



54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Teléfono: (800) 223-4590 • Fax: (949) 892-1352 • Email: enrollment@unitedag.org

FAVOR DE SOLAMENTE USAR PLUMA. Favor de llenar por completo para evitar retrasos.
◇ Favor de usar el Formulario de Cambios de Inscripción de UABT para cambiar su estado o cobertura. ◇

UnitedAg Use Only

Date Eff. _____

Initials _____

Date _____

Nombre y Número de Compañía:

Fecha Efectiva:

☐ Médico Plan _____ ☐ Prescripción Plan _____ ☐ Dental Plan _____ ☐ Visión Plan _____ ☐ De Vida Plan _____	1. Inscripción Razon ☐ Contratación Nueva ☐ Empleado Recontratado Fecha: _____ ☐ Cambio de Estado Fecha: _____ ☐ Inscripción de Grupo Nuevo ☐ Inscripción Abierta ☐ Inscripción Tarde Razón: _____ ☐ COBRA Fecha Original de Efectividad: _____ Evento Calificador: _____
---	---

2. Información del Empleado (si se inscribe): Límite de 20 letras

Fecha de Contratación	Ocupación	Fecha de Nacimiento (formato: MM/DD/AAAA)	Género ☐ M ☐ F	No. de Seguro Social (escriba "N/A" si no es disponible)
Apellido				
Primer Nombre				Inicial
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono Móvil (necesario)	Correo Electrónico Personal (necesario)	Idioma Preferido (necesario) ☐ Inglés ☐ Español		

3. Información de Dependiente (si se inscribe): *Favor de Notar: Se requiere una Declaración de Asociación Doméstica para Cuidado Médico firmado y notariado para inscribir una pareja doméstica. Los dependientes mayores de 18 años recibirán su explicación de beneficios (EOB).

Género (seleccione las opciones abajo)	Apellido (omite si mismo que el empleado) Límite de 20 letras	Primer Nombre (Límite de 20 letras)	Inicial de Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento (formato:MM/DD/AAAA)	No. de Seguro Social (escriba "N/A" si no es disponible)	Teléfono Móvil (obligatorio si disponible)
Círculo: Cónyuge / Pareja Doméstica ☐ M ☐ F						
Domicilio (si no viven con empleado)	Correo Electronico	Idioma Preferido ☐ Inglés ☐ Español				
Niño/a ☐ M ☐ F						
Domicilio (si no viven con empleado)	Correo Electronico	Idioma Preferido ☐ Inglés ☐ Español				
Niño/a ☐ M ☐ F						
Domicilio (si no viven con empleado)	Correo Electronico	Idioma Preferido ☐ Inglés ☐ Español				
Niño/a ☐ M ☐ F						
Domicilio (si no viven con empleado)	Correo Electronico	Idioma Preferido ☐ Inglés ☐ Español				
Niño/a ☐ M ☐ F						
Domicilio (si no viven con empleado)	Correo Electronico	Idioma Preferido ☐ Inglés ☐ Español				

4. Designación de Beneficiario para el Seguro de Vida de Grupo: Yo aplico para beneficios de seguro de vida y designo al beneficiario nombrado abajo para recibir la compensación correspondiente, si hay alguna, pagada en el evento de mi fallecimiento. Beneficiario Principal Parentesco Beneficiario Suplente Parentesco Si usted está casado/a y su cónyuge no es el Beneficiario Principal, favor de obtener la firma de su cónyuge como indicación de consentimiento. Firma del Cónyuge Fecha	5. Otras Coberturas de los Solicitantes: 1. Es alguien elegible o cubierto por Medicare? Si su respuesta es sí, indique? _____ Sí ☐ No ☐ 2. Tiene actualmente otra cobertura de salud? Si su respuesta es sí, qué proveedor de salud? _____ Sí ☐ No ☐ Sus Dependientes? Si su respuesta es sí, qué proveedor de salud? _____ Sí ☐ No ☐ 3. Tiene la intención de continuar la cobertura de grupo? _____ Sí ☐ No ☐ Sus Dependientes? _____ Sí ☐ No ☐
---	--

UABT no restringe beneficios para cualquier duración de estancia en hospital relacionada con un parto, para la madre o para el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas, después de un parto por cesárea. Sin embargo, la Ley Federal no prohíbe al médico / proveedor responsable de los servicios a la madre o al bebé recién nacido a darlos de alta antes de que se cumplan las 48 horas (o 96 horas según sea aplicable). En cualquier caso, UABT no requerirá al proveedor a obtener la autorización para recomendar una estancia con duración menor a 48 horas (o 96 horas). Si usted ha sido sometida – o se someterá – a una mastectomía, usted tiene derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer en la Mujer de 1998 (conocida por sus siglas en inglés – WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con mastectomía, la cobertura se proporcionará en la forma en que se determine en consulta con el médico responsable y la paciente, para (1) todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se practicó la mastectomía; (2) cirugía y reconstrucción del otro seno con el fin de producir una apariencia simétrica; (3) prótesis, y (4) tratamiento de las complicaciones físicas propias de la mastectomía, incluyendo linfedema. Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles, co-pagos y gastos incidentales aplicables para otros beneficios médicos y quirúrgicos que se ofrecen bajo su plan de UABT. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la Ley WHCRA, por favor comuníquese al Departamento de Servicio de Miembro de UABT, al teléfono (800) 223-4590.

La información declarada arriba es para el objeto de obtener participación en UABT y es verdadera y completa en mi mejor conocimiento. Yo entiendo que si la información aquí proporcionada es falsa, UABT reserva el derecho de declinar cualquier reclamo médico y revocar la participación en UABT retroactiva a la fecha efectiva de la participación. Esta declaración de salud constituye parte de mi aplicación para beneficios bajo el Documento del Plan. Yo entiendo de que la participación en UABT no será efectiva hasta que el primer pago se haya hecho y que UABT apruebe y acepte esta aplicación. Doy permiso a UnitedAg y a sus proveedores afiliados para enviarme correos electrónicos y mensajes de texto con información sobre mis beneficios de salud. Tome en cuenta que ninguna información personal será vendida.

Firma del
Aplicante

Fecha

Declaración sobre Divulgación Electrónica de Información del Plan

Esta forma de consentimiento explica los requerimientos para la divulgación electrónica de documentos. Bajo la Ley de 1974 de la Seguridad de Ingresos para Empleados Retirados (ERISA) y reglamentos relacionados, usted debe ofrecer su consentimiento voluntario para recibir copias electrónicas de comunicaciones de beneficios a los empleados. **El objetivo de esta Forma de Consentimiento es obtener su consentimiento voluntario para recibir todos los documentos e información, así como divulgaciones obligatorias sobre ERISA por medio de entregas electrónicas en lugar de recibir dicha información en papel.** UnitedAg, como Administrador del Plan de United Agricultural Benefit Trust (UABT o el Plan), desea entregar vía medios electrónicos los siguientes documentos:

- Descripción Resumida del Plan (SPD) y Resúmenes de las Modificaciones Materiales (SMMs);
- Informe Anual Resumido (SAR);
- Resúmenes de Beneficios y Cobertura (SBC);
- Notificaciones Anuales relacionadas con Medicare Parte D, Programa de Seguros Médicos para Menores (CHIP) y Ley de Derechos de la Mujer a la Salud y Atención en caso de Cáncer (WHCRA);
- Notificaciones del Mercado de Seguros de Gastos Médicos;
- Certificados HIPAA de cobertura acreditable; y
- Cualquier documentos de ERISA requeridos con respecto al Plan, a su solicitud o solicitud de su beneficiario.

Método de Entrega Electrónica a Utilizar

Los documentos de ERISA requeridos se publicarán en el Portal de UnitedAg Health, en <http://webportal.unitedag.org>. Usted recibirá un correo electrónico de UnitedAg notificándole la publicación del documento en el Portal de Salud (Health Portal).

Cómo tener acceso a los Documentos en el Portal de Salud

Si usted no ha creado una cuenta en el Portal de Salud de UnitedAg, por favor hágalo lo más pronto posible. Entre a la página <http://webportal.unitedag.org>, haga clic en el botón verde identificado como "Register" (registrar) bajo la frase "First Time User" (Usuario por primera vez) para establecer su cuenta. Una vez que esté en el Portal de Salud, haga clic en la pestaña verde, identificada como "Documents" (Documentos) en el lado izquierdo de la pantalla. Usted puede descargar todos los documentos de ERISA publicados bajo la pestaña de "Documents" (Documentos). Para tener acceso a los documentos del Portal de Salud, es necesario que usted tenga (1) acceso a internet con una computadora o teléfono inteligente (iPhone o Android) usando un navegador Chrome, Safari o Firefox; (2) una cuenta de correo electrónico que le permita a usted enviar y recibir correos electrónicos, y (3) un visor de archivos PDF (como Adobe Reader que está disponible sin costo en <https://get.adobe.com/reader>) instalado en su dispositivo. El visor de PDF le permite abrir y descargar el documento. Para retener una copia del documento, usted debe (1) imprimir una copia en una impresora que haya dado de alta en su dispositivo; o (2) guardar una copia en su dispositivo o memoria USB. Si usted ya no podrá tener acceso a obtener documentos transmitidos electrónicamente, se le entregará una notificación que requerirá que entregue otra Forma de Consentimiento para recibir documentos vía electrónica.

Su derecho a Obtener una Copia en Papel sin Costo

Usted tiene el derecho a solicitar y obtener una copia en papel, libre de costo, de cualquier documento de ERISA que se publique en el Portal de Salud. Comuníquese al Depto. de Servicio a Miembros de UnitedAg al teléfono 800.223.4590 o envíe un correo electrónico memberservices@unitedag.org para solicitar su copia en papel.

Autorización

Confirmando que he leído la Declaración sobre la Divulgación Electrónica de Información del Plan. Yo voluntariamente doy mi consentimiento para que se divulguen por vía electrónica todos los documentos requeridos de ERISA mencionados anteriormente. Entiendo que recibiré copias de estos documentos requeridos de ERISA al acceder al Portal de Salud de UnitedAg. He verificado que tengo la capacidad y el/los dispositivo(s) electrónico(s) para acceder al Portal de Salud de UnitedAg. Entiendo que necesito crear una cuenta en el Portal de Salud de UnitedAg para tener acceso a estos documentos de ERISA. Estoy de acuerdo que en caso de que cambie mi dirección de correo electrónico, deberé notificar a la Administración del Grupo UnitedAg por medio de correo enviado a enrollment@unitedag.org. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento al enviar un correo electrónico a UnitedAg a la dirección enrollment@unitedag.org usando la frase "Retiro de Consentimiento para Divulgación Electrónica" (Consent Withdrawn for Electronic Disclosure) en la línea de referencia junto con mi nombre completo, dirección y número telefónico. Entiendo que yo tengo derecho a recibir una copia en papel de todos los documentos requeridos de ERISA sin costo, a solicitud.

Imprimir nombre de miembro:

Número de identificación de miembro:

Firma del miembro:

Fecha:

Correo electrónico:



54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105

RENUNCIO DE COBERTURA

54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105

Teléfono: (800) 223-4590 • Fax: (949) 892-1352 • Email: enrollment@unitedag.org

FAVOR DE SOLAMENTE USAR PLUMA. Favor de llenar por completo para evitar retrasos.

◇ Favor de usar el Formulario de Cambios de Inscripción de UABT para cambiar su estado o cobertura.◇



UnitedAg Use Only

Date Eff. _____

Initials _____

Date _____

Número de Grupo:	Nombre de la Compañía:
------------------	------------------------

Fecha de Renuncia:	1. Razón de Renuncio de Cobertura (por favor marque uno)	2. Renuncio de Cobertura (marque todo lo que corresponda)
☐ Médico Plan _____ ☐ Prescripción Plan _____ ☐ Dental Plan _____ ☐ Visión Plan _____ ☐ De Vida Plan _____	☐ Tiene otra cobertura Nombre de otra cobertura: _____ ☐ Cobertura por Medicare ¿Indiqué?: _____ ☐ Costo muy alto ☐ Otra razón _____	☐ Yo ☐ Cónyuge / Pareja Doméstica ☐ Niño(s)

3. Información del Empleado (si renuncio):			
Fecha de Contratación	Ocupación	Fecha de Nacimiento (formato:MM/DD/AAAA)	Género ☐ M ☐ F
		No. de Seguro Social	
Apellido	Primer Nombre		Inicial de segundo nombre
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Correo Electronico		

4. Información de Dependiente (si renuncio):						
Género	Apellido (omita si mismo que el empleado)	Primer Nombre	Inicial de segundo nombre	Fecha de Nacimiento (Formato:MM/DD/AAAA)	No. de Seguro Social (escriba "N/A" si no es disponible)	Domicilio (si no viven con miembro)
Circule: Cónyuge / Pareja Doméstica ☐ M ☐ F						
Niño/a ☐ M ☐ F						
Niño/a ☐ M ☐ F						
Niño/a ☐ M ☐ F						
Niño/a ☐ M ☐ F						
Niño/a ☐ M ☐ F						

5. Firma del Aplicante:	
Si usted declina la inscripción en el Fideicomiso de Beneficios de United Agricultural Benefit Trust (UABT) para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a que cuenta con otro seguro médico o con cobertura médica de grupo, usted podrá inscribirse – y a sus dependientes – en UABT si usted o sus dependientes pierden elegibilidad en esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer las contribuciones para las coberturas de usted y sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar su inscripción dentro de un periodo de 31 días después de que termina su cobertura y la de sus dependientes (o después de que el empleador deja de hacer las contribuciones para la cobertura mencionada). Si como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción usted tiene un nuevo dependiente, usted podrá inscribirse y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de un periodo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción. Si usted declina la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluyendo su cónyuge) mientras está en vigor cobertura de Medicaid u otra cobertura de programa de seguro médico para niños del estado, usted podrá inscribirse y a sus dependientes en UABT si usted o sus dependientes pierden elegibilidad en esa otra cobertura. No obstante, usted debe solicitar la inscripción dentro de un término de 60 días que inicia a partir de que termina la cobertura para usted o sus dependientes bajo Medicaid o bajo el programa de seguro médico para niños del Estado. Si usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) resultan elegibles a subsidio de asistencia de prima estatal de Medicaid o a través de un programa de seguro médico para niños del estado con respecto a la cobertura bajo UABT, usted podrá inscribirse y a sus dependientes en este plan. Sin embargo, usted debe inscribirse dentro de un periodo de 60 días que inicia a partir de la fecha de la determinación de elegibilidad a dicha asistencia para usted o sus dependientes. Yo (nosotros) estamos renunciando a la cobertura bajo el plan ofrecido por mi (nuestro) Empleador a través de UABT. Yo (nosotros) entiendo de que al renunciar a la elección de esta cobertura actualmente, me calificará como "Participante de Inscripción Tarde" lo cual puede resultar en un periodo de espera de 12 meses, cuando yo (nosotros) elija inscribirme en una fecha posterior a la actual. Yo (nosotros) puedo, sin embargo, calificar como un "Participante de Inscripción Tarde Especial" (sin periodo de espera) cuando yo (nosotros) procure la inscripción en una fecha posterior a la actual. Así calificado como un "Participante de Inscripción Especial" yo (nosotros) calificaría para participación en el plan de Salud de mi (nuestro) Empleador sin el periodo de espera de 12 meses siempre y cuando yo (nosotros) presente la aplicación para beneficios durante los primeros 31 días de la pérdida de la cobertura alternativa.	
Firma del Aplicante:	Fecha: