



# SOLICITUD MPCI/CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA/INFORME DE PRODUCCIÓN/INFORME DE SUPERFICIE/FORMULARIO COMBINADO DE HOJA DE TRABAJO DE PRECEPTACIÓN

Producers Ag Insurance Group®, 5601 Interstate 40 W, Suite 204, Amarillo, TX 79106

Fecha \_\_\_\_\_ Página \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SOLICITANTE/ASEGURADO:			NOMBRE DE AGENCIA:			CÓDIGO DE AGENCIA:	AÑO DE CULTIVO:	NÚMERO DE PÓLIZA:	
CALLE Y/O DIRECCIÓN POSTAL:			DIRECCIÓN:			ESTADO:		CONDADO (DONDE EL SEGURO ENTRA EN VIGOR):	
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CULTIVOS:			
NÚMERO DE TELÉFONO:	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO DEL AGENTE:		PLAN DE SEGURO/COBERTURA/% DEL PRECIO:			
NÚMERO IDENTIFICADOR:	TIPO DE NÚMERO IDENTIFICADOR:	TIPO DE PERSONA:	REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL SOLICITANTE:			NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SEGUROS APROBADO (AIP) ANTERIOR (SI CORRESPONDE):			
NOMBRE DEL CÓNYUGE:		NÚMERO IDENTIFICADOR DEL CÓNYUGE:	¿EL SOLICITANTE TIENE AL MENOS 18 AÑOS?	ESTADO DE INCORPORACIÓN:		NÚMERO DE PÓLIZA EN VIRTUD DEL AIP ANTERIOR (SI CORRESPONDE):			
			SÍ	NO					

**SECCIÓN DE SBI:** enumere a todas las personas o entidades que tengan un interés sustancial y beneficioso en usted, tal como se define en las disposiciones aplicables de la póliza (incluidos los propietarios o inquilinos asegurados por el solicitante). Si no hay ninguno, indique NINGUNO. Consulte el formulario de informe SSN/EIN para obtener más espacio.

NOMBRE	DIRECCION COMPLETA	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO IDENTIFICADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE PERSONA	¿PROPIETARIO/INQUILINO QUE ASEGURA LA PARTE DE OTRO?***	P/I
						S                      N	P    I
						S                      N	P    I
						S                      N	P    I
						S                      N	P    I

<b>SOLICITUD</b> (Complete la Sección A) <b>CANCELACIÓN</b> (Complete las secciones A y B) <b>TRANSFERENCIA</b> (Complete las secciones A y C)	<b>OTROS CAMBIOS PARA LAS PÓLIZAS DE MPCI SOLAMENTE</b> Agregar o quitar SBI Número identificador del asegurado correcto*** Corregir el deletreo del número de SBI Agregar/cambiar/corregir representante autorizado del asegurado Corregir el deletreo del nombre del asegurado ***Ingrese el número identificador anterior si este elemento está marcado: Modificar/corregir la dirección del asegurado Corregir el número identificador del SBI***
--	---

### INFORMACIÓN DEL CULTIVO

Sí     No    Solicito cobertura de seguro para mi parte de los cultivos de Categoría B (excepto la producción de forraje) especificada a continuación, con un condado designado en todos los condados añadidos donde los cultivos son asegurables.  
 Sí     No    Solicito cobertura de seguro para mi parte de los cultivos de Categoría B (excepto la producción de forraje) especificada a continuación con un condado designado en todos los condados añadidos dentro del estado donde los cultivos son asegurables.  
 Si su plan de seguro designado, nivel de cobertura o precio no está disponible en el condado añadido, la cobertura se aprobará a través del Endoso de Protección contra Riesgos Catastróficos, si el cultivo es asegurable en los documentos actuariales para un condado añadido.

AÑO DE CULTIVO EFECTIVO	NOMBRE DEL CULTIVO		TIPO	NIVEL DE COBERTURA	ESTRUCTURA DE LA UNIDAD (EU O WF)	NUEVO PRODUCTOR
CONDADO	CONDADO DESIGNADO	PLAN	PRÁCTICA	% DEL PRECIO, PRECIO PROY., MONTO DEL SEGURO O FACTOR DE PROTECCIÓN	OPCIONES, ELECCIONES O ENDOSOS	SUPERFICIE DESTINADA
						Sí    No
						Sí    No
						Sí    No
						Sí    No

Consulte las últimas páginas de la Solicitud de APH/Transferencia/Cancelación/Producción y rendimiento/Informe de superficie cultivada/Formulario combinado de hoja de trabajo de preceptación del productor para las declaraciones requeridas.



# SOLICITUD MPCÍ/CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA/INFORME DE PRODUCCIÓN/INFORME DE SUPERFICIE/FORMULARIO COMBINADO DE HOJA DE TRABAJO DE PRECEPTACIÓN

Producers Ag Insurance Group®, 5601 Interstate 40 W, Suite 204, Amarillo, TX 79106

Póliza número \_\_\_\_\_ Año de cosecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Página \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## CONDICIONES DE ACEPTACIÓN

Esta solicitud es aceptada y el seguro entra en vigor de acuerdo con la póliza, a menos que: (1) la Corporación Federal de Seguros de cultivos determine que, de acuerdo con las reglamentaciones, el riesgo es excesivo; (2) cualquier hecho material se omita, se oculte o se tergiversar en esta solicitud o en la presentación de esta solicitud; (3) no haya proporcionado la información completa y precisa requerida para esta solicitud; o (4) la respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas sea "sí". Una respuesta afirmativa a estas preguntas no redonda automáticamente en el rechazo de la solicitud. Por ejemplo, si responde "sí" a la pregunta (a) pero su deuda fue cancelada en quiebra, la solicitud no será rechazada.

- SÍ NO (a) ¿Está usted endeudado actualmente, y la deuda está en mora por la cobertura del seguro de cultivos en virtud de la Ley Federal de Seguros de Cultivos?
- SÍ NO (b) ¿Ha sido condenado en los últimos cinco años en virtud de la ley federal o estatal por plantar, cultivar, producir, cosechar o almacenar una sustancia controlada?
- SÍ NO (c) ¿Alguna vez ha cancelado la cobertura de seguro en virtud de la autoridad de la Ley Federal de Seguros de cultivos por una violación de los términos del contrato o las regulaciones, o por no pagar su deuda en mora?
- SÍ NO (d) ¿Está descalificado o excluido de conformidad con la Ley Federal de Seguros de cultivos, las regulaciones de la Corporación Federal de Seguros de cultivos o el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos?
- SÍ NO (e) ¿Alguna vez ha celebrado un acuerdo con la Corporación Federal de Seguros de cultivos o con el Departamento de Justicia de que se abstendrá de participar en programas en virtud de la autoridad de la Ley Federal de Seguros de cultivos y tal acuerdo sigue vigente?
- SÍ NO (f) ¿Tiene un seguro similar respecto de alguna de los cultivos antes mencionados?

Entiendo que, si la cobertura de cualquier cosecha está actualmente finalizada o hubiera cesado posteriormente por endeudamiento si esta solicitud se hubiera presentado después de la fecha de cese, no se puede proporcionar ninguna cobertura y no tengo derecho a ningún beneficio en virtud de la Ley Federal de Seguro de cultivos hasta que se corrija la causa del cese.

Le notificaremos el rechazo a través de una notificación mediante el correo de los Estados Unidos, con franqueo pagado, a la dirección del solicitante. A menos que se rechace, o la fecha de cierre de ventas haya pasado en el momento en que firmó esta solicitud, el seguro estará vigente para los cultivos y los años de cultivo especificados y continuará por cada año de cultivo siguiente, a menos que se especifique lo contrario en la póliza hasta que se cancele, se finalice o se anule. No se renunciará ni modificará ningún término o condición del contrato a menos que dicha renuncia o cambio esté expresamente permitido por el contrato y se realice por escrito.

## INFORMACIÓN DE CANCELACIÓN: debe completarse solo si cancela la cobertura de seguro sin transferirla a otro Proveedor de Seguros Aprobado (AIP)

Por la presente solicito la cancelación de mi póliza de seguro de cultivos para las cosechas y el año de cosecha que se muestra en esta cancelación. Entiendo que, si este formulario no se ejecuta en o antes de la fecha de cancelación de cualquier año de cosecha enumerado, la cancelación del seguro respecto de dichas cosechas no será efectiva hasta el siguiente año de cosecha.

Nombre en letra de imprenta del representante de AIP \_\_\_\_\_ Firma del representante de AIP \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE LA TRANSFERENCIA DE LA PÓLIZA: debe completarse solo si cancela la póliza anterior y transfiere la experiencia y la cobertura de seguro de otro Proveedor de Seguros Aprobado (AIP):

Por la presente solicito la cancelación de mi póliza de seguro con \_\_\_\_\_ para lo(s) cultivo(s) y año(s) de cosecha que se muestran arriba porque solicité un seguro con otro proveedor de seguros autorizado. Entiendo que, si este formulario no se ejecuta en o antes de la fecha de cancelación establecida de cualquier cultivo enumerado, la cancelación del seguro de dicho(s) cultivos(s) no entrará en vigencia hasta el siguiente año de cultivo.

Cultivos(s) a cancelar y transferir: \_\_\_\_\_ Año de cosecha de los cultivos que se cancelan y se transfieren \_\_\_\_\_  
Por la presente autorizo y ordeno al \_\_\_\_\_ que se muestra arriba para que proporcione cualquier información relativa a mi póliza de seguro al Proveedor de Seguros Aprobado Adoptante que se indica a continuación.  
Proveedor de Seguros Aprobado cedente

Entiendo que si la cobertura de cualquier cultivo se cancela ahora o se hubiera cancelado posteriormente por una deuda morosa, si no se hubiera producido esta transferencia, el Proveedor de Seguros Aprobado Adoptante no puede proporcionar ninguna cobertura **Producers Ag Insurance Group, Inc.**

Mediante la presentación de este formulario, nos comprometemos a proporcionar a este solicitante un seguro de cultivo para la(s) cosecha(s) y el año de cosecha especificados anteriormente, a menos que este formulario no se ejecute en o antes de la fecha de cancelación establecida para cualquiera de lo(s) cultivo(s) indicado(s), en cuyo caso se proporcionará un seguro para dicho(s) cultivos(s) para el siguiente año de cosecha.

Nombre del agente adoptante \_\_\_\_\_ Dirección, ciudad, estado y código postal del agente adoptante \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante de AIP autorizado \_\_\_\_\_ Firma del representante de AIP autorizado para aceptar solicitudes \_\_\_\_\_ Fecha de aceptación de AIP \_\_\_\_\_ Código AIP \_\_\_\_\_  
para aceptar solicitudes

Consulte las últimas páginas de la Solicitud de APH/Transferencia/Cancelación/Producción y rendimiento/Informe de superficie cultivada/Formulario combinado de hoja de trabajo de preceptación del productor para las declaraciones requeridas.







# SOLICITUD MPCÍ/CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA/INFORME DE PRODUCCIÓN/INFORME DE SUPERFICIE/FORMULARIO COMBINADO DE HOJA DE TRABAJO DE PRECEPTACIÓN

Producers Ag Insurance Group®, 5601 Interstate 40 W, Suite 204, Amarillo, TX 79106

Póliza número \_\_\_\_\_ Año de cosecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_

## HOJA DE TRABAJO DE PRECEPTACIÓN DEL PRODUCTOR

DESCRIPCIÓN LEGAL*	NOMBRE DEL BLOQUE O EXPLOTACIÓN AGRÍCOLA	N.º DE BLOQUE O PARCELA	MO - AÑO PLANTADO O EXPLOTADO	SUPERFICIE	VARIEDAD	NÚMERO DE PLANTAS/ÁRBOLES/VIDES/ARBUSTOS**	DISTANCIA ENTRE LAS PLANTAS	DENSIDAD**	INTERCALADO CON OTRO CULTIVO	PRACTICA IRR O NI	TIPO DE SUPERFICIE
NÚMERO DE EXPLOTACIÓN AGRÍCOLA/EXTENSIÓN/N.º DE CAMPO		N.º DE LÍNEA	MO - AÑO INJERTADO		TIPO		PATRÓN DE SIEMBRA***	PORCENTAJE DE SOPORTE		PORTAINJERTO**	ASEGURABLE O NO ASEGURABLE O EXCLUIDO
<b>ACRES TOTALES</b>					<b>TOTAL</b>						

\*Descripción legal: sección, municipio, amplitud, otro identificador de tierras (por ejemplo, mercedes de tierras españolas, metros y límites, etc.); \*\*No se aplica a los arándanos rojos ni a los arándanos bajos; \*\*\*Patrón de plantación: consulte el Anexo 18 de CIH; \*\*\*\*Cuando corresponda por la póliza: Arizona: cultivo de cítricos de California, nueces de macadamia, duraznos, pistachos, ciruelas, frutas de hueso, nueces y uvas.  
 B = Patrón de plantación de seto o borde; D = Plantación de doble hilera; O = Otro; Q = Quincunce; H = Patrón de plantación hexagonal; S = Patrón de plantación cuadrado

Marque Sí o No para cada pregunta a continuación.

SÍ No ¿Se han producido daños (por ejemplo, enfermedades, granizo, heladas) en los árboles/vides/arbustos/pantano que reduzcan la producción de los cultivos asegurados de años anteriores? En caso afirmativo a la enfermedad, indique el tipo.

SÍ No ¿Se llevaron a cabo prácticas o métodos de producción (por ejemplo, remoción, descornado, injerto, transición hacia o desde orgánico) que produzcan una reducción de la producción de la cosecha asegurada de años anteriores?

SÍ No A. ¿Se encuentra la superficie en transición de convencional a orgánico durante el primer año?

SÍ No B. ¿Está cambiando la superficie de orgánico a convencional durante el primer año?

SÍ No Orgánico: ¿la superficie ha sido afectada por una sustancia prohibida (agente biológico, químico u otro) que provoca un cambio en la práctica? En caso afirmativo, seleccione:  
 Orgánico a transicional  
 Orgánico a convencional

SÍ No ¿El suministro de agua actual (asignación de superficie/pozo) es adecuado para producir una cultivo normal para el año de cosecha que se certifica anteriormente?

SÍ No ¿Alguna de sus cosechas se comercializa directamente o está integrada verticalmente? ?

**OBSERVACIONES:**

Consulte las últimas páginas de la Solicitud de APH/Transferencia/Cancelación/Producción y rendimiento/Informe de superficie cultivada/Formulario combinado de hoja de trabajo de preceptación del productor para las declaraciones requeridas.



# SOLICITUD MPCÍ/CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA/INFORME DE PRODUCCIÓN/INFORME DE SUPERFICIE/FORMULARIO COMBINADO DE HOJA DE TRABAJO DE PRECEPTACIÓN

Producers Ag Insurance Group®, 5601 Interstate 40 W, Suite 204, Amarillo, TX 79106

Póliza número \_\_\_\_\_ Año de cosecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_

## NUEVO PRODUCTOR

Nuevo productor de (enumerar cultivos requeridos):  
 Certifico que no he producido los cultivos asegurados en el condado por más de dos años.  
 ¿Se requiere revisión de campo?  
 ¿Se requiere inspección?

## TEPE NATIVO

HE  o  NO HE roto tepe nativo después del 7 de febrero de 2014.

Entiendo que si cultivo superficie de tepe nativo, se me evaluará una reducción en la garantía de rendimiento y en el subsidio de la prima. Estas reducciones se aplican en el año de cultivo en el que mi superficie total de tepe nativo labrada excede los 5 acres en el condado (acumulados entre cultivos y años de cultivo), y estas reducciones en los beneficios pueden aplicarse retroactivamente dentro de un año de cultivo.

## MARKETING DIRECTO

Sí  No  ¿Se venderá la producción de cualquier unidad mediante marketing directo?

## PRODUCCIÓN COMBINADA

Solicitud de producción combinada

El asegurado nombrado solicita que un dispositivo de ajuste mida su producción de cada unidad, porque más de una unidad se combinará en la misma estructura de almacenamiento. ProAg autoriza al asegurado a utilizar registros de carga junto con marcas de contenedores debido a la gran carga de trabajo y al número de reclamaciones. La compañía afirma que no permitir esto resultará en una dificultad para el asegurado. Los registros de carga son marcas que se identifican de acuerdo con el procedimiento, y la producción se puede identificar por separado por el número de unidad o por el número identificador de campo.

**NOTA:** Los comprobantes de peso deben contener la siguiente información: Nombre del asegurado, número de carga o comprobante, cultivo, peso bruto, número de unidad, peso del área T, fecha de pesaje, peso neto, descripción legal, identificación de donde se almacena, ubicación de la báscula. .

## OPERACIONES INTEGRADAS/DE POSPRODUCCIÓN

Sí  No  ¿Estoy involucrado en CUALQUIER operación de posproducción, incluidas otras entidades fiscales?

## SE SOLICITA EL SERVICIO DE MEDICIÓN

¿Se solicita el servicio de medición? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione los números de unidad y la superficie estimada para la que se solicita el servicio de medición.

## AUTORIZACIÓN DE FIRMA

Otorgo a las personas enumeradas a continuación la autoridad para firmar todos y cada uno de los documentos del seguro de cultivos en mi nombre. Entiendo que al autorizar a dichas personas a firmar documentos en mi nombre, estoy legalmente obligado por todos los términos y condiciones de dichos documentos y del contrato de seguro de cultivos. También entiendo que otorgar a la(s) siguiente(s) persona(s) la autoridad para firmar en mi nombre no obliga a esa(s) persona(s) a los términos y condiciones de mi contrato de seguro de cultivos. Además, entiendo que esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento mediante notificación por escrito, firmada y entregada a mi Proveedor de Seguro Aprobado.

La autoridad otorgada bajo esta disposición: a) es aplicable solo a la persona asegurada y los productos asegurados informados en esta Solicitud y no se extiende a ninguna otra póliza o persona; b) termina con (i) nuestra recepción de una nueva Solicitud para los productos informados en esta Solicitud, (ii) la anulación o terminación de la póliza por cualquier motivo, incluida la disolución, muerte, desaparición o incompetencia declarada judicialmente del otorgante, (iii) separación legal o divorcio si la persona autorizada es cónyuge del asegurado; y c) no se extiende al cambio de planes de seguro o la solicitud de una nueva cobertura, que incluye, entre otros, agregar un nuevo cultivo a una póliza existente.

Es su exclusiva responsabilidad notificar a cualquier otra persona que tenga autoridad para firmar en su nombre, incluidas las personas autorizadas para actuar en su nombre mediante un poder notarial, que está otorgando autoridad a otra(s) persona(s) para firmar documentos de seguros de cultivos. Usted será responsable de todos los daños que resulten de haber autorizado a más de una persona a actuar en su nombre con respecto a su póliza de seguro de cultivos contra riesgos múltiples. Al aceptar su solicitud y la concesión de autoridad contenida en la misma, ProAg no renuncia ni varía lo establecido en ninguna ley federal o estatal. ProAg no será responsable si se determina que el otorgamiento de autoridad bajo este lenguaje de Autorización de Firma es inválido en virtud de la ley estatal o federal, o es reemplazado por cualquier otorgamiento de autoridad bajo un poder legal válido.

Nombre legal	Últimos 4 dígitos del número de seguro social (SSN)

Entiendo la concesión de autoridad anterior, sujeta a todos los términos y condiciones anteriores, a todos los titulares de Intereses Beneficiosos Sustanciales (SBI) enumerados en esta solicitud sin necesidad de enumerarlos en esta sección.

**Nota:** Si solo desea que ciertos titulares de Intereses Beneficiosos Sustanciales (SBI) tengan autoridad para firmar, deben aparecer en la lista anterior. Sin embargo, todos los titulares de SBI deben estar incluidos en la sección correspondiente de esta solicitud; incluir a una persona en esta sección no satisface el requisito de la solicitud de incluir a todos los titulares de SBI.

Por la presente revoco la autoridad para firmar documentos de seguro de cultivos en nombre del asegurado que se otorgó previamente a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre legal

Al firmar a continuación, autorizo a la Compañía a compensar cualquier indemnización o pago de siembra indebida y todas y cada una de las primas y tarifas no facturadas y pagaderas.

Marque aquí solo si **NO** autoriza dicha compensación.



# SOLICITUD MPCÍ/CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA/INFORME DE PRODUCCIÓN/INFORME DE SUPERFICIE/FORMULARIO COMBINADO DE HOJA DE TRABAJO DE PRECEPTACIÓN

Producers Ag Insurance Group®, 5601 Interstate 40 W, Suite 204, Amarillo, TX 79106

Póliza número \_\_\_\_\_ Año de cosecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Página \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN Y DATOS (LEY DE PRIVACIDAD)

### Agentes, ajustadores de pérdidas y asegurados

Las siguientes declaraciones se realizan de conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. 552a): La Agencia de Gestión de Riesgos (RMA) está autorizada por la Ley Federal de Seguros de Cultivos (7 U.S.C. 1501-1524) o por otras leyes, y las reglamentaciones promulgadas en virtud de las mismas, para solicitar la información requerida en documentos establecidos por RMA o por los proveedores de seguros aprobados (AIP) que hayan sido aprobados por la Corporación Federal de Seguros de Cultivos (FCIC) para emitir seguros federales de cultivos. La información es necesaria para que los AIP y RMA operen el programa federal de seguro de cultivos, determinen la elegibilidad del programa, realicen análisis estadísticos y garanticen la integridad del programa. La información establecida en este documento se puede proporcionar a otras agencias federales, estatales o locales, según lo requiera o permita la ley, las agencias de aplicación de la ley, los tribunales u organismos adjudicadores, las agencias extranjeras, el magistrado, el tribunal administrativo, los contratistas y cooperadores de AIP, el Sistema Integral de Gestión de Información (CIMS), oficinas del congreso o entidades en virtud de un contrato con RMA. Para los agentes de seguros, cierta información también puede divulgarse al público con el fin de ayudar a las personas interesadas a localizar agentes en un área en particular. La divulgación de la información solicitada es voluntaria. Sin embargo, si no se informa correctamente la información solicitada, AIP o RMA pueden rechazar este documento de conformidad con el Acuerdo de Reaseguro Estándar entre AIP y FCIC, las regulaciones federales o los procedimientos aprobados por RMA y la denegación de la elegibilidad en virtud del programa o los beneficios derivados de ello. Además, la falta de información verdadera y correcta puede resultar en una acción penal o civil y la evaluación de sanciones o la búsqueda de otros recursos.

## DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la ley federal y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas en pos de los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas).

### Para presentar una Queja en relación con el Programa

Si desea presentar una queja por discriminación en relación con el programa de Derechos Civiles, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, disponible en línea en [www.ascr.usda.gov/ad-3027-usda-program-discrimination-complaint-form](http://www.ascr.usda.gov/ad-3027-usda-program-discrimination-complaint-form), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja completo o una carta por correo al Departamento de Agricultura de los EE. UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410; o envíe un correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

### Personas con Discapacidades

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para recibir la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabación de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA llamando al (202) 720-2600 (voz y TTY), o pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Las personas con discapacidades que deseen presentar una queja en relación con el programa deben consultar la información indicada anteriormente sobre cómo comunicarse con el Departamento directamente por correo postal o correo electrónico.

## CERTIFICACIÓN ANTIREEMBOLSO - DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/ASEGURADO

Certifico, para el año de cultivo indicado, que no he recibido, aceptado o pagado, ofrecido, prometido o dado ningún beneficio, directa o indirectamente, ni tampoco dinero, bienes o servicios por los cuales generalmente se hace el pago, reembolso, descuento, bonificación, crédito o reducción de la prima, o cualquier otra contraprestación valiosa, como incentivo para adquirir un seguro, o a cambio de obtener un seguro después de haberlo adquirido. Entiendo que esta prohibición no incluye el pago de tarifas administrativas, descuentos basados en el desempeño y cualquier otro pago aprobado por FCIC que esté autorizado bajo las secciones 508(a)(9)(B) y 508(d)(3) de la Ley Federal de Seguros de Cultivos (Ley) (7 USC §§1508(a)(9)(B) y 1508(d)(3)). Entiendo que una certificación falsa o el hecho de no informar de manera completa y precisa cualquier información en este formulario puede exponerme a mí, y a cualquier persona con un beneficio sustancial en mí, a sanciones que incluyen, entre otras, sanciones penales o civiles y sanciones administrativas de acuerdo con la sección 515(h) de la Ley (7 USC §1515(h)) y todos los demás estatutos federales aplicables.

## CERTIFICACIÓN ANTIREEMBOLSO - DECLARACIÓN DEL AGENTE

Certifico, para el año de cultivo indicado, que no he ofrecido ni prometido, directa o indirectamente, ningún beneficio, incluido dinero, bienes o servicios por los que se suele pagar, reembolso, descuento, crédito, reducción de prima o cualquier otra consideración valiosa para esta persona, ya sea como un incentivo para adquirir un seguro o a cambio de obtener un seguro después de haberlo adquirido. Entiendo que esta prohibición no incluye el pago de tarifas administrativas, descuentos basados en el desempeño y cualquier otro pago aprobado por FCIC que esté autorizado bajo las secciones 508(a)(9)(B) y 508(d)(3) de la Ley Federal de Seguros de Cultivos (Ley) (7 USC §§1508(a)(9)(B) y 1508(d)(3)). Entiendo que una certificación falsa o no informar de manera completa y precisa cualquier violación puede someterme a mí, y a todas las agencias/empresas que represento, a sanciones que incluyen, entre otras, sanciones penales o civiles y sanciones administrativas de acuerdo con la sección 515(h) de la Ley (7 USC §1515(h)) y todos los demás estatutos federales aplicables.

## DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE BENEFICIOS MÚLTIPLES DEL USDA

Entiendo que obtener múltiples beneficios federales por la misma pérdida, como pagos del Programa de Asistencia para Desastres de Cultivos No Asegurados (NAP) y una indemnización de seguro de cultivos federal, está prohibido por ley. Certifico que tengo o divulgaré cualquier otro beneficio del USDA; incluido cualquier beneficio NAP recibido por este cultivo. Si no divulgo el recibo de múltiples beneficios federales, o no reembolso uno de los múltiples beneficios federales, como el beneficio NAP o la indemnización del seguro de cultivos federal para el mismo cultivo, ello puede resultar en mi descalificación para recibir los beneficios del seguro de cultivos federal, además de no ser elegible para varios programas administrados por la Agencia de Servicios Agrícolas, por hasta cinco (5) años.

## CERTIFICACION DE ORGÁNICO

Certifico que tengo un plan orgánico o un certificado orgánico en vigor, o que he proporcionado una solicitud por escrito para un plan o certificado actualizado al agente certificador para toda la superficie informada como orgánica certificada u orgánica de transición.

## DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información indicada en este formulario es correcta. También comprendo que el hecho de no informar de manera completa y precisa puede dar lugar a sanciones en virtud de mi póliza, lo que incluye pero no se limita a la anulación de la misma, y a sanciones penales o civiles (18 U.S.C. §1006 y §1014; 7 U.S.C. §1506; 31 U.S.C. §3729, §3730 y cualquier otro estatuto federal aplicable).

Certifico que soy responsable de establecer los rendimientos APH aprobados que se utilizan para calcular la garantía de producción contenida en este informe de superficie, y que dichos rendimientos APH aprobados son correctos según mi leal saber y entender.

NOMBRE DEL SOLICITANTE/ASEGURADO EN LETRA DE IMPRENTA	FIRMA DEL SOLICITANTE/ASEGURADO	FECHA	NOMBRE DEL AGENTE EN LETRA DE IMPRENTA	FIRMA DEL AGENTE	CÓDIGO DE AGENTE	FECHA
---	---------------------------------	-------	--	------------------	------------------	-------

~ Línea de prima Tipo de superficie - Identifique si la superficie es:

- A = Asegurada por acuerdo escrito de nueva ruptura (superficie previamente en producción)
- B = Asegurada por nueva ruptura según los términos de la póliza (<5 % y superficie previamente en producción)
- C = Superficie en CRP (asegurada automáticamente según los términos de la póliza)
- D = Asegurada por acuerdo por escrito para nueva ruptura (superficie nunca en producción)
- E = Asegurada por nueva ruptura según los términos de la póliza (<5 % y superficie nunca en producción)
- K = Asegurada - Incendio inevitable no asegurado (UUF) o daños de terceros

Razones no asegurables:

- B = Primer año de ruptura no asegurable sin acuerdo escrito
- P = Porción no declarada de acres asegurables dentro de la unidad (es decir, acres no declarados)
- R = Unidad no asegurable no declarada - unidad completa no declarada
- S = Acres no asegurables
- T = No asegurable debido a nuevas rupturas, y el asegurado no puede corroborar que la superficie haya estado en producción anteriormente.
- U = Superficie no asegurable
- W = No asegurable - no se aplica el seguro debido a la provisión del segundo cultivo