



WASHINGTON ALLIANCE FOR HEALTHCARE INSURANCE TRUST

EMPLOYEE MEDICAL/DENTAL ENROLLMENT APPLICATION W/ _____

SOLICITUD DE MEDICO/DENTAL INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO



| | | |
|------------------------------------|--|---------------|
| INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN: | ★Requested Effective Date of Enrollment or Change → <i>Fecha solicitada de entrada en vigencia de la inscripción o el cambio</i> | / 01 / |
|------------------------------------|--|---------------|

| | | |
|---|---|--|
| Reason for Enrollment/Motivo de la inscripción (Check One/Marque una) <input type="checkbox"/> Open Enrollment (new or renewing groups) <i>Inscripción abierta (grupos nuevos o renovaciones)</i> <input type="checkbox"/> New Hire or new to Eligible Class <i>Nueva contratación o nuevo para la clase elegible</i> <input type="checkbox"/> COBRA / Continuation - start date ____/____/____ <i>COBRA / Continuación - fecha de inicio</i> <input type="checkbox"/> Add Dependent(s) (Specify qualifying event at right) <i>Agregar dependiente/s (Especificar el evento habilitante a la derecha)</i> <input type="checkbox"/> Special Enrollment (Specify qualifying event at right) <i>Inscripción especial (Especificar hecho habilitante a la derecha)</i> | Qualifying Event /Hechos habilitantes <input type="checkbox"/> Involuntary Loss of Coverage <i>Pérdida involuntaria de la cobertura</i> <input type="checkbox"/> Medical Assistance/CHIP <i>Asistencia médica/CHIP</i> <input type="checkbox"/> Court Order (Dep. Child) <i>Orden judicial (Hijo dep.)</i> <input type="checkbox"/> Birth / Nacimiento <input type="checkbox"/> Marriage/Domestic Partnership (DP) <i>Matrimonio/ Pareja doméstica (UH)</i> Date of marriage or DP ____/____/____ - <i>Fecha de matrimonio o UH ____/____/____</i> <input type="checkbox"/> Adoption/Legal Guardian <i>Adopción/ Tutor legal</i> (Legal Documents Required) <i>(Requiere documentación legal)</i> | Reason for Change Motivo del cambio <input type="checkbox"/> Name Change <i>Cambio de nombre</i> <input type="checkbox"/> Address Change <i>Cambio de domicilio</i> <input type="checkbox"/> Beneficiary Change <i>Cambio de beneficiario</i> Note: To terminate employee or dependent coverage, use billing statement or iBSI online. Nota: Para terminar la cobertura de un empleado o dependiente, use el extracto de facturación o iBSI en línea. |
|---|---|--|

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: (Para ser completada por el empleador) (★ indica los campos obligatorios) POR FAVOR, VERIFIQUE LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN ANTES DE PRESENTARLA

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--------------------------------------|
| ★Employer Name <i>Nombre del empleador</i> | | ★Employee's Date of Hire <i>Fecha de contratación del empleado</i> | / / | Date Employee entered eligible class (if different than Date of Hire) <i>Fecha en que el empleado ingresó a la clase elegible (si difiere de la Fecha de contratación)</i> | / / |
| Class (If Applicable) Clase (Si corresponde) | <input type="checkbox"/> Class 1/Clase 1 <input type="checkbox"/> Class 2/Clase 2 <input type="checkbox"/> Class 3/Clase 3 | | | | |
| Employee's Medical Plan Selection (If Applicable) Elección del Plan médico del empleado (Si corresponde) | <input type="checkbox"/> Choice 1 | <input type="checkbox"/> Choice 2 | <input type="checkbox"/> Choice 3 | <input type="checkbox"/> Choice 4 | <input type="checkbox"/> HSA 2000 |
| | <input type="checkbox"/> Solutions 500 | <input type="checkbox"/> Solutions 750 | <input type="checkbox"/> Solutions 1000 | <input type="checkbox"/> Solutions 1500 | <input type="checkbox"/> HSA 3000 |
| | <input type="checkbox"/> Secure 500 | <input type="checkbox"/> Secure 750 | <input type="checkbox"/> Secure 1000 | <input type="checkbox"/> Secure 1500 | <input type="checkbox"/> Secure 2000 |

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO: (Para ser completado por el empleado) (★ indica los campos obligatorios) POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------------|--|------------------------------------|---|--|
| ★First Name/Primer nombre | Middle Segundo nombre | ★Last Name/Apellido | Suffix (Jr, Sr, etc.) Sufijo (Jr, Sr, etc.) | Phone/Teléfono () | ★Employee's Birth Date <i>Fecha de nacimiento del empleado</i> / / | ★Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino |
| ★Mailing Address/Dirección postal | ★City/Ciudad | ★State Estado | ★Zip/Código postal | Marital Status Estado civil | ★Social Security # N° de Seguro Social - - | Annual Salary (for STD or Salary-Based Life) <i>Sueldo anual (para seguro de discapacidad a corto plazo (STD) o de Vida basado en el sueldo (Salary-Based Life))</i> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Los inscritos que han tenido un seguro médico durante los 3 meses calendario previos a la inscripción en este plan, deben proporcionar la siguiente información: | | | |
| Información de cobertura anterior del empleado | Date Prior Coverage Began <i>Fecha de inicio de la cobertura anterior</i> | Date Prior Coverage Ended <i>Fecha de finalización de la cobertura anterior</i> | Name of Prior Insurance Company <i>Nombre de la compañía anterior de seguros</i> |



WASHINGTON ALLIANCE FOR HEALTHCARE INSURANCE TRUST

EMPLOYEE MEDICAL/DENTAL ENROLLMENT APPLICATION **W/** _____ SOLICITUD DE MEDICO/DENTAL INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO



INSCRIPCIÓN DE DEPENDIENTES: Para inscribir a un dependiente o dependientes proporcione la siguiente información. Si tiene más de cinco dependientes, por favor, adjunte un segundo formulario. Si un dependiente desea renunciar ya sea a la cobertura dental o médica, marque la casilla apropiada a continuación. Si alguno de sus dependientes tuvo seguro médico durante los 3 meses previos a la fecha de inscripción en el presente plan, por favor, asegúrese de proporcionar la información de COBERTURA ANTERIOR. Los cambios de cobertura de los dependientes deben cumplir con las normas que rigen el Fideicomiso, incluidos los Eventos Habilitantes estipulados en el folleto de beneficios.

| Waive renunciar | | ★Name of Dependent (If dependent has different mailing address, please attach) Nombre del dependiente (Si el dependiente tiene una dirección postal diferente, por favor, adjúntela) | ★Birth Date (Child over age 25 requires certification) Fecha de nacimiento (Los hijos mayores de 25 años requieren una certificación) | ★Relationship (Spouse, Domestic Partner, Son, Daughter) Parentesco (Cónyuge, pareja doméstica, hijo, hija) | ★Gender Circle One Sexo Marque uno con un círculo | ★Social Security # Nº de Seguro Social | Prior Coverage Information / Información de cobertura anterior | | |
|---|--------------------------|--|---|--|---|--|--|---|---|
| Dental | Medical/Médico | | | | | | Covered under what subscriber's name? ¿Cubierto bajo el nombre de qué suscriptor? | Date Coverage Began Fecha de inicio de la cobertura | Date Coverage Ended Fecha de finalización de la cobertura |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | First/Primero Last/Apellido | / / | | M F | | / / | / / | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | / / | | M F | | / / | / / | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | / / | | M F | | / / | / / | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | / / | | M F | | / / | / / | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | / / | | M F | | / / | / / | |
| BENEFICIARIO DEL SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS (AD&D) / DE VIDA BÁSICO DEL EMPLEADO | | | Beneficiary Name/Nombre del beneficiario | | Beneficiary Address/Domicilio del beneficiario | | | Relationship/ Parentesco | |

Por la presente, solicito la inscripción o el cambio de inscripción como se indica en esta solicitud. Comprendo que WAHIT puede recabar, utilizar y revelar información médica privada para propósitos de elegibilidad. Los Aseguradores pueden recabar, utilizar y revelar información médica privada de cada persona inscrita en esta solicitud para llevar a cabo sus operaciones comerciales habituales, entre las que se incluye, pero sin limitarse a, determinar la elegibilidad para beneficios, pagar indemnizaciones, coordinar beneficios con otros responsables de pagos, asegurar y dirigir el manejo de casos, administración de cuidados y revisiones de calidad. WAHIT y los Aseguradores también pueden revelar información médica privada a los organismos estatales y federales, o a terceros, como lo requiera la ley. Constituye un delito proporcionar a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de cometer fraude en perjuicio de la misma. Las penas incluyen prisión, multas y denegación de cobertura de seguro.

| | | |
|--|---|-------------|
| ★Employee Signature/Firma del empleado | Employee's Email Address (Required for web access) Correo electrónico del empleado (Necesario para el acceso al sitio Web) | ★Date/Fecha |
|--|---|-------------|

No se remitirá al asegurador ni al proveedor de servicios la elegibilidad del empleado sin la firma de éste. Por favor, devuelva este formulario a su empleador.

Esta forma se ha traducido de inglés como una cortesía. Premera Blue Cross no asegura ni garantiza la exactitud de la traducción, y no asume responsabilidad por inexactitudes, omisiones o errores en la traducción. En caso de un conflicto o diferencia entre el documento traducido y los documentos en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés.