



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA FIDEICOMISOS DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE

445 SOUTH FIGUEROA STREET, SUITE 1500

LOS ANGELES, CA 90071-3203

ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO A: ENROLLMENT@CSACBENEFITS.ORG

ENVÍE POR FAX A: (213) 739-9437

Instrucciones: Complete este formulario al momento de la Inscripción en los Planes administrados por CSAC o use este formulario para actualizar su archivo.

| | | | | |
|-------------------|----------------------|--|---------------------------|--|
| 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 | Initiation Date | 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 | # de teléfono | | | |

Entrego Electrónico 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 entrego 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 entrego electrónico en cualquier momento o puede cambiar su correo electrónico y numero 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@csacbenefits.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@csacbenefits.org o llame al (800) 293-1370. Varios de los documentos de los Fideicomisos están disponibles en el sitio web de CSAC (csacbenefits.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 entrego electrónico o cambiar su información de contacto, enviando un nuevo formulario firmado por:
 - Correo electrónico a: enrollment@csacbenefits.org
 - Correo a: Western States Carpenters Trusts
445 South Figueroa Street, Suite 1500
Los Angeles, CA 90071-3203

Firma

Fecha



FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE

DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

445 SOUTH FIGUEROA STREET, SUITE 1500

LOS ANGELES, CA 90071-3203

| | | | |
|---------------------------|-------------------------------|----|--|
| Apellido del Participante | Primer Nombre del Participant | SN | Número de Seguro Social del Participante |
|---------------------------|-------------------------------|----|--|

Designe al menos un beneficiario primario. Si usted elige más de un beneficiario y no indica la cantidad del porcentaje entre ellos, los beneficios se pagarán en partes iguales. Un beneficiario contingente aplica solo si todos sus beneficiarios principales han fallecido.

Beneficiario(s) Principal(es)

| | | | |
|---------------------------------|----------|-------------------------|---------------------|
| Nombre (primero, medio, último) | Relación | Número de Seguro Social | % de Beneficio |
| Domicilio | | Numero de telefono | Fecha de Nacimiento |
| Nombre (primero, medio, último) | Relación | Número de Seguro Social | % de Beneficio |
| Domicilio | | Numero de telefono | Fecha de Nacimiento |
| Nombre (primero, medio, último) | Relación | Número de Seguro Social | % de Beneficio |
| Domicilio | | Numero de telefono | Fecha de Nacimiento |

Contingent Beneficiary(ies)

| | | | |
|---------------------------------|----------|-------------------------|---------------------|
| Nombre (primero, medio, último) | Relación | Número de Seguro Social | % de Beneficio |
| Domicilio | | Numero de telefono | Fecha de Nacimiento |
| Nombre (primero, medio, último) | Relación | Número de Seguro Social | % de Beneficio |
| Domicilio | | Numero de telefono | Fecha de Nacimiento |

Sujeto a las reglas del Fideicomiso de Carpinteros de Estados del Oeste, para el Fideicomiso de Salud y Bienestar de Carpinteros de Estados del Oeste, los Carpinteros del Suroeste Vacation Trust, el Fideicomiso de Pensiones de Carpinteros de Estados del Oeste y el Fideicomiso de Anualidades de Carpinteros del Suroeste, solicito que cualquier suma pagadero a un beneficiario en virtud de dichos Fideicomisos a mi muerte, sea pagadero a los beneficiarios enumerados anteriormente. Por la presente revoco todo designaciones de beneficiarios previamente hechas por mí bajo dichos Fideicomisos.

Nota: Las reglas del plan dictan que su cónyuge legal será considerado automáticamente su beneficiario para los beneficios de el Fideicomiso de Pension de Carpinteros de Estados del Oeste y que su cónyuge legal debe dar su consentimiento por escrito para la designación de un Beneficiario que no sea su cónyuge del Fideicomiso de Anualidades de Carpinteros del Sudoeste. Consulte la Descripción Resumida del Plan (SPD) para obtener más información sobre la vida beneficios de seguro y/o sobrevivientes para cada Fideicomiso.

* Para agregar beneficiarios adicionales, para designar beneficiarios alternativos por Fondo y/o designar un beneficiario al Plan de Anualidades de Carpinteros de Estados del Oeste que no sea su cónyuge, vaya carpenterssw.org para descargar el Formulario de Designación de Beneficiario por Fondo Fiduciario. Para obtener ayuda, comuníquese con la Oficina Administrativa al (213) 386-8590 o al (800) 293-1370.

| | |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

**FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
INSCRIPCIÓN DE PLANES DE SALUD**

| | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|---|--|--|--|---------------|---|
| Numero de Seguro Social | | Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) | | Género (Elija uno) | | M | F |
| Apellido | | Nombre | | Inicial del Segundo Nombre | | | |
| Domicilio | | Ciudad | | Estado | | Código Postal | |
| <input type="checkbox"/> | Soltero | | | <p align="center">Usted debe remover a su ex-cónyuge o pareja domestica (y cualesquiera hijastros) entre 30 días de su divorcio o la disolución de su pareja domestica.</p> <p align="center">(En WA las Parejas Domesticas son tratadas como Esposas)</p> | | | |
| <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 DE SALUD Y BIENESTAR DEL FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
La cobertura es sujeta a las reglas de elegibilidad del Plan de Salud y el Acuerdo Laboral aplicable.

| | | | |
|---|--|---|---|
| PLAN ACTIVO MÉDICO | | PLAN BRONCE MÉDICO | |
| <p>ELIJA SU PLAN MÉDICO Inscripción incluye a sus dependientes que son elegible sin costo a usted. **Cobertura incluye plan dental y de visión.**</p> | | <p>Ofrecido en los Acuerdos de Drywall en AZ, CO, NM, UT, MT Cambios entre los Planes Activo y de Bronce puede resultar en cambios a su tarifa de pago base.</p> <p>Los Aprendices reciben el Plan Bronce por defecto de la siguiente manera: AZ & CA - 1° y 2° nivel / NV - 1° hasta 3° nivel (se excluyen los Millwrights)</p> <p>Se pueden agregar dependientes elegibles con un auto pago mensual 1 dependiente = \$150 por mes 2 dependientes o más = \$250 por mes</p> <p>**Cobertura incluye plan dental y de visión.**</p> | |
| (MARQUE UNO) | | | |
| <input type="radio"/> | <p>WESTERN STATES CARPINTERS PLAN ACTIVO MÉDICO PPO (disponible en todos los estados)</p> | <input type="radio"/> | <p>ELIJA EL PLAN BRONCE MÉDICO PPO</p> |
| <input type="radio"/> | <p>PLAN MÉDICO KAISER (disponible en CA, CO, OR, y WA) <u>Debe vivir en el área de servicio de KP</u></p> | <input type="radio"/> | |

INSCRIBIR DEPENDIENTES*

| | | | | | | |
|----------------------------|---------|-------------------------|---------------------------|--------|-----------|----------|
| Cónyuge o Pareja Domestica | Agregar | Número de Seguro Social | Fecha De Nacimiento | | | |
| | Remover | | | | | |
| Apellido | | Nombre | Inicial de Segundo Nombre | Género | Masculino | Femenino |
| Hijo Dependiente #1 | Agregar | Número de Seguro Social | Fecha De Nacimiento | | | |
| | Remover | | | | | |
| Apellido | | Nombre | Inicial de Segundo Nombre | Género | Masculino | Femenino |
| Hijo Dependiente #2 | Agregar | Número de Seguro Social | Fecha De Nacimiento | | | |
| | Remover | | | | | |
| Apellido | | Nombre | Inicial de Segundo Nombre | Género | Masculino | Femenino |
| Hijo Dependiente #3 | Agregar | Número de Seguro Social | Fecha De Nacimiento | | | |
| | Remover | | | | | |
| Apellido | | Nombre | Inicial de Segundo Nombre | Género | Masculino | Femenino |
| Hijo Dependiente #4 | Agregar | Número de Seguro Social | Fecha De Nacimiento | | | |
| | Remover | | | | | |
| Apellido | | Nombre | Inicial de Segundo Nombre | Género | Masculino | Femenino |
| Hijo Dependiente #5 | Agregar | Número de Seguro Social | Fecha De Nacimiento | | | |
| | Remover | | | | | |
| Apellido | | Nombre | Inicial de Segundo Nombre | Género | Masculino | Femenino |

| Apellido | Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Numero 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><i>“Es un delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro”.</i></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>El Plan de Kaiser en el Oregon y Washington son ofrecidos por:</p> <p>Kaiser Foundation Health Plan of Washington 2715 Naches Ave. SW, Renton, WA 98057</p> <p>Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232-2023</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 style="text-align: center;">Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan*</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><i>*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.</i></p> | | | |

***Elegibilidad de dependientes**

- No se requiere que los dependientes residan con el suscriptor
- No es necesario que los dependientes dependan del suscriptor para recibir apoyo.
- La elegibilidad para asistencia médica no se considera al determinar la elegibilidad para la cobertura o al realizar pagos.
- Los hijos dependientes son elegibles para cobertura hasta los 25 años independientemente de su estado civil o de la elegibilidad para cobertura bajo otro plan.

Si los hijos del asegurado principal están cubiertos, los hijos de las parejas domesticas son elegibles para la cobertura sobre la misma base.