

Health Net of CA

Associate Name _____ **Associate Date of Birth** _____
(Printed)

ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE: Yo, el Solicitante, comprendo y acepto que cualquier disputa entre mi persona (incluido cualquiera de mis familiares inscritos, herederos o representantes personales) y Health Net deberá someterse a un arbitraje inapelable y vinculante en vez de a un juicio o ante un jurado. Este acuerdo de arbitraje incluye cualquier disputa que surja de la Evidencia de Cobertura, el Certificado de Seguro o mi membresía o cobertura de Health Net, o que esté relacionada con estos, según se establece en cualquier teoría legal. Este acuerdo de arbitraje de cualquier disputa se aplica incluso si otras partes, como los proveedores de cuidado de la salud, o sus agentes o empleados, están involucrados en la disputa. Entiendo que, al estar de acuerdo en someter todas las disputas a un arbitraje inapelable y vinculante, todas las partes, incluida Health Net, están renunciando a su derecho constitucional de que sus disputas sean resueltas en un tribunal de justicia ante un jurado. Además, entiendo que las disputas que yo pueda tener con Health Net que involucren reclamos por negligencia médica (es decir, que los servicios médicos prestados fueran innecesarios o no autorizados, o que fueran prestados de manera indebida, negligente o incompetente) también están sujetas a un arbitraje inapelable y vinculante. Entiendo que en la Evidencia de Cobertura o el Certificado de Seguro se incluye una disposición de arbitraje más detallada. Es posible que el arbitraje obligatorio no SE aplique a determinadas disputas si el plan del Empleador está sujeto a ERISA, 29 U.S.C. §§ 1001-1461. Mi firma a continuación indica que comprendo y acepto los términos de este Acuerdo de Arbitraje Vinculante, y acepto presentar cualquier disputa a arbitraje vinculante, en vez de presentarla ante un tribunal.

Associate signature: _____ **Date:** _____