

ENROLLMENT CARD

TARJETA DE INSCRIPCION

Please fill in all requested information. Print clearly in blue or black ink and press hard for clear copies.

Por favor llene la información solicitada en letra clara de imprenta. Use tinta azul o negra ejerciendo presión para obtener copias claras.

EMPLOYER USE ONLY

GROUP # _____

- ☐ New / Nuevo
☐ Rehire / Reempleo
☐ Name Change / Cambio de Nombre
☐ Change of Address / Cambio de Dirección
☐ Change of Beneficiary / Cambio de Beneficiario
☐ Add Dependents / Añadir Dependientes
☐ Delete Dependents / Eliminar Dependientes
☐ Other / Otro _____

Effective date / Día efectivo _____

LAST NAME/APELLIDO	FIRST NAME/PRIMER NOMBRE	MIDDLE INITIAL/INICIAL	SOCIAL SECURITY NO./NO. DE SEGURO SOCIAL	BIRTHDATE/FECHA DE NACIMIENTO		
			—	—	Mo./Mes	Day/Día
ADDRESS/DIRECCION			CITY/CIUDAD	STATE/ESTADO	ZIP/CODIGO POSTAL	PHONE/TELEFONO
						SEX/SEXO
						☐ M ☐ F
EMPLOYER/EMPLEADOR			JOB TITLE/TITULO		DATE OF HIRE / FECHA DE EMPLEO	DATE OF REHIRE / FECHA DE REEMPLERO
CHECK ONE MARQUE UNO	☐ SINGLE/SOLTERO	☐ MARRIED/CASADO	☐ DOMESTIC PARTNER/PAREJA DOMESTICA (REGISTRADA)		☐ DIVORCED/DIVORCIADO	☐ WIDOWED/VIUDO
DATE OF MARRIAGE/FECHA DE MATRIMONIO			Mo./Mes	Day/Día	Yr./Año	EMAIL ADDRESS/DIRECCION DE E-MAIL

- Please list all eligible family members to be enrolled. Attach additional sheets if necessary.
- If dependent contact info is different than above, please list below.
- Por favor anote a todos los miembros de familia elegibles para inscripción.
- Si la información de contacto dependiente es diferente que arriba, enumere por favor aquí

DEPENDENT INFORMATION INFORMACIÓN DEPENDIENTES	LAST NAME APELLIDO	FIRST NAME PRIMER NOMBRE	MI INIC	BIRTHDATE FECHA DE NACIMIENTO	DISABLED? INCAPACITADO?
☐ Add / Agregar ☐ Husband / Esposo ☐ Delete / Eliminar ☐ Wife / Esposa ☐ Domestic Partner/ Pareja Domestica (Registrada)				Social Security No./No. de Seguro Social	☐ Yes / Sí ☐ No
				Mo./Mes	Day/Día
ADDRESS/DIRECCION			PHONE/TELEFONO	EMAIL ADDRESS/DIRECCION DE E-MAIL	
☐ Add / Agregar ☐ Son / Hijo ☐ Delete / Eliminar ☐ Daughter / Hija	LAST NAME/ APELLIDO	FIRST NAME/ PRIMER NOMBRE	MI/ INIC	Social Security No./No. de Seguro Social	DISABLED/INCAPACITADO?
				BIRTHDATE/ FECHA DE NACIMIENTO	☐ Yes / Sí ☐ No
				Mo./Mes	Day/Día
ADDRESS/DIRECCION			PHONE/TELEFONO	EMAIL ADDRESS/DIRECCION DE E-MAIL	
☐ Add / Agregar ☐ Son / Hijo ☐ Delete / Eliminar ☐ Daughter / Hija	LAST NAME/ APELLIDO	FIRST NAME/ PRIMER NOMBRE	MI/ INIC	Social Security No./No. de Seguro Social	DISABLED/INCAPACITADO?
				BIRTHDATE/ FECHA DE NACIMIENTO	☐ Yes / Sí ☐ No
				Mo./Mes	Day/Día
ADDRESS/DIRECCION			PHONE/TELEFONO	EMAIL ADDRESS/DIRECCION DE E-MAIL	
☐ Add / Agregar ☐ Son / Hijo ☐ Delete / Eliminar ☐ Daughter / Hija	LAST NAME/ APELLIDO	FIRST NAME/ PRIMER NOMBRE	MI/ INIC	Social Security No./No. de Seguro Social	DISABLED/INCAPACITADO?
				BIRTHDATE/ FECHA DE NACIMIENTO	☐ Yes / Sí ☐ No
				Mo./Mes	Day/Día
ADDRESS/DIRECCION			PHONE/TELEFONO	EMAIL ADDRESS/DIRECCION DE E-MAIL	
☐ Add / Agregar ☐ Son / Hijo ☐ Delete / Eliminar ☐ Daughter / Hija	LAST NAME/ APELLIDO	FIRST NAME/ PRIMER NOMBRE	MI/ INIC	Social Security No./No. de Seguro Social	DISABLED/INCAPACITADO?
				BIRTHDATE/ FECHA DE NACIMIENTO	☐ Yes / Sí ☐ No
				Mo./Mes	Day/Día
ADDRESS/DIRECCION			PHONE/TELEFONO	EMAIL ADDRESS/DIRECCION DE E-MAIL	

WHITE: HEADQUARTERS/BLANCA: OFICINA PRINCIPAL • YELLOW: FIELD OFFICE/AMARILLA: OFICINA DE WGAT • PINK: EMPLOYER/ROSA: PATRON • CARD: EMPLOYEE/TARJETA: EMPLEADO

COVERAGE DECLINATION *To be completed if any coverage is declined or refused by any eligible employee and/or their eligible family members.*

SE RECHAZA LA COBERTURA *Debe completarse si cualquier empleado elegible o sus miembros de familia elegibles declinan o rechazan cualquier cobertura.*

HEALTH PLAN COVERAGE I decline coverage for: ☐ Myself ☐ Spouse ☐ Children ☐ Spouse & Children

COBERTURA DE PLAN DE SALUD Rechazo cobertura para: ☐ Mi ☐ Cónyuge ☐ Hijos ☐ Cónyuge e Hijos

REASON FOR DECLINING HEALTH COVERAGE (check if decline)

☐ Covered by spouse's group coverage ☐ Spouse covered by employer's group medical coverage

☐ Medicare ☐ Healthy Families ☐ Other _____

RAZON POR LA CUAL SE RECHAZA LA COBERTURA DE SALUD (marque uno si rechazó cobertura)

☐ Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge ☐ Cónyuge cubierto por la cobertura médica del empleador

☐ Medicare ☐ Healthy Families ☐ Otra _____

I acknowledge that the available coverages have been explained to me by my employer, and I know that I have every right to apply for coverage and I have decided not to enroll myself and/or my dependent(s), if any, and understand that the pre-existing condition exclusion may apply should I choose to apply for coverage at a later date. I have made this decision voluntarily, and no one has tried to influence me or put any pressure on me to decline coverage.

Reconozco que mi empleador me explico las coberturas disponibles, y entiendo que tengo el derecho de aplicar para cobertura y he decidido no inscribirme y/o a mis dependiente(s), si los hay, y entiendo que la exclusión de condiciones pre-existentes puede aplicar si elijo cobertura en una fecha posterior. He tomado esta decisión voluntariamente, y nadie ha intentado influenciarme o presionarme para declinar cobertura.

X _____

Please sign here if declining coverage / Firma – Para Declinación de Cobertura Solamente

Date / Fecha

Do any family members have Health coverage with another carrier?

☐ YES

☐ NO

Están algunos miembros de su familia cubiertos por otro seguro médicos?

☐ SÍ

☐ NO

Carrier/ Aseguradora _____

Are any family members covered by WGAT?

☐ YES

☐ NO

Algún miembro de su familia está asegurado bajo WGAT?

☐ SÍ

☐ NO

Employer/ Empleador: _____

LIFE INSURANCE BENEFICIARY / NAME / RELATIONSHIP

BENEFICIARIO DE SEGURO DE VIDA / NOMBRE / PARENTESCO

Last
Apellido

First
Primer

Relationship
Parentesco

I have accurately and completely given all applicable information requested on this form. I authorize any insurance company, physician, hospital, clinic or healthcare provider to give PINNACLE or its designated agent any and all records pertaining to any medical history, services or treatment provided to anyone listed on this form for purpose of review, investigation or evaluation.

He proporcionado de manera precisa y completa toda la información aplicable solicitada en este formulario. Autorizo a cualquier compañía de seguros, médico, hospital, clínica o proveedor de atención médica a proporcionar a PINNACLE o a su agente designado todos los registros relacionados con cualquier historial médico, servicios o tratamiento proporcionado a cualquier persona enumerada en este formulario con fines de revisión, investigación o evaluación.

X _____

EMPLOYEE'S SIGNATURE / FIRMA DE EMPLEADO

DATE / FECHA