



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA FIDEICOMISOS DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE

533 S. FREMONT AVENUE, LOS ANGELES, CA 90071

ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO A: ENROLLMENT@CARPENTERSSW.ORG

ENVÍE POR FAX A: (213) 739-9437

Instrucciones: Complete este formulario de inscripción para inscribirse en los planes administrados por CSAC o use este formulario para actualizar su archivo. Complete cada página de este formulario, imprímalo, fírmelo, y envíelo por correo electrónico, fax, o por correo.

MARQUE UNO	¿Nuevo Participante?		¿Actualizando su archivo?	
-------------------	----------------------	--	---------------------------	--

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE					
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)		¿Está jubilado?	Si No
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Domicilio		Ciudad		Estado	Código Postal
# de Local de Unión	Fecha de iniciación		Sexo (marque uno)		M F
Correo Electrónico			# de teléfono		
Marque uno		Doy mi consentimiento para recibir la entrega electrónica de documentos del Plan por correo electrónico o por mensaje de texto.			
Si	No				
En el caso de que la Oficina Administrativa no puede localizarlo para distribuir beneficios, por favor proporcione el nombre e información de contacto de una persona que no vive con usted que puede ayudar a la Oficina Administrativa localizarlo para distribuir beneficios.					
Nombre			Relación		
Correo Electrónico			Número de teléfono		

Entrega Electrónica de Correspondencia del Plan

Usted tiene derecho como participante a materiales importantes que explican cómo funcionan sus varios beneficios. Usted tiene la opción de recibir esta información electrónicamente por correo electrónico. Se puede enviar por correo electrónico a la dirección que proporciono. La versión de PDF es idéntica a la versión de papel que de lo contrario recibirá por correo.

También puede recibir alertas importantes sobre sus beneficios del plan por mensaje de texto.

El entrega de documentos a su correo electrónico tal vez puede reducir la cantidad de correo que usted recibe de la Oficina Administrativa. Sin embargo, ciertos documentos y correspondencia relacionados con el servicio seguirán enviados por correo de EE UU.

- Su consentimiento para recibir documentos del Plan electrónicamente está válida a menos y hasta que usted retire su consentimiento por escrito. Usted puede optar por no del entrega electrónico en cualquier momento o puede cambiar su correo electrónico y número de teléfono comunicándose con la Oficina Administrativa.
- Usted tiene el derecho de solicitar copias impresas de los documentos conforme a la sección 104(b)(4) de ERISA. Envíe un correo electrónico a info@carpenterssw.org o llame al (800) 293-1370 para solicitar una copia impresa de un documento.
- Si tiene dificultad accediendo cualquier documento, por favor comuníquese con la Oficina Administrativa al info@carpenterssw.org o llame al (800) 293-1370. Varios de los documentos de los Fideicomisos están disponibles en el sitio web de CSAC (www.carpenterssw.org). Por favor tenga en cuenta que los documentos publicados en el sitio web de CSAC tal vez pueden ser eliminados después de un año o más temprano si están reemplazados con una nueva versión.
- Tarifas estándar de mensajes y cargos por datos del operador telefónico tal vez se aplican cuando mandando y/o recibiendo mensajes de texto.
- Usted puede optar por no del entrega electrónico o cambiar su información de contacto, enviando un nuevo formulario firmado por:
 - Correo electrónico a: enrollment@carpenterssw.org
 - Correo a:
Southwest Carpenters Trusts
533 S. Fremont Avenue, 6th Floor
Los Angeles, CA 90071

Firma		Fecha	
-------	--	-------	--

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo	Número de Seguro Social
----------	--------	---------------------	-------------------------

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO*

Beneficiario(s) Primario(s)

Enumere la(s) persona(s) que recibirán su beneficio de Seguro de Vida del Plan de Salud y Bienestar y su saldo de Vacaciones en el evento de su fallecimiento. Si usted no está casado, este formulario también aplicara a cualquier beneficio ganado de Pensiones y/o de Anualidad al tiempo de su fallecimiento.

Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de Beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de Nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de Beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de Nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de Beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de Nacimiento

Beneficiario(s) Secundario(s)

En el caso de que todos los beneficiarios primarios estén difuntos al tiempo de su fallecimiento o que la Oficina Administrativa no puede localizar a sus Beneficiarios Primarios, se pagará a los beneficiarios secundarios.

Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de Beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de Nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de Beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de Nacimiento

Sujeto a los términos de los Acuerdos del Fideicomiso para el Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar, el Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Vacaciones, el Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Pensiones, y el Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Anualidad, yo solicito que cualquier suma pagadera bajo dichos Fideicomisos sobre mi fallecimiento serán pagaderas a los beneficiarios listados anteriormente. Por el presente revoco todas designaciones de beneficiarios hechos previamente por mi bajo dichos Fideicomisos.

Aviso: Las reglas del plan dictan que su cónyuge legal será considerada automáticamente su beneficiario para beneficios del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Pensiones y que su cónyuge legal debe de consentir por escrito a la designación de un beneficiario que no sea su cónyuge para el Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Anualidad. Consulte al Descripción del Resumen del Plan (SPD, por sus siglas en ingles) para más información sobre seguro de vida y/o beneficios de sobreviviente para cada Fideicomiso.

***Para agregar a beneficiarios adicionales, o para designar beneficiarios alternativos por Fideicomiso y/o designar un beneficiario para el Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Anualidad que no sea su cónyuge, visite el sitio web www.carpenterssw.org para descargar un formulario de Designación de Beneficiario por Fideicomiso. Comuníquese con la Oficina Administrativa al (213) 386-8590 o (800) 293-1370 para asistencia.**

Firma	Fecha

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo	Número de Seguro Social
----------	--------	---------------------	-------------------------

INSCRIPCIÓN MEDICA/DENTAL

ESTADO CIVIL (marque una)

<input type="checkbox"/>	Soltero			Usted debe remover a su excónyuge o pareja domestica (y cualesquiera hijastros) entre 30 días de su divorcio o la disolución de su pareja doméstica.
<input type="checkbox"/>	Casado	Fecha de Matrimonio	/ /	
<input type="checkbox"/>	Separado	Fecha de Separación	/ /	
<input type="checkbox"/>	Divorciado	Fecha de Disolución	/ /	
<input type="checkbox"/>	Pareja Domestica	Fecha de Registración de Pareja Domestica	/ /	
<input type="checkbox"/>	Viudo	Fecha de Fallecimiento de cónyuge	/ /	

SELECCIÓN DE PLAN DEL FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR

La cobertura es sujeta a las reglas de elegibilidad del Plan de Salud y el Acuerdo Laboral aplicable. Su historial de trabajo real tal vez puede invalidar su selección de plan y tal vez puede requerir una inscripción adicional.

<p style="text-align: center;">PLAN ACTIVO MEDICO</p> <p style="text-align: center;"><i>Elige su plan médica y dental. La inscripción incluye a sus dependientes.</i></p> <p style="text-align: center;">OPCIONES DEL PLAN MEDICO (MARQUE UNA)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Plan Activo del PPO de Anthem (disponible en todos los estados)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Plan HMO de Kaiser Permanente (disponible solamente en CA y CO)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">OPCIONES DEL PLAN DENTAL (MARQUE UNO)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Plan PPO de UnitedHealthCare Dental (disponible en todos los estados)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Plan DHMO de UnitedHealthCare Dental Plan DC (CA /NV) o Plan INO (AZ, CO, UT, NM)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Plan Activo del PPO de Anthem (disponible en todos los estados)	<input type="checkbox"/>	Plan HMO de Kaiser Permanente (disponible solamente en CA y CO)	<input type="checkbox"/>	Plan PPO de UnitedHealthCare Dental (disponible en todos los estados)	<input type="checkbox"/>	Plan DHMO de UnitedHealthCare Dental Plan DC (CA /NV) o Plan INO (AZ, CO, UT, NM)	<p style="text-align: center;">PLAN BRONCE MEDICO</p> <p style="text-align: center;"><i>Ofrecido en los Acuerdos de Drywall en AZ, CO, NM, y UT o por CBA. Los Aprendices reciben el Plan Bronce por defecto de la siguiente manera:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>AZ & CA – 1º y 2º nivel NV – 1º hasta 3º nivel (se excluyen los Millwrights)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Se excluyen las opciones del plan dental. La cobertura es solamente para el Participante. Se pueden agregar dependientes elegibles con un auto pago mensual</i></p> <p style="text-align: center;"><i>1 dependiente = \$150 por mes 2 dependientes o más = \$250 por mes</i></p> <p style="text-align: center;">MARQUE AQUÍ si usted está actualmente cubierto bajo el Plan Bronce</p>
<input type="checkbox"/>	Plan Activo del PPO de Anthem (disponible en todos los estados)								
<input type="checkbox"/>	Plan HMO de Kaiser Permanente (disponible solamente en CA y CO)								
<input type="checkbox"/>	Plan PPO de UnitedHealthCare Dental (disponible en todos los estados)								
<input type="checkbox"/>	Plan DHMO de UnitedHealthCare Dental Plan DC (CA /NV) o Plan INO (AZ, CO, UT, NM)								

INSCRIBIR DEPENDIENTES*

Cónyuge o Pareja Domestica	Agregar	<input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Fecha De Nacimiento				
	Remover	<input type="checkbox"/>						
Apellido	Nombre		Inicial del Segundo Nombre	Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
Hijo Dependiente #1	Agregar	<input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Fecha De Nacimiento				
	Remover	<input type="checkbox"/>						
Apellido	Nombre		Inicial del Segundo Nombre	Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
Hijo Dependiente #2	Agregar	<input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Fecha De Nacimiento				
	Remover	<input type="checkbox"/>						
Apellido	Nombre		Inicial del Segundo Nombre	Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
Hijo Dependiente #3	Agregar	<input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Fecha De Nacimiento				
	Remover	<input type="checkbox"/>						
Apellido	Nombre		Inicial del Segundo Nombre	Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
Hijo Dependiente #4	Agregar	<input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Fecha De Nacimiento				
	Remover	<input type="checkbox"/>						
Apellido	Nombre		Inicial del Segundo Nombre	Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>

*Adjunte una hoja separada para agregar dependientes adicionales.

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo	Número de Seguro Social
<p>Para completar la inscripción de su cónyuge/pareja domestica y/o dependientes, debe de proporcionar los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia certificada del Acta de Matrimonio y su declaración de impuestos más reciente • Copia de su Registración de Pareja Domestica de agencia del gobierno y el la Declaración Jurada de Pareja Domestica para inscribir a una pareja domestica • Copia certificada del Acta de Nacimiento, Tutela Legal, o Decreto de Adopción para inscribir a un hijo dependiente <p>Por la presente declaro que todas las declaraciones hechas en la página anterior son, según mi leal saber y entender verdad y completas y que son la base sobre la cual se puede emitir la cobertura del seguro. Estoy de acuerdo en mi nombre y en el de los dependientes listados que estamos sujetos a las provisiones del Descripción del Resumen del Plan aplicable y todos los documentos del plan.</p> <p>Entiendo que el beneficio del plan dental que elijo proporciona reembolso por ciertos costos dentales que son más completamente descritos en los Certificados de Cobertura actuales. Entiendo que tal vez pueden ver instancias donde las decisiones de tratamiento hechas por mi dentista, proveedor, o por yo mismo para gastos incurridos dentales tal vez no estarán cubiertos por mi plan de beneficios dentales. Los Certificados proporcionan solamente beneficios dentales. Revise sus Certificados cuidadosamente.</p> <p>AVISO DE ADVERTENCIA DE FRAUDE: Proporcionando información falsa o engañosa por cualquier póliza de seguro no impedirá el derecho a la recuperación a menos que la declaración se haya hecho con la intención real de engañar o que afecte materialmente la aceptación del riesgo o el peligro asumido por las aseguradoras.</p> <p>La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud exijan o utilicen cualquier prueba de HIV como condición para obtener cobertura de seguro de salud.</p>			
Firma		Fecha	

<p><u>Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan*</u></p>	
<p>Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal para Reclamaciones Menores [Small Claims Court], de las reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelación de Medicare o de la reglamentación del procedimiento de reclamación de la ERISA [Employee Retirement Income Security Act, Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados] o de cualquier otra reclamación que no pueda estar sujeta a arbitraje obligatorio conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, familiares o partes asociadas, por un lado, y KFHP (Kaiser Foundation Health Plan, Inc.), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por el otro, por la supuesta violación de cualquier obligación derivada de o relacionada con la membresía de KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica u hospitalaria (reclamación según la cual los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o prestados de forma indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o relacionada con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, no deberá resolverse en un pleito o procedimiento judicial sino mediante arbitraje obligatorio conforme a la legislación de California, excepto que las normas pertinentes determinen la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage) incluye la disposición sobre el arbitraje completa.</p>	
Firma	
Fecha	
<p><small>*Las disputas que surjan de las siguientes coberturas de Kaiser Permanente Insurance Company totalmente aseguradas no están sujetas a arbitraje vinculante: 1) el plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en ingles) y la parte de fuera de la red de los planes de punto de servicio; 2) planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO); 3) planes de indemnización de fuera del área (OOA, por sus siglas en ingles); y 4) planes dentales KPIC.</small></p>	