the health care services coverage provided through your Employer for yourself, your spouse or your Dependents by signing the DECLINATION OF COVERAGE FORM. We strongly recommend that you read through the entire form carefully before signing your name in ink and dating it. Please request the Declination of Coverage Form from your Employer.

**Términos y Condiciones –
Por favor lea detenidamente antes de firmar**

En nombre de mis Dependientes elegibles y del mío propio, por este medio solicito cobertura de los servicios de cuidado de la salud indicados en el Plan de Salud de Grupo de UnitedHealthcare que se ofrecen a través de mi Empresa, y entiendo y acepto lo siguiente:

1. Cumplir con lo estipulado en el Contrato de Suscriptor del Plan de Grupo Médico y de Hospital de UnitedHealthcare (“Contrato”) si he seleccionado alguno de los planes UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO), UnitedHealthcare SignatureValue™ - HealthCare Partners Network (HMO), UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage o UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage - Plan BienSM (HMO).
2. Mi Empresa puede deducir de mis ingresos la contribución de empleado requerida para cubrir mi porción de la prima, si la hay.
3. UnitedHealthcare o un designado puede tener acceso y/o podrá hacer uso de mis registros médicos y de los registros médicos de mis Dependientes inscritos, incluidos los registros médicos de salud mental y los registros médicos de tratamiento o prevención del abuso de alcohol y drogas, para los fines de Revisión de Utilización, Control de Calidad, Encuestas, Procesamiento de Reclamos, Auditorías Financieras, o para otros fines razonablemente relacionados con el desempeño del tratamiento del paciente, pagos o gestiones de cuidado de la salud del Contrato o la Póliza.
4. Cualquier omisión material o representación falsa al contestar las preguntas en esta solicitud puede resultar en la negación de los beneficios y en la cancelación de mi afiliación y/o la de mis Dependientes en la póliza de seguro con UnitedHealthcare Insurance Company.
5. La cobertura no comenzará antes de que UnitedHealthcare acepte esta afiliación. Al aceptar esta solicitud, UnitedHealthcare habrá de acatar los términos del Contrato o Póliza y las Enmiendas a los mismos.
6. He recibido, leído y entiendo el Formulario de Divulgación de Información de UnitedHealthcare, el Directorio de Grupos Médicos Participantes y una copia de este Formulario de Inscripción.
7. Mis Dependientes y yo debemos radicar en California y residir o trabajar en una de las áreas de servicio de UnitedHealthcare de California si nos inscribimos en el plan UnitedHealthcare SignatureValue™.
8. Si mis Dependientes o yo elegimos UnitedHealthcare SignatureValue™ o UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage, seleccionaremos un Médico de Atención Primaria cuyo consultorio esté ubicado dentro de un radio de 30 millas de nuestro Lugar de Residencia o Trabajo Principales.

**Terms and Conditions –
Please read carefully before signing**

On behalf of myself and my eligible Dependents, I hereby apply for health care services coverage indicated in UnitedHealthcare’s Group Health Plan offered through my Employer, and agree to and understand the following:

1. To be bound by the UnitedHealthcare Medical and Hospital Group Subscriber Agreement (“Agreement”) if I have chosen the UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO), UnitedHealthcare SignatureValue™ - HealthCare Partners Network (HMO), UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage or UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage - Plan BienSM (HMO).
2. My Employer may deduct from my earnings the employee contribution required to cover my share of the premium, if any.
3. UnitedHealthcare or a designee may access and/or use my medical records and the medical records of my enrolled Dependents, including mental health medical records and medical records from drug and alcohol abuse treatment or prevention, for purposes of Utilization Review, Quality Assurance, Surveys, Processing of Claims, Financial Audit or other purposes reasonably related to the performance of treatment, payment, or health care operations of the Agreement or Policy.
4. Any material omission or misrepresentation in answering the questions on this application may result in the denial of benefits and the termination of my and/or my Dependents’ membership in the insurance policy with UnitedHealthcare Insurance Company.
5. Coverage shall not begin until acceptance of this enrollment by UnitedHealthcare. Upon acceptance of this application, UnitedHealthcare shall be bound by the terms of the Agreement or Policy, and any Amendments thereto.
6. I have received, read and understand the UnitedHealthcare Disclosure Form, Directory of Participating Medical Groups and a copy of this Enrollment Form.
7. My Dependents and I must reside in California and live or work in UnitedHealthcare of California’s service area if enrolling in the UnitedHealthcare SignatureValue™ plan.
8. If my Dependents or I elect UnitedHealthcare SignatureValue™ or UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage, we will select a Primary Care Physician within a 30-mile radius of our Primary Residence or Primary Workplace.

**UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO) y
UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage (HMO Value
Network)/
UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO) and
UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage (HMO Value
Network)**

P.O. Box 30981
Salt Lake City, UT 84130
1-800-624-8822
1-800-442-8833 (TDHI)
1-866-372-1316 (Fax)

Visite nuestro sitio de Internet en www.uhcwest.com/
Visit our Web site @ www.uhcwest.com

Cobertura proporcionada por UnitedHealthcare y Afiliadas. Cobertura médica proporcionada por o a través de UnitedHealthcare Insurance Company o UnitedHealthcare of California. Cobertura dental proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company, Unimerica Life Insurance Company o Dental Benefit Providers of California, Inc. Cobertura de la vista proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company o Unimerica Life Insurance Company./Coverage provided by UnitedHealthcare and Affiliates. Medical coverage provided by or through UnitedHealthcare Insurance Company or UnitedHealthcare of California. Dental coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company, Unimerica Life Insurance Company or Dental Benefit Providers of California, Inc. Vision coverage provided by UnitedHealthcare Insurance Company or Unimerica Life Insurance Company.

Servicios administrativos proporcionados por PacifiCare Health Plan Administrators, Inc., United HealthCare Services, Inc., Prescription Solutions o OptumHealth Care Solutions, Inc. Los productos de seguro de salud conductual son proporcionados por U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC) o United Behavioral Health (UBH)./Administrative services provided by PacifiCare Health Plan Administrators, Inc., 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).

Formulario de Inscripción del Empleado (Por favor, use letra de imprenta)/ Employee Enrollment Form (Please Print)

California

1. Información Personal (Por favor use letra de imprenta en todas las secciones de este formulario)/ Personal Information (Please print on all sections of form)

Nombre de la Empresa/Company Name			Fecha de Contratación/ Date of Hire	
Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/M.I.	Sufijo/ Suffix	<input type="checkbox"/> Masculino/Male <input type="checkbox"/> Femenino/Female
Dirección Postal de Residencia/Residence Mailing Address				
Ciudad/City		Estado/State	C.P./ZIP	
Teléfono Residencial/ Home Telephone	Teléfono del Trabajo/ Work Telephone	Fecha de Nacimiento (mm-dd-aa)/ Date of Birth (mm-dd-yy)		
N.º del Seguro Social/ Social Security #		Estado Civil/Marital Status <input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Viudo/Widow <input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Libre/Domestic Partner		
¿Tiene actualmente cobertura bajo COBRA? Are you currently on COBRA? <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Si, indique el evento calificador/ If yes, qualifying event:		Fecha de Vigencia del Evento que lo Califica para COBRA/ COBRA Qualifying Event Effective Date		
Idioma Preferido (opcional)/Preferred Language (optional) <input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish				
Origen étnico (opcional)/Ethnicity (optional) <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano/Black or African American <input type="checkbox"/> Hispano o Latino/Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Caucásico/Caucasian <input type="checkbox"/> Asiático, Nativo de Hawai, de otra isla del Pacífico/Asian, Native Hawaiian, other Pacific Islander <input type="checkbox"/> No proporcionado por el miembro/Not provided by member <input type="checkbox"/> Indioamericano o Nativo de Alaska/American Indian or Alaskan Native				

La Empresa Debe Llenar esta Sección/ Employer Required to Complete This Section

Nº del Grupo/Código del Plan/ Group #/Plan Code
Origen de la Inscripción/Source of Enrollment: <input type="checkbox"/> Inscripciones Abiertas/Open Enrollment <input type="checkbox"/> Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos/QMCSO <input type="checkbox"/> Nueva Contratación/New Hire <input type="checkbox"/> Cambio en el Estado del Empleado/Employee Status Change <input type="checkbox"/> Recontratación/Rehire
Fecha de Vigencia Solicitada/ Requested Effective Date
Verificación de la Empresa/Firma/ Employer Verification/Signature
Clase de Empleado/ Employee Class

2. Cobertura Seleccionada (Seleccione sólo uno de los planes ofrecidos por la Empresa para la cual trabaja)/ Selected Coverage (Select only the plans offered by your Employer)

Opciones del Plan Médico/Medical Plan Options: <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO) <input type="checkbox"/> Alta/High <input type="checkbox"/> Baja/Low <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare SignatureValue™ - HealthCare Partners Network <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage (HMO) <input type="checkbox"/> PlanBien SM		
Persona(s) que tendrá(n) cobertura/ Individual(s) to be covered: <input type="checkbox"/> Suscriptor/Self	<input type="checkbox"/> Suscriptor + Cónyuge/Self + Spouse <input type="checkbox"/> Suscriptor + Dependiente(s)/Self + Dependent(s)	<input type="checkbox"/> Suscriptor + Familia/Self + Family <input type="checkbox"/> Renuncia a la Cobertura Médica (Llene el Formulario de Renuncia de Cobertura)/Waive Medical (Complete Waiver Form)

3. Información del Dependiente y del Empleado (Añote su información y la de los miembros de su familia que recibirán cobertura, adjunte hojas adicionales si es necesario)/Employee and Dependent Information (List yourself and family members to be covered – attach additional sheets if necessary)

Suscriptor/Self	Nombre del Médico de Atención Primaria (PCP)/Primary Care Physician (PCP) Name		N.º de Proveedor/Provider #	¿Es Paciente Actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No	
Cónyuge/Pareja de Unión Libre/ Spouse/Domestic Partner*	<input type="checkbox"/> Masculino/Male <input type="checkbox"/> Femenino/Female	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/M.I.	
Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)/ Date of Birth (mm-dd-yy)	N.º del Seguro Social/Social Security #	Dirección, si es distinta a la del Empleado/Address, if different from Employee's			
Nombre del Médico de Atención Primaria (PCP)/Primary Care Physician (PCP) Name		N.º de Proveedor/Provider #	¿Es Paciente Actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No		
Dependiente 1/ Dependent 1	<input type="checkbox"/> Masculino/Male <input type="checkbox"/> Femenino/Female	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/M.I.	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)/ Date of Birth (mm-dd-yy)
Parentesco/Relationship	N.º del Seguro Social/Social Security #	Dirección, si es distinta a la del Empleado/Address, if different from Employee's			
Nombre del Médico de Atención Primaria (PCP)/Primary Care Physician (PCP) Name		N.º de Proveedor/Provider #	¿Es Paciente Actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No		
Dependiente 2/ Dependent 2	<input type="checkbox"/> Masculino/Male <input type="checkbox"/> Femenino/Female	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/M.I.	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)/ Date of Birth (mm-dd-yy)
Parentesco/Relationship	N.º del Seguro Social/Social Security #	Dirección, si es distinta a la del Empleado/Address, if different from Employee's			
Nombre del Médico de Atención Primaria (PCP)/Primary Care Physician (PCP) Name		N.º de Proveedor/Provider #	¿Es Paciente Actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No		
Dependiente 3/ Dependent 3	<input type="checkbox"/> Masculino/Male <input type="checkbox"/> Femenino/Female	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/M.I.	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)/ Date of Birth (mm-dd-yy)
Parentesco/Relationship	N.º del Seguro Social/Social Security #	Dirección, si es distinta a la del Empleado/Address, if different from Employee's			
Nombre del Médico de Atención Primaria (PCP)/Primary Care Physician (PCP) Name		N.º de Proveedor/Provider #	¿Es Paciente Actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No		

3. Información del Dependiente y del Empleado (Anoté su información y la de los miembros de su familia que recibirán cobertura, adjunte hojas adicionales si es necesario)/Employee and Dependent Information (List yourself and family members to be covered – attach additional sheets if necessary)

Dependiente 4 / Dependent 4	<input type="checkbox"/> Masculino/Male <input type="checkbox"/> Femenino/Female	Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/M.I.	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)/ Date of Birth (mm-dd-yy)
Parentesco/Relationship		N.º del Seguro Social/Social Security #	Dirección, si es distinta a la del Empleado/Address, if different from Employee's		
Nombre del Médico de Atención Primaria (PCP)/Primary Care Physician (PCP) Name				N.º de Proveedor/Provider #	¿Es Paciente Actual?/Existing Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No

**4. Coordinación de Beneficios/Información sobre Otras Compañías de Seguros/
Benefit Coordination/Other Insurance Carrier Information**

¿Alguna de las personas indicadas anteriormente tiene otro seguro de salud?/Does anyone listed have other health insurance?

Sí/Yes No Si la respuesta es Sí, llene los cuadros a al e/If yes, complete section boxes a–e

a. Nombre/Name	b. Nombre de la Compañía de Seguros/ Insurance Company Name	c. N.º de Póliza/Policy #	d. Fecha de Vigencia/ Effective Date	e. Nombre y Dirección de la Otra Empresa para la cual usted Trabaja/Other Employer Name and Address
----------------	--	---------------------------	---	--

¿Alguna de las personas indicadas anteriormente es elegible para Medicare?/Is anyone listed eligible for Medicare?

Sí/Yes No Si la respuesta es sí, llene los cuadros f al g/If yes, complete section boxes f–g

f. Nombre/Name	g. N.º de Identificación de Medicare/Medicare ID#
----------------	---

**5. Se Requiere la Firma para los Términos y Condiciones: Lea Detenidamente/
Signature Required on Terms and Conditions – Read Carefully**

Al firmar este documento, reconozco que leí, comprendo y acepto los Términos y Condiciones de todas las páginas de este formulario. Una copia de esta autorización se debe considerar tan válida como el original./By signing below, I acknowledge that I have read, understand and agree to the Terms and Conditions on all the pages of this form. A reproduction of this authorization shall be as valid as the original.

DESEO PARTICIPAR EN LAS COBERTURAS SELECCIONADAS ARRIBA Y POR LA PRESENTE AUTORIZO A LA EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJO A REALIZAR LA(S) DEDUCCION(ES) NECESARIA(S) DE MI SUELDO/SALARIO PARA PAGAR MI PARTE DE LA PRIMA./I DESIRE TO PARTICIPATE IN THE COVERAGES SELECTED ABOVE AND HEREBY AUTHORIZE MY EMPLOYER TO MAKE THE NECESSARY DEDUCTION(S) FROM MY WAGE/SALARY TO PAY MY PORTION OF THE PREMIUM.

Firma (Obligatoria)/Signature (Required) X	Fecha (Obligatoria)/Date (Required)
--	-------------------------------------

**6. Se requiere la Firma para el Arbitraje Obligatorio y Definitivo: Lea Detenidamente/
Signature Required on Binding Arbitration – Read Carefully**

Al firmar este documento, reconozco que leí, comprendo y acepto el Arbitraje Obligatorio y Definitivo. Una copia de esta autorización se debe considerar tan válida como el original./By signing below, I acknowledge that I have read, understand and agree to the Binding Arbitration. A reproduction of this authorization shall be as valid as the original.

ACEPTO Y COMPRENDO QUE SE RESOLVERÁN MEDIANTE ARBITRAJE OBLIGATORIO Y DEFINITIVO CUALQUIERA Y TODAS LAS DISPUTAS, INCLUYENDO LOS RECLAMOS RELACIONADOS CON LA PRESTACION DE SERVICIOS BAJO EL PLAN Y LOS RECLAMOS DE NEGLIGENCIA MEDICA (ES DECIR, CON RESPECTO AL HECHO DE QUE CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS BAJO 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 LOS INGRESOS DE JUBILACION PARA LOS EMPLEADOS DE 1974 (ERISA, POR SUS SIGLAS EN INGLES), ENTRE MI PERSONA Y MIS DEPENDIENTES INSCRITOS EN EL PLAN (INCLUYENDO CUALQUIER HEREDERO O SUCESOR) Y UNITEDHEALTHCARE OF CALIFORNIA, UNITEDHEALTHCARE O CUALQUIERA DE SUS EMPRESAS MATRICES, SUBSIDIARIAS O AFILIADAS. CUALQUIERA DE TALES DISPUTAS NO SE RESOLVERA MEDIANTE UN JUICIO NI SE RECURRIRA A UN PROCESO JUDICIAL, EXCEPTO EN EL CASO DE QUE LA LEY FEDERAL DE ARBITRAJE ESTIPULE LA REVISION JUDICIAL DE LOS 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./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 RIGHT TO HAVE ANY SUCH DISPUTE DECIDED IN A COURT OF LAW BEFORE A JURY, AND INSTEAD ARE ACCEPTING THE USE OF BINDING ARBITRATION.

Firma (Obligatoria)/Signature (Required) X	Fecha (Obligatoria)/Date (Required)
--	-------------------------------------

Tarjeta de Identificación de Inscripción/ Enrollment Identification Card



Nombre/Name _____ Código de Grupo/Group Code _____
Nombre de la Empresa/Employer Name _____
Médico/Doctor _____ Teléfono/Phone _____

UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO)/
UnitedHealthcare SignatureValue™ - HealthCare
Partners Network (HMO) UnitedHealthcare
SignatureValue™ Advantage/
UnitedHealthcare SignatureValue™
Advantage - Plan Bien (HMO)
1-800-624-8822

La cobertura no debe comenzar hasta que UnitedHealthcare acepte su inscripción. Al aceptar su inscripción, UnitedHealthcare debe acatar los términos de Contrato o Póliza, y las Enmiendas a éstos/Coverage shall not begin until acceptance of your enrollment by UnitedHealthcare. Upon acceptance of your enrollment, UnitedHealthcare shall be bound by the terms of the Agreement or Policy and any Amendments thereto.

Tarjeta de Identificación de Inscripción/ Enrollment Identification Card

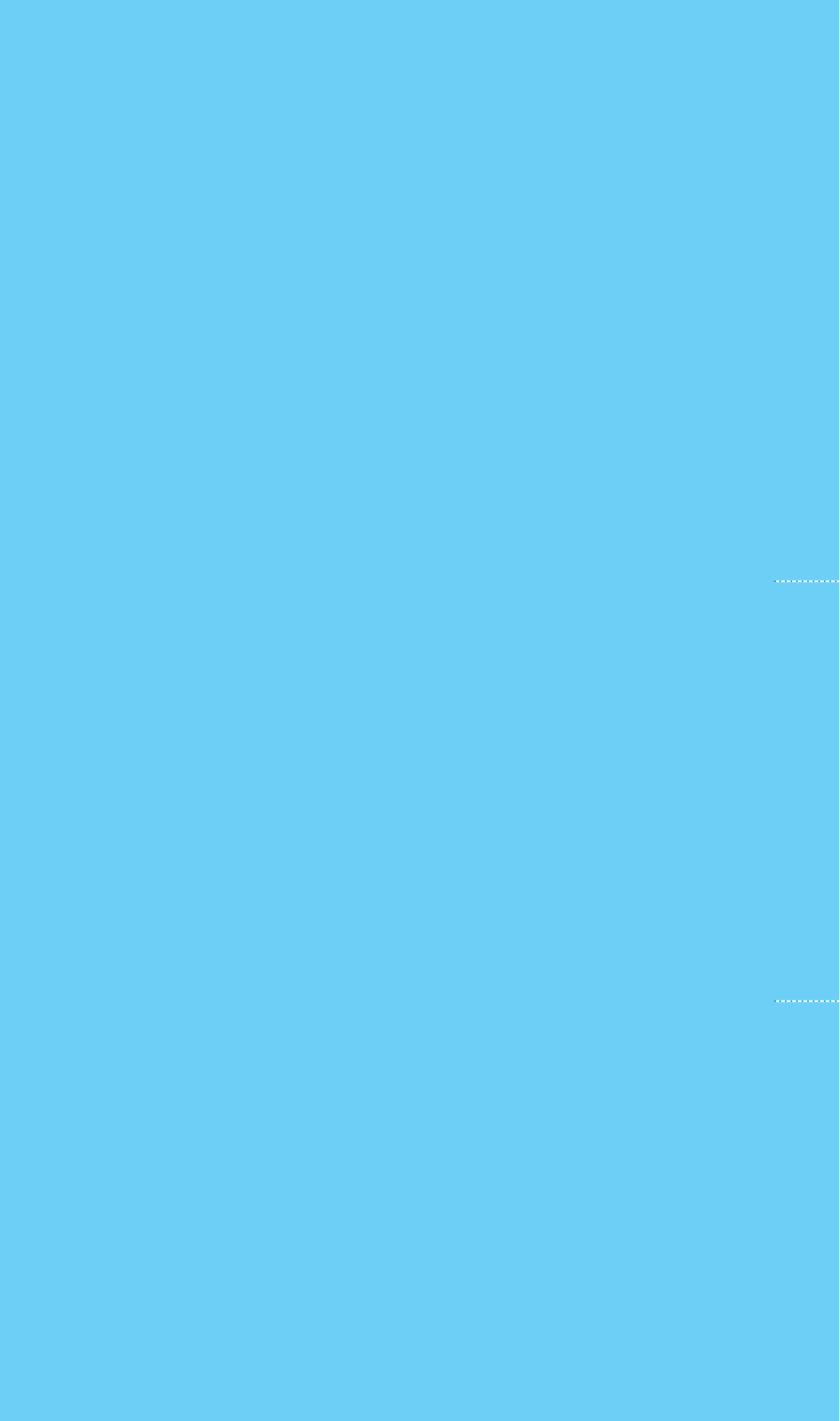


Nombre/Name _____ Código de Grupo/Group Code _____
Nombre de la Empresa/Employer Name _____
Médico/Doctor _____ Teléfono/Phone _____

UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO)/
UnitedHealthcare SignatureValue™ - HealthCare
Partners Network (HMO) UnitedHealthcare
SignatureValue™ Advantage/
UnitedHealthcare SignatureValue™
Advantage - Plan Bien (HMO)
1-800-624-8822

La cobertura no debe comenzar hasta que UnitedHealthcare acepte su inscripción. Al aceptar su inscripción, UnitedHealthcare debe acatar los términos de Contrato o Póliza, y las Enmiendas a éstos/Coverage shall not begin until acceptance of your enrollment by UnitedHealthcare. Upon acceptance of your enrollment, UnitedHealthcare shall be bound by the terms of the Agreement or Policy and any Amendments thereto.

Llene las Tarjetas de Identificación de Inscripción temporal a continuación, y consérvelas hasta que reciba su Tarjeta de Identificación permanente./ Complete the temporary Enrollment Identification Cards below, and keep until you receive your permanent ID card.



Desprenda aqui/Detach here



Por favor abra para
llenar este formulario/
Please open to
complete this form

Desprenda aqui/Detach here