



# WASHINGTON ALLIANCE FOR HEALTHCARE INSURANCE TRUST

## EMPLOYEE ENROLLMENT APPLICATION

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO



BLUE CROSS

WI/\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN:		Reason for Enrollment/Motivo de la inscripción				Reason for Change Motivo del cambio	
★ Requested Effective Date of Enrollment or Change <i>Fecha solicitada de entrada en vigencia de la inscripción o el cambio</i>  <b>/01/</b> mm / mm    dd / dd    yy / aa	<b>(Check One/Marque una)</b> <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>	<b>Qualifying Events for Special Enrollment (See Benefit Booklet)</b> <i>Hechos habilitantes para la inscripción especial (Vea el Folleto de beneficios)</i> <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"/> Involuntary Loss of Coverage <i>Pérdida involuntaria de la cobertura</i> <input type="checkbox"/> Medical Assistance/SCHIP <i>Asistencia médica/SCHIP</i>				<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> <input type="checkbox"/> Delete Dependent <i>Eliminar dependiente</i>	
<b>INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: (Para ser completada por el empleador) (★ indica los campos obligatorios) POR FAVOR, VERIFIQUE LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN ANTES DE PRESENTARLA</b>							
<b>★ Employer Name</b> <i>Nombre del empleador</i>		<b>★ Employee's Date of Hire</b> <i>Fecha de contratación del empleado</i>	/ /	<b>Date Employee entered eligible class (if different than Date of Hire)</b> <i>Fecha en que el empleado ingresó a la clase elegible (si difiere de la Fecha de contratación)</i>	/ /		
<b>Class (If Applicable)</b> <i>Clase (Si corresponde)</i>	<input type="checkbox"/> Class 1/Clase 1	<input type="checkbox"/> Class 2/Clase 2	<input type="checkbox"/> Class 3/Clase 3				
<b>Employee's Medical Plan Selection</b> <i>Elección del Plan médico del empleado</i>	<input type="checkbox"/> Choice 1	<input type="checkbox"/> Choice 2	<input type="checkbox"/> Choice 3A	<input type="checkbox"/> Choice 3B	<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"/> Solutions 2000	<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		
<b>INFORMACIÓN DEL EMPLEADO: (Para ser completado por el empleado) (★ indica los campos obligatorios) POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE</b>							
<b>★ First Name/Primer nombre</b>	Middle Segundo nombre	<b>★ Last Name/Apellido</b>	Suffix (Jr, Sr, etc.) <i>Sufijo (Jr, Sr, etc.)</i>	Phone/Teléfono (    )	<b>★ Employee's Birth Date</b> <i>Fecha de nacimiento del empleado</i>	<b>★ Gender/Sexo</b> <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	
<b>★ Mailing Address/Dirección postal</b>	<b>★ City/Ciudad</b>	<b>★ State</b> <i>Estado</i>	<b>★ Zip/Código postal</b>	<b>Marital Status</b> <i>Estado civil</i>	<b>★ Social Security #</b> <i>Nº de Seguro Social</i>	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> -                    -	
<b>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:</b>							
<b>Información de cobertura anterior del empleado</b>	<b>Date Prior Coverage Began</b> <i>Fecha de inicio de la cobertura anterior</i>	<b>Date Prior Coverage Ended</b> <i>Fecha de finalización de la cobertura anterior</i>	<b>Name of Insurance Company</b> <i>Nombre de la compañía de seguros</i>				

Planes dentales y médicos asegurados por Premera Blue Cross, 7001 220th SW, Mountlake Terrace, WA 98043; planes de vida y discapacidad por LifeWise Assurance Company, 7007 220th SW, Mountlake Terrace, WA 98043; y cobertura de la vista por Vision Service Plan, 600 University St. Ste. 2004, Seattle, WA 98101.

Washington Alliance for Healthcare Insurance Trust (WAHIT@2009)

Revisado en abril de 2009 para Grupos con fechas de entrada en vigencia del 1 de abril de 2009 al 1 de marzo de 2010

019741 (04-2009) Premera Blue Cross is an Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association



# WASHINGTON ALLIANCE FOR HEALTHCARE INSURANCE TRUST

## EMPLOYEE ENROLLMENT APPLICATION

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO



BLUE CROSS

W/ \_\_\_\_\_

**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 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. Para eliminar a un dependiente, marque la casilla ubicada junto a su nombre

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

Planes dentales y médicos asegurados por Premera Blue Cross, 7001 220th SW, Mountlake Terrace, WA 98043; planes de vida y discapacidad por LifeWise Assurance Company, 7007 220th SW, Mountlake Terrace, WA 98043; y cobertura de la vista por Vision Service Plan, 600 University St. Ste. 2004, Seattle, WA 98101.

Washington Alliance for Healthcare Insurance Trust (WAHIT@2009)

Revisado en abril de 2009 para Grupos con fechas de entrada en vigencia del 1 de abril de 2009 al 1 de marzo de 2010

019741 (04-2009) Premera Blue Cross is an Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association