

NEXT STEP



IN PROGRESS.....

Tiene su código de agente y enlace de inscripción único...

¿Ahora qué?

Es hora de acceder a su **Primera Aplicación**. ¡Siga las instrucciones paso a paso aquí!

PASO 1

Reemplace SU CÓDIGO con su código de agente asignado en el enlace a continuación para acceder a su enlace único que le fue asignado.

Vaya a su enlace único en: [https://ubaapplication.com/SU CÓDIGO](https://ubaapplication.com/SU_CÓDIGO)

En la parte inferior de la página, también encontrará un enlace de inicio de sesión de agente.

- Regístrese y cree su inicio de sesión de agente
- Una vez registrado o si utilizar su enlace único, debería ver su nombre ahora en la Sección de "Agente de Ayuda y Soporte" de la aplicación.

PASO 2

Complete la sección Quién se está inscribiendo

- Estado de residencia
- Miembros de la familia
- Todas las edades aplicables

PASO 3

Seleccione **Ver todos los planes** y luego

Desplácese por todas las opciones de planes.



Seleccione **Filtrar productos** para acotar su búsqueda según los tipos de plan.

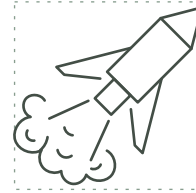
Seleccione entre estas categorías.



Filter Products



Productos de seguros



Productos no relacionados con seguros



Filtre aún más las categorías para reducir las opciones de planes:



ACCIDENTE



ASOCIACIÓN



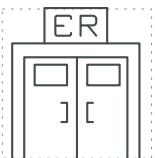
ENFERMEDAD CRÍTICA



DENTAL



VISITAS AL MÉDICO



SALA DE EMERGENCIAS



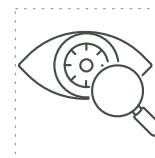
HOSPITALIZACIONES



MEDICAMENTOS RECETADOS



SEGURO DE VIDA A TÉRMINO



VISIÓN

Nota importante:

La mayoría de los planes de accidentes y enfermedades críticas vienen en tres opciones de beneficio:

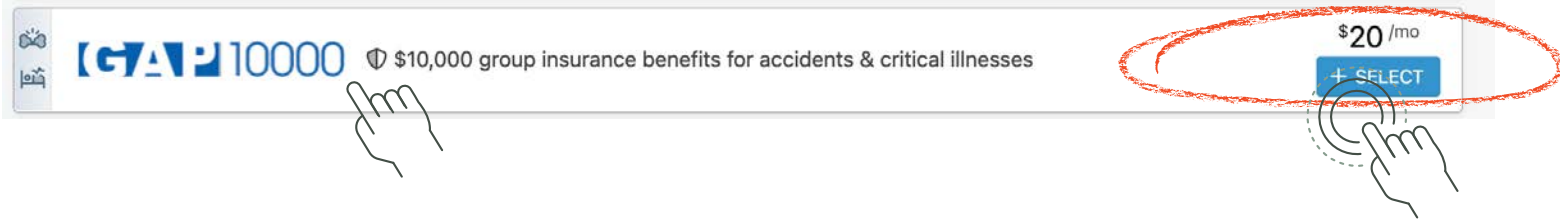
- \$5,000
- \$10,000
- \$25,000

Una vez que se configure el nuevo portal para agentes, podrá marcar sus planes favoritos y fijarlos en la parte superior. También podrá ocultar planes para limitar la cantidad de planes que se muestran en su enlace de inscripción.

PASO 4

Seleccione la tarjeta del plan para ver los detalles

Haga clic en cualquier lugar de la tarjeta y se abrirá y le mostrará los detalles, folleto, y certificado de seguro.



Para Eligir un Plan
Haga clic en el boton
"Seleccionar"

Ver Detalles COMPLETOS del Plan

Gap 10000

Gap 10000 \$20 /month
+ SELECT

OVERVIEW **DETAIL** EQ

Benefit Summary

- \$10,000 Blanket Group Accident Insurance
- \$10,000 Critical Illness Benefit
- \$5,000 Accidental Death & Dismemberment Benefit

See [DETAIL](#) tab for full descriptions

Documents

- [Certificates of Insurance - TX](#)

Eligibility Requirements

- Age of primary member & spouse: 18 - 64
- Age of dependent children: 0 - 24
- Product has [Eligibility Questions](#) (answers can result in ineligibility)
- UBA Membership required (concurrent enrollment ok)

Cost Transparency

Current rates for insurance coverage included in Gap 10000 and underwritten by SiriusPoint America Insurance Company:

- Blanket Group Accident Insurance = \$6.00/mo
- Group Critical Illness Insurance = \$6.18/mo

Satisfaction Assurance

30-Day Satisfaction Assurance Policy for Gap 10000 Enrollments

- If for any reason you are not completely satisfied with your enrollment, just notify us anytime up to thirty (30) days after your Effective Date to cancel and receive a full refund of all dues, premiums, or fees paid.
- Notice: for any enrollment in a program or product that provides insurance benefits or coverage, enrollment costs cannot be refunded if an insurance claim has been filed.

CLOSE

Ver Detalles Breves del Plan

Ver Certificado

Ver Requisitos de
Elegibilidad

Nota: La pestaña EQ se muestran las preguntas de elegibilidad que corresponden y sean obligatorias.

PASO 5

Seleccione los planes para inscribirse y completar la aplicación

✓ SELECTED

UBA 10000 \$10,000 group insurance benefits for accidents & critical illnesses \$20 /mo REMOVE

ENROLL

HOUSEHOLD DETAILS

Family Members

Primary

First Name MI Last Name Sex Date of Birth

First Last mm/dd/yyyy

+ Add Spouse + Add Child

Contact Information

Phone Number Alt. Phone Email Address

(555) 555-1212 Optional Email

Residence Address

Physical address (not P.O. Box). Please specify a separate mailing address if you use a P.O. Box.

Street City State Zip Code

TX

This is also my Mailing Address

< Previous CONTINUE >

Ingrese los Detalles del Hogar y haga clic en Continuar.

Nota Importante:

El botón "Continuar" no se podrá seleccionar hasta que se completen todos los campos obligatorios en esta sección.

Person in TX \$30.00/month

ENROLL

ADDITIONAL INFORMATION

EFFECTIVE DATE

Your benefits will be active and available for use beginning on your Effective Date. The selected date will apply to all enrollments.

Requested Effective Date

04/01/2026

UBA QUESTIONS

This section pertains to your enrollment in UBA Membership and Gap 10000.

1. Are you an owner or an employee of a small business (less than 50 employees)?

Yes No

< Previous CONTINUE >

Elija una Fecha de Vigencia: 1 o 15 del mes

Responda todas las preguntas de elegibilidad obligatorias.

Nota Importante:

Algunos planes solo permiten fechas de vigencia del 1. Si este es el caso, SÓLO le mostrará las fechas de vigencia disponibles según los planes seleccionados.

Además, contamos con un calendario de fechas de vigencia que muestra las opciones disponibles al enviar la solicitud. Haga clic en el botón a continuación para ver el calendario y asegurarse de no perder la fecha de vigencia deseada.

Pregunta de Elegibilidad UBA:

Si está seleccionando un plan que requiere la membresía de UBA para inscribirse, como cualquiera de los productos de seguros grupales emitidos a UBA como el titular de la póliza maestra, **esta pregunta debe responderse "Sí" para poder inscribirse.**

HAGA CLIC AQUÍ PARA VER EL CALENDARIO DE FECHAS DE VIGENCIA

PASO 6

Ingrese la información de pago del miembro

Person in TX \$30.00/month

ENROLL

PAYMENT INFORMATION

PAYER RELATION

Who is paying for this enrollment?
 Myself Someone Else

PAYMENT METHOD

ACH Credit

Bank Account Information

Account Type
 Checking Savings

Account Holder Name Account Number

Routing Number

BILLING ADDRESS

Select from Addresses

Street City State Zip Code

Fort Worth TX

E-SIGN LINK DELIVERY

Next, we'll send a link for you to review & e-sign your finalized application.

How would you like to receive your e-sign link?
 Email Text/SMS

Enrolling In [Edit](#)

10000	\$20.00
\$10,000 group insurance benefits for accidents & critical illnesses	
UBA MEMBERSHIP	\$10.00
Join the United Business Association – a nationwide membership of small business owners and employees, where <i>We are Better Together</i> ™	
Total Monthly \$30.00	

Your Agent
No Agent [Specify Agent](#)

Revise los Planes Aquí y los Totales del Costo del Plan.

Este será el costo mensual para el miembro potencial.

Asegúrese de Ver Su Nombre y Información aquí.

Nota Importante:

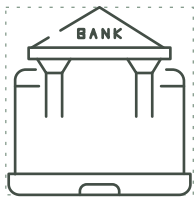
Si no ve su nombre aquí, la aplicación no será ingresada bajo usted. Si no ve su nombre aquí, haga clic en **ESPECIFICAR AGENTE** e ingrese su información.

Su información debería aparecer aquí. Revisela cuidadosamente antes de hacer clic en Continuar.

Elija un Metodo de Entrega de la Firma Electronica

Correo Electrónico o Texto/SMS
Aquí es donde su cliente recibirá el enlace para verificar, aceptar y firmar electrónicamente la aplicación.

Elija la OPCIÓN DE PAGO del Miembro



DEBITO ELECTRONICO (EFT)



TARJETA DE CRÉDITO

Giros Recurrentes:

Primeras Fechas Efectivas: Los miembros serán girados el 5 del Mes*

15tas Fechas Efectivas: Los miembros serán girados el 15 del Mes*

El Primer pago se realizaria el Viernes

La Nueva Semana Comercial es:
Jueves - Miércoles a medianoche

Nota Importante:

Para todos los negocios ingresados y firmados electrónicamente por el miembro entre Jueves-Miércoles a medianoche, se realizavér el primer cargo al miembro ese viernes.

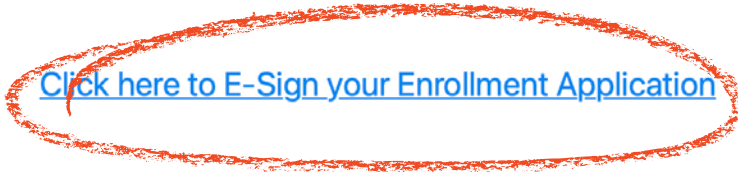
¡AHORA SU PARTE ESTÁ HECHA!

PASO 8

El miembro recibe un correo electrónico o un mensaje de texto con el enlace de firma electrónica

Indique a su miembro que vaya a su correo electrónico o mensajes de texto (dependiendo de cómo envió el enlace al completar el último paso, Paso 7).

Your enrollment application is not complete, and will not be processed, until you e-sign the application.



↑
Su solicitud de inscripción no estará completa y no se procesará hasta que firme.
←
Haga click aquí para firmar electrónicamente su solicitud de inscripción

Una vez que el miembro haga clic en el enlace de su correo electrónico o mensaje de texto, deberá:

- Ingresar su apellido (debe coincidir exactamente con la forma en que lo escribió al completar la solicitud)
- Ingresar su fecha de nacimiento

APPLICATION
REVIEW & E-SIGN

Verification Required

For security and privacy purposes, please verify the following information for the Primary Applicant to access this enrollment application

Last Name

Date of Birth

[CONTINUE >](#)

Solicitud
Revisar y firmar electrónicamente
Verificación requerida
Por motivos de seguridad y privacidad, se solicita verificar la siguiente información del solicitante principal para acceder a la solicitud de inscripción.
Apellido
Fecha de Nacimiento

- El miembro revisará la solicitud para verificar su exactitud.
- Podrá editar cualquier error.
- El miembro acepta cualquier descargo de responsabilidad.
- Finalmente, el miembro firma electrónicamente la solicitud de inscripción.

Una vez que el miembro complete el paso, la solicitud estará completa y luego entrará en nuestra semana de procesamiento de Nuevos Negocios, y se realizará el cargo del pago inicial. Los estados de cuenta se publicarán los martes o miércoles de la semana siguiente, mostrando qué solicitudes y/o compensaciones se están procesando para esa semana. Los estados de cuenta mensuales mostrarán todas las renovaciones y los miembros activos que hayan pagado sus cuotas mensuales de membresía para ese mes, así como cualquier cancelación o devolución de cargo.

CEA AQUÍ LOS ESTADOS DE CUENTA DE NUEVOS NEGOCIOS SEMANALES Y RENOVACIONES MENSUALES:

<https://eagentcenter.com>

ID de la compañía: healthyamerica

ID de usuario: Su código de agente

Contraseña: Los últimos 6 dígitos de su número de Seguro Solical o ID fiscal (solo para el inicio de sesión inicial)
Después, utilice la contraseña que usted cree.

¡SU PRIMERA SOLICITUD HA SIDO COMPLETADA!