



ENROLLMENT CARD TARJETA DE INSCRIPCIÓN



- New / Nuevo
 - Rehire / Reempléo
 - Name Change / Cambio de Nombre
 - Change of Address / Cambio de dirección
 - Change of Beneficiary / Cambio de Beneficiario
 - Add Dependents / Agregar Dependientes
 - Delete Dependents / Eliminar Dependientes
 - Other / Otro _____
- Effective date / Día efectivo** _____

**Please complete requested information.
Favor de llenar la información solicitada**
EMPLOYEE INFORMATION

EMPLOYER USE ONLY

GROUP # _____

Plan Selection _____

LAST NAME / APELLIDO	FIRST NAME / PRIMER NOMBRE	MIDDLE INITIAL / INICIAL	SOCIAL SECURITY NO. / NO. DE SEGURO SOCIAL	BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO
ADDRESS / DIRECCIÓN			CITY / CIUDAD	STATE / ESTADO
EMPLOYER / EMPLEADOR			JOB TITLE / TÍTULO	DATE OF HIRE / FECHA DE EMPLEO

CHECK ONE SINGLE / SOLTERO DOMESTIC PARTNER (REGISTERED) / PAREJA DOMÉSTICA (REGISTRADA) DIVORCED / DIVORCIADO WIDOWED / VIUDO

LEGALLY MARRIED / LEGALMENTE CASADO

DATE OF MARRIAGE / FECHA DE MATRIMONIO

LANGUAGE PREFERENCE / IDIOMA DE PREFERENCIA ENGLISH ESPAÑOL OTHER

*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.
Favor de anotar a todos los miembros de familia elegibles para la inscripción. Si es necesario, anexe hojas adicionales. Si la información de contacto del dependiente es distinta a la mencionada arriba, favor de anotarla aquí.*

DEPENDENT INFORMATION INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES	LAST NAME APELLIDO	FIRST NAME PRIMER NOMBRE	MI INICIAL	BIRTHDATE FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY NO./ NO. DE SEGURO SOCIAL
<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Husband / Esposo <input type="checkbox"/> Delete / Eliminar <input type="checkbox"/> Wife / Esposa <input type="checkbox"/> Domestic Partner (Registered) / Pareja en unión libre (Registrada)				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Social Security No.(or TIN#) / No. de Seguro Social (o #TIN)
<input type="checkbox"/> Disabled? / ¿INCAPACITADO? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Social Security No.(or TIN#) / No. de Seguro Social (o #TIN)
<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Son / Hijo <input type="checkbox"/> Delete / Eliminar <input type="checkbox"/> Daughter / Hija				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Social Security No.(or TIN#) / No. de Seguro Social (o #TIN)
<input type="checkbox"/> Disabled? / ¿INCAPACITADO? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Social Security No.(or TIN#) / No. de Seguro Social (o #TIN)
<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Son / Hijo <input type="checkbox"/> Delete / Eliminar <input type="checkbox"/> Daughter / Hija				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Social Security No.(or TIN#) / No. de Seguro Social (o #TIN)
<input type="checkbox"/> Disabled? / ¿INCAPACITADO? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Social Security No.(or TIN#) / No. de Seguro Social (o #TIN)
<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Son / Hijo <input type="checkbox"/> Delete / Eliminar <input type="checkbox"/> Daughter / Hija				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Social Security No.(or TIN#) / No. de Seguro Social (o #TIN)
<input type="checkbox"/> Disabled? / ¿INCAPACITADO? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Social Security No.(or TIN#) / No. de Seguro Social (o #TIN)

REQUIRED / REQUERIDO
LIFE INSURANCE BENEFICIARY / NAME / RELATIONSHIP **BENEFICIARIO DE SEGURO DE VIDA / NOMBRE / PARENTESCO**

Last Apellido	First Primer Nombre	Relationship Parentesco
Address Dirección	Telephone Teléfono	

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 WGAT 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 dado información completa y exacta de acuerdo a lo solicitado en este formulario. Autorizo a cualquier compañía de seguro, médico, hospital, clínica o proveedor de cuidado médico proporcionar a WGAT o a su agente designado todos los expedientes pertinentes a cualquier historial médico, servicio o tratamiento proporcionado a cualquier persona mencionada en este formulario con el propósito de llevar a cabo una revisión, investigación o evaluación.

X _____

EMPLOYEE'S SIGNATURE / FIRMA DEL EMPLEADO

DATE / FECHA



WAIVER OF COVERAGE / RECHAZO DE COBERTURA



EMPLOYER / EMPLEADOR

LASTNAME/APELLIDO FIRST NAME/PRIMER NOMBRE MIDDLE INITIAL/INICIAL SOCIAL SECURITY NO./NO. DE SEGURO SOCIAL BIRTHDATE/FECHA DE NACIMIENTO

Mo./Mes Day/Dia Yr./Año

Do any family members have Health coverage with another carrier?
¿Están algunos miembros de su familia cubiertos por otro seguro médico? Carrier/Aseguradora
Are any family members covered by WGAT?
¿Algún miembro de su familia está asegurado bajo WGAT?
Employer/ Empleador:

COVERAGE DECLINATION / RECHAZO DE COBERTURA

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

SI RECHAZA LA COBERTURA Debe completarse si cualquier empleado elegible o los miembros de su familia elegibles rechazan cualquier cobertura.

HEALTH PLAN COVERAGE I decline coverage for:
COBERTURA DE PLAN DE SALUD Rechazo cobertura para:

REASON FOR DECLINING HEALTH COVERAGE (check if decline)

- Covered by spouse's group coverage
Spouse covered by employer's group medical coverage
Coverage Medicare
Other

RAZÓN POR LA CUAL SE RECHAZA LA COBERTURA DE SALUD (marque uno si rechaza cobertura)

- Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge
Cónyuge cubierto por la cobertura médica del empleador
Medicare
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). 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 explicó las coberturas disponibles, y entiendo que tengo el derecho de solicitar cobertura y he decidido no inscribirme y/o inscribir a mis dependiente(s). He tomado esta decisión voluntariamente y nadie ha intentado influenciarme o presionarme para rechazar la cobertura.

X
Please sign here if declining coverage/Firmar para rechazar cobertura

Date/Fecha

Your privacy is a serious matter and we take extra care to ensure that the personal and private data you share is protected and treated confidentially. For privacy practices, see http://www.wgat.com/hipaa-privacy-practices

Su privacidad es un asunto serio y nos esforzamos en asegurar que los datos personales y privados que comparta, estén protegidos y sean tratados confidencialmente. Para prácticas de privacidad, vea http://wgat.com/hipaa-privacy-practices