



# 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
  - Name Change / Cambio de Nombre
  - Change of Address / Cambio de Direccion
  - 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			
ADDRESS / DIRECCION		CITY / CIUDAD		STATE / ESTADO	ZIP / CODIGO POSTAL	PHONE / TELEFONO	SEX / SEXO		
EMPLOYER / EMPLEADOR		JOB TITLE / TITULO		DATE OF HIRE / FECHA DE EMPLEO					
CHECK ONE <input type="checkbox"/> SINGLE / SOLTERO <input type="checkbox"/> MARRIED / CASADO <input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNER / PAREJA DOMESTICA (REGISTRADA) <input type="checkbox"/> DIVORCED / DIVORCIADO <input type="checkbox"/> WIDOWED / VIUDO									
DATE OF MARRIAGE / FECHA DE MATRIMONIO				EMAIL ADDRESS / DIRECCION DE E-MAIL					

Please list all eligible family members to be enrolled. Attach additional sheets if necessary. Please attach any previous certificates of coverage for all family members.  
Por favor anote a todos los miembros de familia elegibles para inscripción. Si es necesario, anexe cualquier certificado de cobertura anterior para cada miembros de familia.

DEPENDENT INFORMATION INFORMACIÓN DEPENDIENTES	LAST NAME APELLIDO	FIRST NAME PRIMER NOMBRE	MI INIC	BIRTHDATE FECHA DE NACIMIENTO	DISABLED? INCAPACITADO?
<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 (Registrada)				Social Security No./No. de Seguro Social Mo./Mes   Day/Día   Yr./Año	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
<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	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
<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	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
<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	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
<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	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
<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	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
<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	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No

**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 coverage's 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.

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/ SÍ  NO Carrier/ Aseguradora \_\_\_\_\_  
Están algunos miembros de su familia cubiertos por otro seguro médicos?

Are any family members covered by WGAT?  YES/ SÍ  NO Employer/ Empleador: \_\_\_\_\_  
Algún miembro de su familia esta asegurado bajo WGAT?

I hereby affirm and attest that my dependent child(ren) 19 years of age or older is(are) currently not eligible or covered under an employer sponsored health plan. I further understand that I must notify my employer and terminate my dependent within 30 days of their eligibility or coverage under their employer health plan. I also understand that if I fail to take the steps outlined above, I may be financially liable for claims incurred by my dependent that will not be covered by my employer's plan.  
 Por la presente afirmo y atestiguo que mis hijo(s) dependiente(s) de 19 años de edad o mayores actualmente no son elegibles o cubiertos bajo un plan de salud patrocinado por un empleador. Comprendo también que debo notificar a mi empleador y terminar a mi dependiente dentro de 30 días de su elegibilidad o cobertura bajo su plan de la salud de empleador. También comprendo que si no tomo los pasos resumidos arriba, yo puedo ser económicamente responsable de reclamos contraídos por mi dependiente que no será cubierto por el plan de mi 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 health care 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, doctor, hospital, clinica o proveedor de cuidado de salud darle a WGAT o su agente designado todos los expedientes pertinentes a cualquier historial médico servicio o tratamiento proporcionado a cualquier persona enumerada en esta forma con el proposito de revisar, investigar y evaluar.

EMPLOYEE'S SIGNATURE / FIRMA DE EMPLEADO \_\_\_\_\_ DATE / FECHA \_\_\_\_\_