



ENROLLMENT CARD TARJETA DE INSCRIPCIÓN



- New / Nuevo
- Rehire / Reempleo
- 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 _____

EMPLOYER USE ONLY

GROUP # _____

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

Plan Selection _____

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		
ADDRESS / DIRECCIÓN		CITY / CIUDAD		STATE / ESTADO	ZIP / CÓDIGO POSTAL		PHONE / TELÉFONO		SEX / SEXO
									<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
EMPLOYER / EMPLEADOR				JOB TITLE / TÍTULO		DATE OF HIRE / FECHA DE EMPLEO		DATE OF REHIRE / FECHA DE REEMPLEO	

CHECK ONE SINGLE / SOLTERO DIVORCED / DIVORCIADO WIDOWED / VIUDO
MARQUE UNO LEGALLY MARRIED / LEGALMENTE CASADO DATE OF MARRIAGE / FECHA DE MATRIMONIO Mo./Mes _____ Day/Día _____ Yr./Año _____
 DOMESTIC PARTNER / PAREJA DOMÉSTICA: REGISTERED/REGISTRADA UNREGISTERED (if recognized by employer) / PAREJA NO REGISTRADA (si es reconocido por el empleador)

LANGUAGE PREFERENCE / IDIOMA DE PREFERENCIA: ENGLISH ESPAÑOL OTHER _____

EMAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

ELECTRONIC DELIVERY OF BENEFIT MATERIALS | ENTREGA ELECTRÓNICA DE MATERIALES DEL PLAN DE BENEFICIOS

Would you prefer to receive updates of benefit materials (or notices of plan updates) electronically rather than through U.S. Mail? Yes No
 ¿Prefiere recibir actualizaciones de los materiales de beneficios (o avisos de actualizaciones del plan) electrónicamente en lugar de a través del correo de los Estados Unidos? Sí No

"Benefit plan materials" include explanations of benefits (EOBs), summary plan descriptions, summary annual reports, and any other materials required by the Employee Retirement Income Security Act (ERISA) or the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). They are provided in PDF format; if you cannot access PDF documents, you can download the software for free at www.adobe.com. Documents may be viewed in HealthView at <https://healthview.wga.com>. You may request a paper version of any document without charge by sending an email to eligibility@aghealthbenefits.org, and may withdraw consent for electronic delivery or update your email address at any time by changing your preferences in HealthView.

Los "materiales del plan de beneficios" incluyen explicaciones de beneficios (EOB), descripciones resumidas del plan, informes anuales resumidos y cualquier otro material requerido por la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA) o la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Se proporcionan en formato PDF; si no puede acceder a los documentos PDF, puede descargar el software de forma gratuita en www.adobe.com. Los documentos se pueden ver en HealthView en <https://healthview.wga.com>. Puede solicitar una versión impresa de cualquier documento sin cargo enviando un correo electrónico a eligibility@aghealthbenefits.org, y puede retirar el consentimiento para la entrega electrónica o actualizar su dirección de correo electrónico en cualquier momento cambiando sus preferencias en HealthView.

*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 / Pareja Domestica 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 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 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 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

FIRSTNAME/PRIMER NOMBRE

MIDDLEINITIAL/INICIAL

SOCIALSECURITYNO./NO. DESEGUROSOCIAL

BIRTHDATE/FECHA DE NACIMIENTO

Mo./Mes Day/Día 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

- YES NO
SÍ NO

Are any family members covered by WGAT?
¿Algún miembro de su familia está asegurado bajo WGAT?

- YES NO
SÍ NO

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:

- Myself Spouse Children Spouse & Children

COBERTURA DE PLAN DE SALUD Rechazo cobertura para:

- Yo 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
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