

Spanish Version
Kaiser Foundation Health Plan and
Kaiser Permanente Insurance Company
Arbitration Agreement

Nombre del asociado _____ (letra de molde)

Fecha de nacimiento _____

Numero de WIN del asociado _____

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y el Acuerdo de Arbitraje de la Compañía de Seguros de Kaiser Permanente

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA [*Employee Retirement and Income Security Act*, Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de los Empleados Retirados] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones del arbitraje.

_____ **Se requiere firma para todos los planes de Kaiser Permanente**

_____ **Fecha**