



SALUD Individual & Family Enrollment Application *Solicitud de inscripción individual y familiar de Salud*

PART I. Tell us who you are enrolling and select the product/PARTE I. Díganos a quién está inscribiendo y seleccione el producto:
Application must be typed or completed **in blue or black ink/La solicitud debe completarse a máquina o con tinta azul o negra.**

THE APPLICATION MUST BE COMPLETED BY THE APPLICANT./LA SOLICITUD DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE.

Requested Effective Date/ Fecha solicitada de entrada en vigencia

/
 /

A. Reason for Application/Motivo de la solicitud

FAMILY TYPE/ TIPO DE FAMILIA

Self/ *Individuo*
 Self & Spouse/Domestic Partner
Individuo y cónyuge/pareja

Self & a Child/ *Individuo e hijo*
 Self & Children
Individuo e hijos

Self, Spouse/Domestic Partner
 and Child(ren)/ *Individuo,*
cónyuge/ pareja e hijo(s)

Please check box for Domestic Partner enrollment
Por favor, marque la casilla para la inscripción de la Pareja

Process as separate policies/ *Procesar cómo pólizas individuales*

ENROLLMENT TYPE/ TIPO DE INSCRIPCIÓN

New Enrollment Change Plan* Add Dependent*
Nueva inscripción Cambio de plan Agregar dependiente**

*Member ID number (listed on your ID card/ *Numero de identificación del miembro (aparece en su tarjeta de identificación):*

**B. Billing options (please choose for both medical and life)/
*Opciones de facturación (por favor, elija una para el seguro médico y para el de vida)***

First Premium Payment (select one)/ Pago de la primera prima (seleccione uno)

Automated Bank Draft (Please complete the Simple Pay Option section)/ *Giro bancario automático (Por favor, complete la sección Opción de pago simple)*

Pay by Check (Please include completed check and send with application. Amount must match monthly premium.) *Pago mediante cheque (Por favor, incluya el cheque completado y envíelo con la solicitud. El monto debe coincidir con la prima mensual.)*

Credit Card (Please complete the credit card section on application.) **Not available with Term Life.** *Tarjeta de crédito (Por favor, complete la sección de tarjeta de crédito de esta solicitud. No está disponible para los Seguros de vida a plazo fijo.)*

Monthly Premium Payments (select one)/ Pago de la prima mensual (seleccione uno)

Automated Bank Draft (Please complete the Simple Pay Option section)/ *Giro bancario automático (Por favor, complete la sección Opción de pago simple)*

Monthly Bill (\$5.00 administrative fee applies; **not available with Term Life.**) *Factura mensual (se aplica la tarifa administrativa de \$5.00; no está disponible para los Seguros de vida a plazo fijo)*

Credit Card (Please complete credit card section; **not available with Term Life.**) *Tarjeta de crédito (Por favor, complete la sección para tarjeta de crédito; no está disponible para los Seguros de vida a plazo fijo.)*

C. Choice of coverage/Elección de la cobertura

Health Net of California – Only 1st of the month effective date is available/Solamente se encuentra disponible el 1º del mes como fecha de entrada en vigencia

HMO y más 10 HMO y más 25

Add: Dental & Vision Plus
 Primary Dentist Number _____

Health Net Life Insurance Company

Only 1st of the month effective date is available/Solamente se encuentra disponible el 1º de cada mes como fecha de entrada en vigencia

Life Insurance/ *Seguro de vida*

\$15,000 \$30,000 \$50,000

(Part VI must be completed/Debe completarse la parte VI)

1st and 15th of the month effective date is available./Se encuentran disponibles el 1º y el 15 de cada mes como fecha de entrada en vigencia.

PPO 15 PPO 15/25% (“Mexi-Plan”)

PPO 25

Add: Dental & Vision Plus

As a convenience to you, if you do not meet Health Net Life Insurance underwriting requirements for the coverage or rate you have applied for, you may be offered a different PPO option at a substantially higher rate. You are under no obligation to enroll./ *Como una comodidad para usted, si usted no cumple con los requisitos de contratación del Seguro de vida de Health Net para la cobertura o para la tarifa que solicitó, se le puede ofrecer una opción de PPO distinta, a una tarifa considerablemente más alta. No tiene la obligación de inscribirse.*

Primary's Social Security Number/Matricula Consular ID
Número del seguro social/Matrícula consular del solicitante principal

□□□□ – □□ – □□□□

PART II. Applicant Information (Note: For the most favorable rate, make the younger spouse/domestic partner the primary applicant.)/Información del solicitante (Nota: Para la tarifa más favorable, inscriba al cónyuge pareja más joven como el solicitante principal.)

Primary Applicant's Last Name/ <i>Apellido del solicitante principal</i>		First Name/ <i>Primer nombre</i>		MI/ <i>Iniciales del segundo nombre</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Femenino</i>
Home Address/ <i>Dirección particular</i>					
City/ <i>Ciudad</i>		State/ <i>Estado</i>	Zip/ <i>Código postal</i>	County applicant resides in <i>Condado en el que vive el solicitante</i>	
Home Phone Number <i>Número de teléfono en casa</i> () ()		Work Phone Number <i>Número de teléfono del trabajo</i> () ()		Email address/ <i>Dirección de correo electrónico:</i>	
Primary Applicant's Birth Date (mo/day/year)/ <i>Fecha de nacimiento del solicitante principal (mes/día/año)</i> □□/□□/□□□□		Primary Applicant's Social Security Number or Matricula Consular ID/ <i>Número del seguro social del solicitante principal</i> □□□□-□□-□□□□		If available, I would prefer to receive communication or plan information in Spanish./ <i>Preferiría recibir comunicaciones o información del plan en español, están disponibles.</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No	
Height <i>Estatura</i> 	Weight (lbs.) <i>Peso (libras)</i>	Primary Care Physician ID # (If applicable) <i>Nº de identificación del Médico de atención primaria (si corresponde)</i>		Current Patient <i>Paciente actual</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No	Physician Group ID # <i>Nº de identificación del grupo médico</i>
Type of Business/ <i>Tipo de negocio:</i> <input type="checkbox"/> Self Employed/Consultant <i>Independiente/Consultor</i> <input type="checkbox"/> Professional/Management <i>Profesional/Gerente</i> <input type="checkbox"/> Employed (Non-managerial)/ <i>Empleado (No gerencial)</i>			Occupation <i>Ocupación:</i>		Salary Range (optional)/ <i>Rango de salario (opcional):</i> <input type="checkbox"/> \$18,000 – \$30,000 <input type="checkbox"/> \$60,001 – \$75,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 – \$45,000 <input type="checkbox"/> \$75,001 – \$90,001 <input type="checkbox"/> \$45,001 – \$60,000 <input type="checkbox"/> \$90,001 +
Would you be interested in other Health Net or affiliated entities products and services?/ <i>¿Estaría interesado en otros servicios o productos de Health Net o entidades afiliadas?</i>			<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No		In the past 6 months, have you been a resident of the United States?/ <i>¿Ha sido residente de los Estados Unidos en los últimos 6 meses?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No If no, where was your last residence? <i>Si la respuesta es no, ¿dónde vivió?</i> _____
May we contact you by email?/ <i>¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico?</i>			<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No		
The release of your information may result in a Health Net representative or Authorized Agent contacting you./ <i>La divulgación de su información puede tener como consecuencia que un representante o agente autorizado de Health Net se comunique con usted.</i>					
How did you hear about Health Net's Individual and Family coverage? <i>¿Dónde escuchó sobre la cobertura individual y familiar de Health Net?</i>					
<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Billboard/ <i>Letreros en las calles</i>	<input type="checkbox"/> Yellow Pages/ <i>Páginas amarillas</i>	<input type="checkbox"/> Internet		
<input type="checkbox"/> Mail/ <i>Correspondencia</i>	<input type="checkbox"/> Newspaper/ <i>Periódico</i>	<input type="checkbox"/> Broker/ <i>Agente de seguro</i>	<input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro</i> _____		

PART III. Family member(s) to be enrolled

□□□□ – □□ – □□□□

Miembro(s) de la familia a ser inscritos

List all eligible family members to be enrolled other than yourself. If a listed family member's last name is different from yours, please explain on a separate sheet of paper. For Domestic Partner coverage all requirements for eligibility, as required by the applicable laws of the State of California, must be met and a joint Declaration of Domestic Partnership must be filed with the California Secretary of State. ***Salud HMO only:** If you are applying for Salud HMO coverage and reside in California, you must select a Salud HMO Physician Group and Primary Care Physician. You may choose the same or different Physician Group and Primary Care Physician for each family member you are enrolling. If you do not select a Primary Care Physician, one will be selected for you within your regional area. **Members residing in Mexico:** Write the name "SIMNSA" in the Physician Group ID # box. *Enumere todos los miembros elegibles de su familia que serán inscritos, exceptuándose usted. Si el apellido de un miembro de su familia enumerado en la lista es distinto al suyo, por favor explique en una hoja de papel separada. En el caso de la cobertura para pareja se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad según lo exigido por las leyes pertinentes del estado de California y debe llenar una Declaración de pareja conjunta con el secretario de estado de California. Para ser procesado de acuerdo con el Inscrito, el miembro de la familia debe residir en el mismo domicilio. *Salud HMO solamente: Si usted está solicitando la cobertura de Salud HMO, debe seleccionar un Grupo médico y un Médico de atención primaria de Salud. Usted puede elegir el mismo Grupo médico y Médico de atención primaria o uno distinto para cada miembro de la familia que está inscribiendo. Si no elige un Médico de atención primaria, se elegirá uno por usted, dentro de su área regional. Para los afiliados que viven en México: Escriba el nombre "SIMNSA" en la sección del N° de identificación del grupo médico.*

Relation <i>Relación</i>	Last Name/Apellido, First Name/1 ^{er} nombre, MI/Iniciales del 2 ^o nombre	Social Security No. or Matricula Consular ID/N° del seguro social	Date of birth Fecha de nacimiento	Height Estatura	Weight (lbs) Peso (libras)	Primary Care Physician ID#/N° de identificación del Médico de atención primaria*	Current Patient Paciente actual	Physician Group ID #* N° de identificación del grupo médico*
<input type="checkbox"/> Husband <i>Esposo</i> <input type="checkbox"/> Wife <i>Esposa</i>	Spouse/Domestic Partner <i>Cónyuge/pareja</i>	— —	/ /				<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Son/Hijo <input type="checkbox"/> Daughter <i>Hija</i>	Child 1/Hij/a 1	— —	/ /				<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	

Address if residing in Mexico/Dirección si vive en México

	Full Time Student? <i>Estudiante de tiempo completo</i> <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	Units Carried <i>Unidades que lleva</i>	Name of School/Nombre de la escuela					
<input type="checkbox"/> Son/Hijo <input type="checkbox"/> Daughter <i>Hija</i>	Child 2/Hij/a 2		— —	/ /			<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	

Address if residing in Mexico/Dirección si vive en México

	Full Time Student? <i>Estudiante de tiempo completo</i> <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	Units Carried <i>Unidades que lleva</i>	Name of School/Nombre de la escuela					
<input type="checkbox"/> Son/Hijo <input type="checkbox"/> Daughter <i>Hija</i>	Child 3/Hij/a 3		— —	/ /			<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	

Address if residing in Mexico/Dirección si vive en México

	Full Time Student? <i>Estudiante de tiempo completo</i> <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	Units Carried <i>Unidades que lleva</i>	Name of School/Nombre de la escuela					
<input type="checkbox"/> Son/Hijo <input type="checkbox"/> Daughter <i>Hija</i>	Child 4/Hij/a 4		— —	/ /			<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	

For additional dependents please attach another sheet with the requested information./Para un dependiente adicional, por favor, agregue otra hoja con la información solicitada.

□□□ – □□ – □□□□

PART IV (a). Statement of health (All questions must be answered. **Include information for yourself and each family member applying for coverage. Please answer all questions "Yes" or "No."** (IF "YES", PLEASE CIRCLE THE SPECIFIC CONDITIONS. Complete Part B on page 8)/**Declaración de salud** (Se deben responder todas las preguntas. **Incluya su información y la de cada miembro de la familia que está solicitando cobertura. Conteste todas las preguntas con "Sí" o "No".** (SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ENCIERRE EN UN CÍRCULO LAS **CONDICIONES ESPECÍFICAS. COMPLETE PARTE B EN PÁGINA 8.)**

<p>1) A. Is either the applicant or spouse/domestic partner, or female dependent, whether or not listed on the application, currently pregnant?/¿Está embarazada la solicitante, la cónyuge/pareja del solicitante o la dependiente, nombrada o no en la solicitud?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>			<p>4) Are you or any applying family member eligible for Medicare benefits as a result of disability or chronic illness?/¿Es usted o cualquier miembro solicitante de su familia elegible para los beneficios de Medicare como resultado de una discapacidad o de una enfermedad crónica?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>B. If you are a male listed on this application, are you expecting a child with anyone, even if the mother is not listed on this application? Si usted es un hombre que aparece en la lista de esta solicitud, ¿está esperando un hijo con alguien, aun cuando la madre no aparece en la lista de esta solicitud?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>			<p>5) Have you or any applying family member ever had any signs, symptoms or diagnosis of, consulted a health care practitioner, received advice from a health care practitioner, sought treatment from a health care practitioner, had treatment recommended by a health care practitioner, received treatment from a health care practitioner, or been hospitalized for any of the following: ¿Ha tenido usted o algún miembro solicitante de su familia alguna señal, síntomas o diagnóstico de, consultado a un proveedor de atención de la salud, recibido consejos de un proveedor de atención de la salud, buscado tratamiento de un proveedor de atención de la salud o éste le ha recomendado tratamientos, recibido tratamiento de un proveedor de atención de la salud o ha estado hospitalizado por una de las siguientes enfermedades?</p>		
<p>C. If you are a male listed on this application, has your spouse, even if not listed on this application, performed a home pregnancy test during the previous 90 days which has reacted positive?/Si usted es un hombre que aparece en la lista de esta solicitud, su cónyuge (aun si no aparece en la lista de esta solicitud) ¿se ha realizado una prueba hogareña de embarazo durante los 90 días previos, que haya dado positivo?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>			<p>A. Chest pain, high or low blood pressure, heart disease, heart murmur, palpitations or irregular heart beat, peripheral vascular disease, blood clot, phlebitis, varicose veins, blood disorder, anemia, enlarged lymph nodes, or any other heart, cardiovascular, or circulatory disorder?/¿Dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, enfermedad cardíaca, soplo cardíaco, palpitaciones o latidos cardíacos irregulares, enfermedad vascular periférica, coágulos sanguíneos, flebitis, venas varicosas, problemas sanguíneos, anemia, nódulos linfáticos agrandados o cualquier otro problema cardíaco, cardiovascular o circulatorio?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>D. During the previous 90 days, has any female applicant performed a home pregnancy test, which has reacted positive?/Durante los 90 días previos, ¿alguna de las solicitantes femeninas se ha realizado una prueba hogareña de embarazo, que haya dado positivo?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>			<p>B. Headaches, dizziness, paralysis, stroke, loss of consciousness, seizure disorder, sleep apnea, multiple sclerosis, cerebral palsy, or any other disorder of the brain or nervous system?/¿Dolores de cabeza, mareos, parálisis, derrame cerebral, pérdida del conocimiento, ataques, apnea del sueño, esclerosis múltiple, parálisis cerebral o cualquier otro problema cerebral o del sistema nervioso?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>2) Have you or any applying family member had an abnormal physical exam, laboratory results, EKG, X-ray(s), MRI, CT scan or other diagnostic test(s), or been advised to have diagnostic test(s), treatment(s), surgery or hospitalization(s), or are you awaiting the result(s) of any diagnostic test(s)? ¿Ha tenido usted o algún miembro solicitante de su familia un examen físico, resultados de laboratorio, ECG, radiografías, IRM (resonancia magnética) o TC (tomografía computada) anormales o se le ha aconsejado que se realice pruebas de diagnóstico, tratamientos, cirugía u hospitalizaciones, o está esperando los resultados de una prueba de diagnóstico?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>					
<p>3) Have you or any applying family member been seen by a health care practitioner, been a patient in a hospital, clinic, surgicenter, sanatorium or other medical facility as an inpatient or outpatient?/¿Usted o algún miembro solicitante de su familia ha sido atendido por un proveedor de atención de la salud, ha sido paciente en un hospital, clínica, centro quirúrgico, sanatorio o en otro centro médico, como paciente internado o ambulatorio?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>					

□□□□ – □□ – □□□□

PART IV (a). Statement of health (continued)/Declaración de salud (continuación)

<p>C. Disorder of the mouth, throat or esophagus, tonsillitis, ulcers, colitis, ulcerative colitis, spastic colitis, Crohn's disease, gall bladder disorder, chronic diarrhea, hernia, hemorrhoids, hepatitis, pancreatitis, intestinal or rectal problems, liver disease, cirrhosis, stomach disorder, or any other disorder of the digestive system? / <i>¿Enfermedades de la boca, la garganta o el esófago, amigdalitis, úlceras, colitis, colitis ulcerante, colitis espástica, enfermedad de Crohn, enfermedades de vesícula, diarrea crónica, hernia, hemorroides, hepatitis, pancreatitis, problemas intestinales o rectales, enfermedades hepáticas, cirrosis o cualquier otra enfermedad del aparato digestivo?</i></p>	Yes/Sí	No		<p>H. Jaw problems, temporal mandibular joint syndrome (TMJ), pain or difficulty breathing, chewing or swallowing? / <i>¿Problemas en la mandíbula, síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ), por sus siglas en inglés), dolor o dificultad para respirar, masticar o tragar?</i></p>	Yes/Sí	No	
<p>D. Allergy, sinusitis, bronchitis, emphysema, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), pneumonia, tuberculosis, coughing up blood, or any other lung or respiratory disorder? / <i>¿Alergia, sinusitis, bronquitis, enfisema, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), neumonía, tuberculosis, tos con sangre o cualquier otra enfermedad pulmonar o respiratoria?</i></p>	Yes/Sí	No		<p>I. Diabetes, thyroid disorder, adrenal disorder, lupus, Raynaud's disease, chronic fatigue syndrome, Epstein-Barr virus, unintentional weight loss or any other disorder of the metabolic system? / <i>¿Diabetes, problemas de tiroides, trastornos de las glándulas suprarrenales, lupus, enfermedad de Raynaud, síndrome de fatiga crónica, virus de Epstein-Barr, pérdida de peso no intencional o cualquier otra enfermedad del sistema metabólico?</i></p>	Yes/Sí	No	
<p>E. Asthma? / <i>¿Asma?</i></p> <p>If "yes", have you or any applying family member been hospitalized or been to an emergency room in the past 24 months? / <i>Si la respuesta es "Sí", ¿ha sido hospitalizado o ha estado en una sala de emergencias en los últimos 24 meses?</i></p> <p>Have you or any applying family member received any adrenaline or epinephrine injections? / <i>¿Ha recibido inyecciones de adrenalina o de epinefrina?</i></p>	Yes/Sí	No		<p>J. Cancer, melanoma, tumor, cyst, growth, leukemia, Hodgkin's disease, or any other malignancy or any unbiopsied or undiagnosed tumor, cyst or growth? / <i>¿Cáncer, melanoma, tumores, quistes, crecimientos, leucemia, enfermedad de Hodgkins o cualquier tumor, quiste o crecimiento no diagnosticado o al que no se le ha realizado una biopsia?</i></p>	Yes/Sí	No	
<p>F. Disorder of the kidney or bladder, infections, blood in urine, pyelonephritis, or any other disorder of the urinary tract? / <i>¿Enfermedades de riñón o vejiga, infecciones, sangre en la orina, pielonefritis o cualquier otra enfermedad del tracto urinario?</i></p>	Yes/Sí	No		<p>K. Psoriasis, keratosis, herpes, burns, birthmarks, warts, or any other disorder of the skin? / <i>¿Psoriasis, queratosis, herpes, quemaduras, marcas de nacimiento, verrugas o cualquier otra enfermedad de la piel?</i></p>	Yes/Sí	No	
<p>G. Arthritis, rheumatoid arthritis, bursitis, gout, disorder of the back, spine, bone or joint, herniated, ruptured, or bulging disc, muscle or tendon pain, carpal tunnel syndrome, muscular dystrophy, fixation device or any other disorder of the musculoskeletal system? / <i>¿Artritis, artritis reumatoidea, bursitis, gota, problemas de espalda, de la columna vertebral, óseos o de las articulaciones, hernia de disco, ruptura de disco o disco abultado, dolor muscular o en los tendones, síndrome del túnel carpiano, distrofia muscular, dispositivos de fijación o cualquier otra enfermedad del sistema músculo-esquelético?</i></p>	Yes/Sí	No		<p>L. Disorder of the eyes or sight, glaucoma, cataracts, disorder of the ears or hearing, ear infection (otitis media), disorder of the nose or breathing, deviated nasal septum? / <i>¿Enfermedades de los ojos o de la vista, glaucoma, cataratas, enfermedades de los oídos o de la audición, infección en el oído (otitis media), enfermedades nasales o de la respiración, tabique nasal desviado?</i></p>	Yes/Sí	No	
				<p>M. Nervous, mental, emotional or obsessive compulsive disorder, behavioral disorder, panic attacks, anxiety, depression, manic depression, schizophrenia, attention deficit disorder, ADHD, or eating disorder? / <i>¿Enfermedades compulsivas nerviosas, mentales, emocionales u obsesivas, trastornos del comportamiento, ataques de pánico, ansiedad, depresión, depresión maniaca, esquizofrenia, trastorno de déficit de atención, trastorno hiperactivo de déficit en la atención (ADHD, por sus siglas en inglés) o desórdenes alimenticios?</i></p>	Yes/Sí	No	

□□□□ – □□ – □□□□

PART IV (a). Statement of health (continued)/Declaración de salud (continuación)

<p>N. Alcohol or substance abuse/dependency, counseling, member of a support group? Please indicate the number of alcoholic beverages (a beverage is 12 ounces of beer, 6 ounces of wine, 1 ounce of liquor) you consume per week? / <i>Abuso / dependencia del alcohol o sustancias, orientación o es miembro de un grupo de apoyo? Por favor, indique la cantidad de bebidas alcohólicas (una bebida son 12 onzas de cerveza, 6 onzas de vino, 1 onza de licor) que consume por semana?</i></p> <p>Applicant/Solicitante _____</p> <p>Spouse/Domestic Partner/Cónyuge/Pareja _____</p>	Yes/Sí	No	<p>7) Have you or any applying family member consulted any health care practitioner for any condition or symptom(s) for which a diagnosis has not been established? / <i>Usted o cualquier miembro solicitante de su familia ha consultado a algún proveedor de atención de la salud por alguna condición o por síntomas para los que no se ha establecido un diagnóstico?</i></p>	Yes/Sí	No
<p>O. Premature birth, developmental delay, congenital abnormalities, clubfoot, cleft lip or palate, or Down's syndrome? / <i>Nacimiento prematuro, retraso en el desarrollo, anomalías congénitas, pie deforme, fisura del labio o del paladar o síndrome de Down?</i></p>	Yes/Sí	No	<p>8) During the past 12 months, have you or any applying family member smoked cigarettes, cigars, pipes, or used chewing tobacco? / <i>Durante los últimos 12 meses, ¿usted o algún miembro solicitante de su familia ha fumado cigarrillos, cigarros, pipa o ha utilizado tabaco para mascar?</i></p>	Yes/Sí	No
<p>P. Cosmetic or reconstructive surgery, including breast implants? / <i>Cirugía cosmética o reconstructiva, incluyendo el implante de senos?</i></p>	Yes/Sí	No	<p>9) During the past three years, have you or any applying family members consulted any health care practitioner for any reason not listed on this form? / <i>Durante los últimos tres años, ¿usted o algún miembro solicitante de su familia ha consultado a un proveedor de atención de la salud por cualquier otro motivo que no esté listado en este formulario?</i></p>	Yes/Sí	No
<p>Q. Male reproductive system: disorder of the prostate, infections, impotency, sexual dysfunction, infertility, sexually transmitted disease or any other disorder of the reproductive system? / <i>Aparato reproductor masculino: problemas de próstata, infecciones, impotencia, disfunción sexual, infertilidad, enfermedades transmitidas sexualmente o cualquier otro problema del aparato reproductor?</i></p>	Yes/Sí	No	<p>10) During the past 12 months, have you or any applying family member experienced symptoms for which any health care practitioner has not been consulted? / <i>Durante los últimos 12 meses, ¿usted o algún miembro solicitante de su familia ha experimentado síntomas por los que no ha consultado a un proveedor de atención de la salud?</i></p>	Yes/Sí	No
<p>R. Female reproductive system: disorder of the breast, fibroid tumors, infertility, menstruation disorders, abnormal Pap test, infections, sexually transmitted disease, abnormal bleeding, endometriosis or any other disorder of the uterus or reproductive system? / <i>Aparato reproductor femenino: enfermedades de mamas, tumores fibroides, infertilidad, problemas menstruales, examen de Papanicolaou anormal, infecciones, enfermedades transmitidas sexualmente, sangrado anormal, endometriosis o cualquier otra enfermedad uterina o del aparato reproductor?</i></p>	Yes/Sí	No	<p>11) Is the applicant or any applying family member currently taking medication? If "Yes", please complete section IV (b). / <i>¿Está el solicitante o cualquier miembro solicitante de la familia tomando medicación actualmente? Si la respuesta es "Sí", por favor, complete la sección IV (b).</i></p>	Yes/Sí	No
<p>6) Have you or any applying family member been diagnosed as having or been treated for AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS-Related Complex)? / <i>¿A usted o al miembro solicitante de su familia se le ha diagnosticado o ha sido tratado por SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o por ARC (Complejo relacionado con el SIDA (CRS))?</i></p>	Yes/Sí	No	<p>12) Has the applicant or any applying family member taken a prescription medication during the past 12 months for a period of more than two weeks? If "Yes", please complete Part IV (b). / <i>¿El solicitante o algún miembro solicitante de su familia ha tomado medicamentos recetados, durante los últimos 12 meses durante un período mayor a dos semanas? Si la respuesta es "Sí", por favor, complete la Parte IV (b).</i></p>	Yes/Sí	No

□□□□ – □□ – □□□□

PART IV (a). Statement of health (continued)/Declaración de salud (continuación)

Female applicants only (applicable to all females listed on the application. Attach another page if more than two females are listed on the application/Solicitantes femeninas solamente (se aplica a todas las mujeres enumeradas en la solicitud. Adjunte otra página si se detallan más de dos pacientes femeninas en esta solicitud.)

Applicant Name:	Applicant Name:
<p>13) A. Have you had a menstrual period in each of the last six months, including within the last 30 days?/¿Ha tenido un período menstrual en cada uno de los últimos seis meses, incluyendo dentro de los últimos 30 días?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>If "No", please explain/Si la respuesta es "No", explique.</p> <p>_____</p>	<p>13) A. Have you had a menstrual period in each of the last six months, including within the last 30 days?/¿Ha tenido un período menstrual en cada uno de los últimos seis meses, incluyendo dentro de los últimos 30 días?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>If "No", please explain/Si la respuesta es "No", explique.</p> <p>_____</p>
<p>B. (i) Have you had a pelvic exam? ¿Le han realizado un examen pélvico? Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>(ii) Date of last pelvic exam (Mo/Dy/Yr) Fecha del último examen pélvico (mes/día/año):</p> <p>_____</p> <p>(iii) Were the results of the exam normal? If not, please explain/Fueron normales los resultados del examen? Si la respuesta es "No", explique.</p> <p>_____</p>	<p>B. (i) Have you had a pelvic exam? ¿Le han realizado un examen pélvico? Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>(ii) Date of last pelvic exam (Mo/Dy/Yr) Fecha del último examen pélvico (mes/día/año):</p> <p>_____</p> <p>(iii) Were the results of the exam normal? If not, please explain/Fueron normales los resultados del examen? Si la respuesta es "No", explique.</p> <p>_____</p>

Primary's Social Security Number/Matricula Consular ID
Número del seguro social/Matrícula consular del solicitante principal

□□□□ – □□ – □□□□

PART IV (b). Statement of health (continued) - If you answered "Yes" to any questions in Section IV (a), please identify the question number and explain in FULL DETAIL below. If additional space is necessary, please attach extra pages.
Declaración de salud (continuación) – Si respondió "Sí" a alguna pregunta en la Sección IV (a), por favor identifique el número de la pregunta y a continuación explique DETALLADAMENTE. Si necesita espacio adicional, por favor adjunte hojas extra.

Question Number <i>Número de pregunta</i>	Family member name and name used on doctor's records <i>Nombre del miembro de la familia y nombre utilizado en los registros del médico</i>	Diagnosis, signs or symptoms, condition, treatment, or recommendation <i>Diagnóstico, señales o síntomas, condición, tratamiento o recomendación</i>	Still under treatment? <i>¿Continúa en tratamiento?</i> Yes/Sí / No	Dates of treatment or hospitalization <i>(Mo/Yr)/ Fechas de tratamiento, hospitalización</i> <i>(Mes/Año)</i>		Full name, address, & telephone number of every health care practitioner, clinic, hospital or any other medical facility (include ZIP code) <i>Nombre completo, domicilio y número telefónico de cada proveedor de atención de la salud, clínica, o cualquier otro establecimiento médico (incluyendo el código postal)</i>
				Began <i>Comenzó</i>	Ended <i>Finalizó</i>	

DOCTOR'S VISITS - Please provide information regarding the last health care practitioner visit or physical examination for ALL family members you wish to cover. /CONSULTAS AL MÉDICO: por favor, brinde información concerniente a la última consulta con un proveedor de atención de la salud o el último examen médico de TODOS los miembros de la familia que desea cubrir.

Name of Individual <i>Nombre de la persona</i>	Date of Visit <i>Fecha de la consulta</i>	Reason for Visit <i>Motivo de la consulta</i>	Result of Visit <i>Resultado de la consulta</i>	Full name, address, & telephone number of every health care practitioner, clinic, hospital or any other medical facility (include ZIP code) <i>Nombre completo, domicilio y número telefónico de cada proveedor de atención de la salud, clínica, o cualquier otro establecimiento médico (incluyendo el código postal)</i>

Primary's Social Security Number/Matricula Consular ID
Número del seguro social/Matrícula consular del solicitante principal

□□□□ – □□ – □□□□

PART IV (b). Statement of Health (continued)/Declaración de salud (continuación)

MEDICATIONS - Please list all medications taken currently or within the last year by anyone listed on this application./MEDICAMENTOS – Por favor, enumera todos los medicamentos que toma actualmente o que tomó durante el año pasado cualquiera de las personas enumeradas en esta solicitud.

Name of Individual <i>Nombre de la persona</i>	Condition <i>Condición</i>	Name of Medication <i>Nombre del medicamento</i>	Prescribing Physician <i>Médico que lo recetó</i>	Most Recent Refill Date <i>Fecha de surtido más reciente</i>	Strength (No. of milligrams) <i>Concentración (Cantidad de miligramos)</i>	Dosage & Frequency (How many pills & how often take) <i>Dosificación y frecuencia (cuántas píldoras toma y con qué frecuencia lo hace)</i>	Number of refills per year <i>Cantidad de surtidos por año</i>

PART V. Prior health coverage/ Cobertura de salud anterior

A. During the previous 62 days, have you been covered by health insurance? Yes/Sí No
Durante los 62 días previos, ¿ha estado cubierto por algún seguro de salud?

If "Yes," Current Carrier Effective date/ Fecha de entrada en vigencia: _____ Expected termination date
Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre del Asegurador actual: *Fecha esperada de terminación:* _____

Individual & Family HMO/HMO *individual y familiar* Group HMO/HMO *Grupal*
 Individual & Family PPO/PPO *individual y familiar* Group PPO/PPO *Grupal*
 Disability, Short Term or Interim/ *Discapacidad, a corto plazo o provisorio* Other/ *Otro:* _____

B. Has anyone on this application been a Health Net or Foundation Health Member in the last five years? Yes/Sí No
¿Alguna de las personas en esta solicitud ha sido Afiliado de Health Net o de Foundation Net en los últimos cinco años?

If "Yes," former Health Net or Foundation Health Member name
Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre del ex Afiliado de Health Net o de Foundation Net: _____

Group Number (listed on your ID card)/ *Número del grupo (aparece en su tarjeta de identificación):* _____

Member ID Number (listed on your ID card)/ *Número de identificación del Miembro (aparece en su tarjeta de identificación):* _____

□□□□ – □□ – □□□□

PART V. Prior health coverage continued/Continuación de cobertura de salud anterior

C. HIPAA Guaranteed Issue Coverage/ Cobertura según la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés)

You may be considered for coverage under the HIPAA Guaranteed Issue plans. The plan does not require medical underwriting and the rates are higher compared to the other Individual Plans. If you qualify please request the complete benefit details and rates. If you meet every condition below you are eligible for guaranteed issue in accordance with HIPAA. *Usted puede ser considerado para la cobertura de planes de emisión garantizada de acuerdo con los planes de HIPAA. El plan no requiere la contratación de seguro médico y las tarifas son más altas en comparación con otros Planes individuales. Si usted califica, por favor, solicite los detalles completos de los beneficios y las tarifas. Si usted cumple con todas las condiciones enumeradas a continuación, es elegible para una emisión garantizada de acuerdo con HIPAA.*

1. Have you had a total of at least 18 months of health care coverage (including COBRA or Cal-COBRA, if applicable) without more than a 63-day break (excluding any employer imposed waiting periods) in coverage? *¿Ha tenido como mínimo un total de 18 meses de cobertura de atención de la salud (incluyendo COBRA o Cal-COBRA, si corresponde) sin interrupciones de más de 63 días (excluyendo cualquier período de espera impuesto por el empleador) en la cobertura?* Yes/Sí No

2. Was your most recent coverage through a group health plan (COBRA and Cal-COBRA are considered group coverage)? *¿Fue su cobertura más reciente a través de un plan de seguro grupal (COBRA y Cal-COBRA son considerados como coberturas grupales)?* Yes/Sí No

3. Currently are you eligible for coverage under a group health plan, Medicare or Medicaid? *Actualmente, ¿es usted elegible para la cobertura de un plan de salud grupal, Medicare o Medicaid?* Yes/Sí No

(If yes, you are not eligible for HIPAA coverage)/ (Si la respuesta es "Sí", usted no es elegible para la cobertura según HIPAA.)

4. Was your most recent coverage terminated because of nonpayment or fraud? *¿Fue su cobertura más reciente terminada por falta de pago o por fraude?* Yes/Sí No

5. Were you eligible under COBRA or Cal-COBRA? *¿Fue usted elegible según COBRA o Cal-COBRA?* Yes/Sí No

 If Yes, start date/ *Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de inicio* _____
 If No, please explain/ *Si la respuesta es "No", por favor explique* _____

PART VI. Individual Term Life Insurance – Underwritten by Health Net Life Insurance Company - Applicant Only
Seguro individual a plazo fijo – Suscripto por Health Net Life Insurance Company - Solicitante solaments

Applicant Only/ Solicitante solamente

This insurance is not intended to replace any Life Insurance Policy currently in force. **Life Insurance requires an additional premium. (Must be at least 19 years old to enroll). The percentage indicated must equal 100%.** *Este seguro no pretende reemplazar ninguna Póliza de seguro de vida que se encuentre actualmente en vigencia. El seguro de vida requiere una prima adicional. (Debe tener por lo menos 19 años de edad para inscribirse). El porcentaje indicado debe ser igual al 100%.*

Beneficiary (Full Name)/ <i>Beneficiario (Nombre completo)</i>	Relationship/ <i>Relación</i>	%
Beneficiary (Full Name)/ <i>Beneficiario (Nombre completo)</i>	Relationship/ <i>Relación</i>	%
Beneficiary (Full Name)/ <i>Beneficiario (Nombre completo)</i>	Relationship/ <i>Relación</i>	%
SIGNATURE of APPLICANT/ FIRMA del SOLICITANTE		DATE/ FECHA

Primary's Social Security Number/Matricula Consular ID
Número del seguro social/Matrícula consular del solicitante principal

□□□□ – □□ – □□□□

PART VII. Individual & Family Plans Exception to Standard Enrollment – Statement of Accountability
Excepción a la inscripción estándar a los Planes individuales y familiares – Declaración de responsabilidad

This is to be used when the Applicant cannot complete the application because of the reason(s) indicated below. The applicant must complete the appropriate section that applies to their enrollment. This form must be submitted with the Individual & Family Enrollment Application when applicable. */Esta sección debe utilizarse cuando el Solicitante no puede completar la solicitud debido a alguna de las razones indicadas a continuación. El solicitante debe completar la sección correspondiente que se aplique a su inscripción. Cuando corresponda, este formulario debe ser enviado con la Solicitud de inscripción individual y familiar.*

I/ Yo, _____ personally read and completed the Individual & Family Enrollment Application for the Applicant named above because/ *Yo personalmente leí y completé la Solicitud de inscripción individual y familiar para el Solicitante antes mencionado porque:*

- Applicant does not read English/ *El Solicitante no lee inglés*
- Applicant does not speak English/ *El Solicitante no habla inglés*
- Applicant does not write English/ *El Solicitante no escribe en inglés*
- Other (explain)/ *Otro (explicar)* _____

Under the penalty of perjury I attest that, I translated/read to the applicant the contents of the Individual & Family Enrollment Application, including Part IX, “Conditions of Enrollment” and Part X “Important Provisions,” of the Individual & Family Enrollment Application. I accurately listed all the requested personal and medical history disclosed by: */Declaro bajo pena de perjurio que he traducido el contenido de la solicitud de inscripción individual y familiar, y he explicado completamente los contenidos de la Solicitud de inscripción individual y familiar, incluyendo la Parte IX “Condiciones de inscripción” y la Parte X “Provisiones importantes”. He indicado todos los antecedentes médicos y personales solicitados divulgados por:*

_____ (Name of applicant)/ *(Nombre del solicitante)*

Signatures and date (required in ink)/ *Firmas y fecha (se requieren en tinta)*

SIGNATURE of APPLICANT/ <i>FIRMA del SOLICITANTE</i>		Today's Date/ <i>Fecha de hoy</i>
SIGNATURE of TRANSLATOR/READER/ <i>FIRMA del TRADUCTOR/LECTOR</i>		Today's Date/ <i>Fecha de hoy</i>
TRANSLATOR/READER'S NAME (PRINT) / <i>NOMBRE DEL TRADUCTOR/LECTOR (EN IMPRENTA)</i>		TRANSLATOR/READER'S PHONE NUMBER/ <i>NÚMERO DE TELEFONO DEL TRADUCTOR/LECTOR</i>
TRANSLATOR/READER'S ADDRESS/ <i>DIRECCION DEL TRADUCTOR/LECTOR</i>		
TRANSLATOR/READER'S CITY / <i>CIUDAD DEL TRADUCTOR/LECTOR</i>	STATE/ <i>ESTADO</i>	ZIP/ <i>CÓDIGO POSTAL</i>

Primary's Social Security Number/Matricula Consular ID
Número del seguro social/Matrícula consular del solicitante principal

□□□□ – □□ – □□□□

PART VIII. Writing agent information – Without complete agent name and address, correspondence will not be sent.
Información del agente redactor – Si no se completa el nombre y el domicilio del agente, no se enviará la correspondencia.

<p>Health Net Broker ID/Identificación del agente de seguros de Health Net: _____</p> <p>_____</p> <p>Name (Print)/Nombre (en imprenta)</p> <p>_____</p> <p>Address/Dirección</p> <p>_____</p> <p>Writing Agents Signature/Number (Required) Firma/número del agente redactor (Requerido)</p>	<p>Sub-Agent ID (must be completed only if Sub-Agent Agreement is approved)/Identificación del sub agente (Debe completarse solamente si el contrato del Sub-agente está aprobado)</p> <p>_____</p> <p>Phone number/Número telefónico:</p> <p>_____</p> <p>Fax number/Número de fax:</p> <p>_____</p> <p>Email address/Corre electrónico:</p> <p>_____ / _____</p> <p>Date signed (Required) Fecha de la firma (Requerido)</p>
<p>Writing Agent Certification <i>Certificación del agente redactor</i></p> <p>Are you aware of any information not disclosed in this application that might have a bearing on the risk?/¿Sabe de cualquier información no divulgada en esta solicitud y que pudiera estar relacionada con el riesgo?</p> <p>If "Yes," please explain/Si la respuesta es "Sí", por favor explique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Did you personally see the applicant signing the application (includes spouse/domestic partner, if applying)?/¿Vio personalmente al solicitante firmar la solicitud (incluya al cónyuge/ pareja, si corresponde)?</p> <p style="text-align: right;">Yes/Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

PART IX. Conditions of enrollment/ Condiciones de inscripción

GENERAL CONDITIONS: Health Net reserves the right to reject any application for enrollment. Health Net may selectively accept the Applicant or only a dependent(s). There is no coverage unless this Application is accepted by Health Net's Underwriting Department and a Notice of Acceptance is issued to the Applicant even though you paid money to Health Net for the first month's premium. Cashing your check does not mean your application is approved. If rejected, your money will be returned to you. No other department, officer, agent or employee of Health Net is authorized to grant enrollment. An insurance agent cannot grant approval, change terms or waive requirements. Health Net may require that you take a medical examination and you will be responsible for payment of any related fees in such event. This application and all medical information or examination reports shall become a part of the Plan Contract or Insurance Policy.
CONDICIONES GENERALES: Health Net se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud para inscripción. Health Net puede aceptar selectivamente al Solicitante o sólo a los dependientes. No existe cobertura a menos que esta Solicitud sea aceptada por el Departamento de contratación de seguros de Health Net y de que se emita un Aviso de aceptación para el Solicitante, a pesar de que usted le haya pagado a Health Net por las primas de los primeros meses. El cobrar sus cheques no significa que su solicitud esté aprobada. Si dicha Solicitud es rechazada, se le devolverá el dinero. Ningún otro departamento, funcionario, agente o empleado de Health Net está autorizado a otorgar la inscripción. Un agente de seguros no puede otorgar la aprobación, cambiar los términos o eximir requisitos. Health Net puede exigirle que se realice un examen médico y usted será responsable del pago de cualquier honorario relacionado con dicho examen. Esta solicitud y toda la información médica o los informes del examen médico serán parte del Contrato del plan o de la Póliza de seguro.

□□□□ - □□ - □□□□

Any intentional or unintentional nondisclosure or misstatement of fact in application materials is cause for disenrollment and rescission of the Plan Contract or Insurance Policy and Health Net may recoup from the Subscriber (or from You or from the applicant) any amounts paid for Covered Services obtained as a result of such nondisclosure or misstatement of fact. In addition, if a Subscriber makes a false statement or omission as to the Subscriber's or Family Member's health status or history on application materials, Health Net shall have no liability for the provision of coverage under the Plan Contract or Insurance Policy. *Cualquier omisión de información o declaración falsa de los hechos, intencional o no intencional, en el material de la solicitud es causal de desafiliación y rescisión del Contrato del plan o de la Póliza de seguro y Health Net puede recuperar del Afiliado (o de Usted o del solicitante) cualquier suma pagada por los Servicios cubiertos obtenidos como resultado de dicha omisión o declaración falsa de los hechos. Además, si un Afiliado hace una declaración falsa o una omisión con respecto al estado de salud o a la historia de dicho Afiliado o de un miembro de su familia en los materiales de la solicitud, Health Net no tendrá responsabilidad alguna por la provisión de cobertura de acuerdo con el Contrato del plan o con la Póliza de seguro.*

USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION: I acknowledge and understand that health care providers may disclose health information about me or my dependents to Health Net. Health Net uses and may disclose this information for purposes of treatment, payment and health plan operations, including but not limited to, utilization management, quality improvement, disease or case management programs. Health Net's Notice of Privacy Practices is included in the Plan Contract and Insurance Policy, and that I may also obtain a copy of this Notice on the website at www.healthnet.com or through Health Net Customer Contact Center. Authorization for use and disclosure of protected health information shall be valid for a period of 30 months from the date of my signature below. *UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD: Reconozco y comprendo que los proveedores de servicios de salud pueden divulgar la información de salud mía o de mis dependientes a Health Net. Health Net utiliza y puede divulgar esta información a los efectos de tratamiento, pago y operaciones del plan de salud, incluyendo pero no limitándose, al manejo de la utilización, a la mejora de la calidad y a programas de manejo de enfermedades o de casos. El Aviso de prácticas de privacidad de Health Net está incluido en el Contrato del plan y en la Póliza de seguro y también puedo obtener una copia de dicho Aviso en el sitio web, en www.healthnet.com o a través de los Servicios al afiliado de Health Net. La Autorización para uso y divulgación de información protegida sobre la salud será válida por un periodo de 30 meses de la fecha de mi firma a continuación*

IF SOLE APPLICANT IS A MINOR: If the sole Applicant under this application is under 18 years of age, the Applicant's parent or legal guardian must sign as such. By signing, he or she does hereby agree to be legally responsible for the accuracy of information in this Application and for payments of premiums. If such responsible party is not the natural parent of the Applicant, copies of the court papers authorizing guardianship must be submitted with this Application. *SI EL ÚNICO SOLICITANTE ES MENOR DE EDAD: Si el único Solicitante en esta solicitud es menor de 18 años de edad, el padre o el tutor legal de dicho Solicitante debe firmar como tal. Al firmar, él o ella acuerdan por la presente ser legalmente responsables por la exactitud de la información en esta Solicitud y por el pago de las primas. Si dicha parte responsable no es el padre biológico del Solicitante, se deben presentar, junto con esta Solicitud, copias de los documentos judiciales que autorizan la tutela.*

IF APPLICANT CANNOT READ ENGLISH: If an Applicant does not read English, the translator and Applicant must sign and submit the Statement of Accountability for translating this entire Application (on page 11, PART VII of this Application). *SI EL SOLICITANTE NO PUEDE LEER EN IDIOMA INGLÉS: Si el Solicitante no lee inglés, el traductor y el Solicitante deben firmar y enviar la Declaración de responsabilidad para traducir toda esta Solicitud (la misma se encuentra en la página 11, PARTE VII de esta Solicitud).*

PART X. Important Provisions/Disposiciones importantes

NOTICE: For your protection, California law requires the following to appear on this form. Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison. **California law prohibits an HIV test from being required or used by health care services plans or insurance companies as a condition of obtaining coverage.** *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 el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en la prisión estatal. Las leyes de California prohíben que los planes de servicio de atención de la salud o las compañías de seguro de salud exijan o utilicen una prueba de VIH como condición para obtener una cobertura.*

ACKNOWLEDGEMENT AND AGREEMENT: I, the applicant, understand and agree that by enrolling with or accepting services from Health Net, I and any enrolled dependents are obligated to understand and abide by the terms, conditions and provisions of the Plan Contract or Insurance Policy. I, the applicant, have read and understand the terms of this Application and my signature below indicates that the information entered in this Application is complete, true and correct, and I accept these terms. *RECONOCIMIENTO Y ACUERDO: Yo, el solicitante, entiendo y acepto que al inscribirme en Health Net o al aceptar servicios de ésta, yo y cualquier dependiente afiliado estamos obligados a entender y acatar los términos, condiciones y disposiciones del Contrato del plan o de la Póliza de seguro. Yo, el solicitante, he leído y comprendido los términos de esta solicitud y mi firma a continuación indica que la información provista en esta solicitud está completa, es verdadera y correcta y que acepto estos términos.*

BINDING ARBITRATION: I, the applicant, understand and agree that any and all disputes or disagreements between me (including any of my enrolled family members or heirs or personal representatives) and Health Net regarding the construction, interpretation, performance or breach of the Health Net Plan Contract or Insurance Policy, or regarding other matters relating to or arising out of my Health Net membership, whether stated in tort, contract or otherwise, and whether or not other parties such as health care providers, or their agents or employees, are also involved, must be submitted to final and binding arbitration in lieu of a jury or court trial. I understand that, by agreeing to submit all disputes to final and binding arbitration, all parties, including Health Net, are giving up their constitutional right to the extent permitted by law to have their dispute decided in a court of law before a jury. I also understand that disputes that

□□□□ – □□ – □□□□

I may have with Health Net involving claims or medical malpractice (that is, whether any medical services rendered were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently or incompetently rendered) are also subject to final and binding arbitration. A more detailed arbitration provision is included in the Plan Contract or Insurance Policy. My signature below indicates that I understand the terms of this Binding Arbitration Clause and agree to submit disputes to binding arbitration. *ARBITRAJE VINCULANTE: Yo, el solicitante, entiendo y acepto que se deben someter a un arbitraje inapelable y vinculante en vez de a un jurado o juicio cualquiera y todas las disputas o los desacuerdos entre Health Net y yo (incluido cualquiera de los miembros afiliados de mi familia, herederos o representantes personales) con respecto a la construcción, interpretación, ejecución o incumplimiento del Plan del contrato o de la Póliza de seguro de Health Net o con respecto a otros asuntos relacionados con mi afiliación a Health Net o que surjan de ella, ya sea que estén especificadas en un acto ilícito extracontractual, en el contrato u otro y que otras partes, tales como proveedores de atención de la salud o sus agentes o empleados, estén involucradas o no. Entiendo que, al estar de acuerdo en someter todas las disputas a un arbitraje inapelable y vinculante, todas las partes, incluyendo a Health Net, están renunciando a su derecho constitucional, hasta el punto permitido por la ley, de que sus disputas sean resueltas en un tribunal de justicia ante un jurado. También entiendo que las disputas que yo pueda tener con Health Net y que involucren reclamos o mala praxis 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. En el Contrato del plan o en la Póliza de seguro se incluye una disposición de arbitraje más detallada. Mi firma a continuación indica que entiendo los términos de esta Cláusula de arbitraje vinculante y que estoy de acuerdo en someter las disputas a un arbitraje vinculante.*

APPLICANT OR PARENT OR LEGAL GUARDIAN'S SIGNATURE IF APPLICANT IS UNDER 18 YEARS OLD <i>FIRMA DEL PADRE o TUTOR LEGAL SI EL SOLICITANTE ES MENOR DE 18 AÑOS</i>	Date Signed <i>Fecha de la firma</i>
SPOUSE/DOMESTIC PARTNER'S SIGNATURE <i>FIRMA DEL CÓNYUGE O PAREJA</i>	Date Signed <i>Fecha de la firma</i>
SIGNATURE OF APPLICANT'S DEPENDENT (age 18 or older) <i>FIRMA DEL DEPENDIENTE SOLICITANTE (18 años o más)</i>	Date Signed <i>Fecha de la firma</i>
SIGNATURE OF APPLICANT'S DEPENDENT (age 18 or older) <i>FIRMA DEL DEPENDIENTE SOLICITANTE (18 años o más)</i>	Date Signed <i>Fecha de la firma</i>

Applicants' Signatures (the applicant must personally sign his/her name and agree to the Arbitration Clause in order for the application to be processed) **Required in ink/Firmas del solicitante** (el solicitante debe firmar personalmente y aceptar la Cláusula de arbitraje para que se pueda procesar esta solicitud) *Se requiere en tinta*

Health Net reserves the right to cancel, rescind, or terminate any policy where this Application and Agreement was signed by anyone other than the applicant. Neither Broker nor any other person may sign this Application and Agreement. *Health Net se reserva el derecho de cancelar, rescindir o terminar cualquier póliza en el evento que cualquier persona distinta al solicitante haya firmado esta solicitud y acuerdo. Ni el corredor de seguros ni cualquier otra persona puede firmar este Contrato de arbitraje.*

Make personal check payable to "Health Net"/*Extienda un cheque personal pagadero a "Health Net"*

Return Completed Application to: Health Net Individual and Family Enrollment, Post Office Box 1150 Rancho Cordova, California 95741-9847/*Devuelva la solicitud llena a Health Net Individual and Family Enrollment, Post Office Box 1150 Rancho Cordova, California 95741-9847*

You may submit a photocopy or facsimile of the Application and Authorizations. Health Net recommends that you retain a copy of this Application and Authorizations for your records. *Puede enviar una fotocopia o fax de la Solicitud y de las Autorizaciones. Health Net recomienda que conserve una copia de esta Solicitud y de las Autorizaciones.*

All references to "Health Net" herein include the affiliates and subsidiaries of Health Net which underwrite or administer the coverage to which this Enrollment Application applies. "Plan Contract" refers to the Health Net of California, Inc. Combined Contract and Evidence of Coverage; "Insurance Policy" refers to Health Net Life Insurance Company Explanation of Your Insurance Plan, Health Net PPO Policy. *Todas las referencias a "Health Net" de este documento incluyen las subsidiarias y afiliadas de Health Net que garantizan o administran la cobertura a la que se aplica esta Solicitud de inscripción. "Contrato del plan" se refiere al Contrato combinado y Evidencia de Cobertura de Health Net of California, Inc.; "Póliza de seguro" se refiere a la Póliza de Health Net PPO, Explicación del plan de seguro de Health Net Life Insurance Company.*

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Health Net's Pay Option - Monthly Automatic Payment for Individual & Family Plans
Opciones de pago de Health Net: (Giro bancario automático)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIMPLE PAY OPTION
(AUTOMATIC BANK DRAFT)
OPCIÓN DE PAGO SIMPLE
(GIRO BANCARIO
AUTOMÁTICO) | <input type="checkbox"/> First month's payment
<i>Pago del primer mes</i> | <input type="checkbox"/> Monthly premium payment
<i>Pago de la prima mensual</i> |
|---|--|---|

Monthly premium charge can be withdrawn directly from your personal checking account. The premium will be withdrawn from your bank account about ten days in advance of the due date. **If you select this payment option you must send a personal check for the first month's premium.** / *Los gastos de las primas mensuales pueden ser debitados directamente de su cuenta corriente personal. La prima será debitada de su cuenta bancaria aproximadamente diez días antes de la fecha de vencimiento. Si usted elige esta opción de pago, debe enviar un cheque personal para el pago de la prima del primer mes.*

Account Holder's Social Security Number/Reference ID <i>Número del seguro social de titular de la cuenta/Reference ID</i>	Transit Routing Number (9-digits) <i>Número de código de ingreso directo en cuenta</i>	Account Number <i>Número de cuenta</i>
Member's Name/ <i>Nombre de afiliado</i>		
Bank Name/ <i>Nómbre del banco</i>		State/ <i>Estado</i>

As a convenience, I request and authorize Health Net to pay and charge to the above account checks drawn on that account by and payable to the order of "Health Net" provided there are sufficient collected funds in said account to pay the same upon presentation. I understand that the Premium withdrawn from my account will be for the future bill period plus any past due balances and my first month's withdraw may be for multiple periods if I did not submit a binder check or due to the timing of the set up. I agree that Health Net's rights in respect to each such check shall be the same as if it were a check written to Health Net and signed personally by me. This authority is to remain in effect until revoked by me in writing and until Health Net actually receives such notice, I agree that Health Net shall be fully protected in honoring any such check. (Note: A 30-day notice is required to discontinue this service due to the time required to initiate this change with your bank.) / *Para comodidad, solicito y autorizo a Health Net a pagar y cobrar de la cuenta antes mencionada, los cheques emitidos sobre esa cuenta por y pagaderos a la orden de "Health Net", siempre y cuando haya fondos suficientes reunidos en dicha cuenta para pagar los cheques antes mencionados, al presentarlos al cobro. Entiendo que el débito de la Prima, realizado de mi cuenta, puede ser para el próximo período de facturación más saldos anteriores vencidos y que mi primer débito mensual puede ser realizado para varios períodos si no envié un cheque de la póliza de seguro provisional al momento de la gestión. Estoy de acuerdo en que los derechos de Health Net en relación con cada uno de esos cheques, serán los mismos que en el caso de que fuera un cheque emitido a nombre de Health Net y firmado personalmente por mí. Dicha autorización continuará vigente hasta que sea revocada, por escrito, por mí y hasta que Health Net reciba realmente dicho aviso; estoy de acuerdo también en que Health Net estará completamente protegida al cobrar cualquiera de esos cheques. (Nota: Para interrumpir este servicio se requiere una notificación enviada dentro de los 30 días, debido al tiempo requerido para iniciar este cambio en su banco.)*

Automatic Bank Draft (ABD) transmissions are submitted to the bank approximately the 20th of every month, for the following month's premium. It can take upwards of 6 weeks to process an ABD request. Therefore, your premium should be submitted with your request for ABD, and/or manual payment should continued to be remitted to Health Net, until such time that you receive confirmation of ABD commencement in writing from Health Net. / *Las transferencias mediante Giro bancario automático (ABD, por sus siglas en inglés) son enviadas al banco el día 20 de cada mes, aproximadamente, para el pago de la prima del mes siguiente. El proceso de una solicitud de ABD puede llevar hasta 6 semanas. Por consiguiente, su prima debe ser enviada junto con su solicitud de ABD y / o seguida de un pago manual remitido a Health Net hasta el momento en que usted reciba una confirmación por escrito de parte de Health Net, del inicio del ABD.*

I further agree that if any such check be dishonored, whether with or without cause and whether intentionally or inadvertently, I will be charged a \$25 service charge for each occurrence. I understand Health Net shall be under no liability whatsoever even though such dishonor may result in the forfeiture of health coverage. / *También estoy de acuerdo en que, si dicho cheque no se paga, ya sea con o sin motivo e intencionalmente o inadvertidamente, se me cobrará un gasto de \$25 por servicio por cada vez que esto ocurra. Entiendo que Health Net no tendrá ningún tipo de responsabilidad aun cuando el no pago del cheque antes mencionado pueda resultar en la pérdida de la cobertura de salud.*

SIGNATURE of ACCOUNT HOLDER (Required to Process) FIRMA del TITULAR DE LA CUENTA (Se requiere para el proceso)	Date/Fecha
---	-------------------

**Primary's Social Security Number/Matricula Consular ID/
Número del seguro social/Matrícula consular del solicitante principal**

□□□□ – □□ – □□□□

CREDIT CARD
TARJETA DE CRÉDITO

First month's payment
Pago del primer mes

Monthly premium payment
Pago de la prima mensual

Monthly premium charge can be charged directly to your credit card account. The premium will be charged to your credit card account approximately ten days in advance of the due date. *Los gastos de las primas mensuales pueden ser cargados directamente a la cuenta de su tarjeta de crédito. La prima será cargada a la cuenta de su tarjeta de crédito aproximadamente diez días antes de la fecha de vencimiento.*

First Name (as on card)/Primer nombre <i>(como aparece en la tarjeta de crédito)</i>	Middle (as on card)/Segundo nombre <i>(como aparece en la tarjeta de crédito)</i>	Last Name (as on card) <i>Apellido (como aparece en la tarjeta de crédito)</i>	Card type <i>Tip de tarjeta</i> <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard
Account Number 16-digits (complete) <i>16 dígitos del número de cuenta (completos)</i>	Expiration Date (mm/yyyy) <i>Fecha de vencimiento (mes/año)</i>	*Signature Panel Code <i>*Código de autorización</i>	Cardholder's email address/Correo electrónico del titular de la tarjeta
Billing Address/Domicilio de facturación		City/Ciudad	State/Estado Zip/Código postal ¹

***Signature Panel Code can be found on the back of your credit card. This 3-4 digit code is usually the last three digits located in the signature panel. This information is required in order for the credit card to be processed/El Código de autorización se puede encontrar en el reverso de su tarjeta de crédito. Este código de 3 ó 4 dígitos generalmente son los últimos tres dígitos que se encuentran en la banda de la firma. Esta información es necesaria para poder procesar la tarjeta de crédito.**

As a convenience, I request and authorize Health Net or Health Net Life Insurance Company ("Health Net") to charge my credit card account identified above for the payment of my initial premium and/or my monthly premium. I understand that the Premium charged to my account will be for the future bill period plus any past due balances and that my first month's withdraw / charge may be for multiple periods depending upon date of approval and the bill period. This authority is to remain in effect until revoked by me in writing and until Health Net actually receives such notice, I agree that Health Net shall be fully protected in honoring any such charge. (Note: A 30-day notice is required to discontinue this service due to the time required to initiate this change with your credit card company.) I further agree that if my credit card is declined for payment, whether with or without cause and whether intentionally or inadvertently, I will be charged a \$25 service charge for each occurrence. Credit card transmissions are submitted to the bank approximately the 20th of every month, for the following month's premium. *Como comodidad, solicito y autorizo a Health Net o a Health Net Life Insurance Company ("Health Net") a cargar a la cuenta de mi tarjeta de crédito antes mencionada, el pago de la prima inicial y / o de las primas mensuales. Entiendo que la Prima cargada a mi cuenta será para el próximo periodo de facturación más cualquier saldo anterior vencido y que el débito / cobro de mi primer mes puede ser para varios periodos, dependiendo de la fecha de aprobación y del periodo de facturación. Esta autorización continuará vigente hasta que sea revocada, por escrito, por mí y hasta que Health Net reciba realmente dicho aviso; estoy de acuerdo también en que Health Net estará completamente protegida al cobrar dichos importes. (Nota: Para interrumpir este servicio se requiere una notificación enviada dentro de los 30 días, debido al tiempo requerido para iniciar este cambio en la compañía de su tarjeta de crédito.) También estoy de acuerdo en que, si mi tarjeta de crédito es rechazada para el pago, ya sea con o sin motivo e intencionalmente o inadvertidamente, se me cobrará un gasto de \$25 por servicio por cada vez que esto ocurra. Las transferencias mediante tarjeta de crédito son enviadas al banco el día 20 de cada mes, aproximadamente, para el pago de la prima del mes siguiente.*

¹The zip code must match the cardholders address otherwise the credit card cannot be processed./El código postal debe coincidir con el domicilio del titular de la tarjeta, de lo contrario, no puede procesarse la tarjeta de crédito.

SIGNATURE of CREDIT CARD ACCOUNT HOLDER (Required to Process)/FIRMA del TITULAR DE LA CUENTA DE LA TARJETA DE CREDITO (Esto es necesario para poder procesarla)	Date/Fecha
---	------------

This is a translation in extract form from English to Spanish of Health Net's Enrollment Form. This translated Enrollment Form is provided solely for your convenience. The persons enrolling in Health Net under this form understand that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. A copy of Health Net's Enrollment Form in English is available upon request. *La presente es una traducción extraída del inglés al español del Formulario de inscripción de Health Net. Este Formulario de inscripción traducido es provisto sólo para su conveniencia. Las personas que se inscriben en Health Net con este formulario comprenden que todos los derechos, responsabilidades y / o obligaciones legales son regidos por la versión original en inglés de este documento. Una copia del Formulario de inscripción de Health Net en inglés está disponible a pedido.*

STATEMENT OF ACCOUNTABILITY

I, _____ hereby authorize **KCAL Insurance Agency** as my Agent to assist me in completing this application form because:

I do not read or write English

Or, if other explain _____

My agent explained and translated this form and I fully understand its contents and the conditions of enrollment. I have willingly disclosed to my Agent all the requested personal information and the medical information required to complete this form. I understand that I am solely responsible for the accuracy of all personal and medical information that I have provided.

I understand specifically that this application does **NOT** include *life* and *dental* coverage.

If I want to can cancel my insurance, I understand that I must notify my Insurance Company or my Agent at least 30 days prior to cancellation. I understand that I may be charged for one month premium if my policy is cancelled because of non-payment.

X _____
(Signature of Applicant)

Date: _____
(Date Signed)

責任聲明

我， _____， 授權我的保險代理人 **KCAL Insurance Agency** 協助我填寫此表格。因為：

我不能夠閱讀或書寫英語。

其它原因： _____

我的保險代理人為我翻譯並解釋此表格，我已完全明白此表格的內容及申請條件。對此表格中所需要的個人資料及病歷，我已全部並自願地提供給我的代理人。我本人對所提供的資料及病歷的準確性負有全部責任。如我提供的資料中有任何不實及隱瞞，都與我的代填表人—**KCAL Insurance Agency** 無關。

我亦明白此申請表的保險範圍並不包括人壽及牙齒保險項目。

如果我想要取消我的保險，我明白我必需在 30 天前向保險公司或我的保險代理人通知。我明白我將會被多收取一個月的月費，假如我的保險是因為欠繳保費而被取消。

X _____
(申請人簽名)

Date: _____
(簽名日期)

Verification & Power of Attorney

This is to verify that all information contained in the application for health insurance coverage dated _____ was furnished and/or provided by me and that all such information are truthful and accurate. I hereby authorize KCAL Insurance Agency as my agent and attorney-in-fact for the purpose entering the information furnished and/or provided by me on-line for the purpose of applying for health insurance coverage on my behalf. I accept full responsibility for the information furnished or provided by me. I do hereby and for my successors and assigns release, acquit and forever discharge KCAL Insurance Agency, and its agents, principals, employees, successors, heirs, executors, administrators, insurer, and all other persons, firms, corporation, associations or partnerships (“KCAL Insurance Agency”) of and from any and all liabilities, claims, actions, causes of action, demands, rights, damages, costs, loss of service, expenses and compensation whatsoever that are in any way related to the information furnished or provided by me. I further agree to pay, protect, defend and save KCAL Insurance Agency harmless from and against, and hereby indemnifies KCAL Insurance Agency from and against any and all liabilities, obligations, losses, damages, costs and expenses, causes of action, suits, claims, demands and judgments of any nature or description whatsoever related to my failure to provide the necessary information or providing and/or furnishing of false or misleading information.

I hereby acknowledge that I have read and understand the above statements and as well as all the questions on the application for health insurance coverage and that KCAL Insurance Agency has fully explained to me all the negative impacts that may result from providing false or misleading information and/or omission of information. KCAL Insurance Agency further explained to me fully of the exact nature of the coverage or the insurance product that I am applying for or about to purchase, including but not limited to its inclusions, exclusions and limitations. I was also given the opportunity to ask questions on the application and that all such questions (if any) have been fully addressed by KCAL Insurance Agency.

Name

Date

華 興 保 險

KCAL INSURANCE AGENCY

2048 S. Hacienda Blvd., Hacienda Heights, CA. 91745

Tel: (626) 333-1111 Fax: (626) 369-7539

License Number: OB07015

Disclaimer:

I, _____, (the client) acknowledge that my representing Kcal insurance agent has provided me with a full understanding of the contents and terms of eligibility of the insurance product I am about to purchase.

I also acknowledge that I have been made aware of what the insurance product I am about to purchase includes and excludes, particularly that the policy I am purchasing **DOES NOT INCLUDE MATERNITY COVERAGE.**

~~~~~

*By signing below, you agree to defend, indemnify and hold harmless KCAL Insurance Agency, its affiliates, subsidiaries, and their respective directors, officers, employees and agents from and against all claims and expenses, including attorneys' fees, arising out of your violation of this disclaimer.*

X \_\_\_\_\_

**(Signature of Client)**

**Date:** \_\_\_\_\_

**(Date Signed)**