



Benefits Administered By
PINNACLE CLAIMS MANAGEMENT, INC.
 17620 Fitch Street, Irvine, CA 92614

- New / Nuevo
- Name Change / Cambio de Nombre
- Change of Address / Cambio de Dirección
- Change of Beneficiary / Cambio de Beneficiario
- Add/Delete Dependents / Agregar / Eliminar Nombres de Dependientes
- Other / Otro
- Effective Date / Día Efectivo _____
- Change in Type of Coverage

ENROLLMENT CARD
TARJETA DE INSCRIPCIÓN

Employer Use Only
Group # _____

* Please attach any certificates of coverage for all family members.

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.

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 ()
			Mo./Mes	Day/Día
			Yr./Año	SEX SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

TYPE OF COVERAGE:	<input type="checkbox"/> MEDICAL <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> DELETE	<input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> DELETE	<input type="checkbox"/> VISION <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> DELETE	<input type="checkbox"/> LIFE <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> DELETE
EMPLOYER PATRÓN	JOB TITLE TÍTULO	DATE OF HIRE FECHA DE EMPLEO		

CHECK ONE MARQUE UNO	<input type="checkbox"/> MARRIED CASADO	DATE OF MARRIAGE FECHA DE MATRIMONIO	<input type="checkbox"/> WIDOWED VIUDO	<input type="checkbox"/> SINGLE SOLTERO	<input type="checkbox"/> DIVORCED DIVORCIADO
		Mo./Mes	Day/Día	Yr./Año	

Please list all eligible family members to be enrolled. Attach additional sheets if necessary. If dependents are over the age of 19 and a full time student, or disabled, verification must be attached.
 Por favor registre los miembros de familia elegibles que desea inscribir. Si es necesario, adjunte hojas adicionales. Si alguno de sus dependientes esta incapacitado o es mayor de 19 años de edad y estudiante de tiempo completo por favor adjunte verificación.

DEPENDENT INFORMATION INFORMACIÓN DEPENDIENTES	TYPE OF COVERAGE	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"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Life <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Delete / Eliminar <input type="checkbox"/> Wife / Esposa						
<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Son / Hijo	<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Life <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Delete / Eliminar <input type="checkbox"/> Daughter / Hija						
<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Son / Hijo	<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Life <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Delete / Eliminar <input type="checkbox"/> Daughter / Hija						
<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Son / Hijo	<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Life <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Delete / Eliminar <input type="checkbox"/> Daughter / Hija						
<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Son / Hijo	<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Life <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Delete / Eliminar <input type="checkbox"/> Daughter / Hija						
<input type="checkbox"/> Add / Agregar <input type="checkbox"/> Son / Hijo	<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Life <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Delete				Mo./Mes Day/Día Yr./Año	Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Delete / Eliminar <input type="checkbox"/> Daughter / Hija						

If son or daughter is 19 to 22 and attending school full-time, please complete the following and attach verification.
 Si su hijo(a) de 19 a 22 años y asiste a la escuela tiempo completo, por favor llene lo siguiente y anexe su verificación

Name of Child: Nombre de Hijo:	Name Of School: Nombre de la Escuela:	Number Of Units: Cantidad de Unidades:
-----------------------------------	--	---

Do any family members have Health coverage with another carrier?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Carrier: _____
Estan Algunos Miembros de su familia cubiertos por otro seguro medico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Aseguradora: _____
Are any family members covered by WGAT?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Employer: _____
Algún miembro de su familia esta asegurado bajo WGAT?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Patron: _____

LIFE INSURANCE BENEFICIARY NAME / RELATIONSHIP	BENEFICIARIO DE SEGURO DE VIDA NOMBRE / PARENTESCO
LAST APELLIDO	RELATIONSHIP PARENTESCO
FIRST PRIMER	

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 PCMI 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 de salud darle a PCMI o su agente designado todos los records pertinentes a cualquier historia medica servicio o tratamiento dispensado a cualquier persona enumerada en esta forma con el proposito de revisar, investigación y evaluación.

TEMPORARY ID CARD

PINNACLE CLAIMS MANAGEMENT, INC.
17620 Fitch Street, Irvine, CA 92614
Customer Service (800) 649-9121
Utilization Review (800) 777-9428

This card is for identification only and does not guarantee eligibility.
This card is void when your permanent plastic card is mailed to you or your employer.

PERSON CODE DETERMINATION:

00 = Cardholder
30-39 = Female spouse
40-49 = Male spouse
50-59 = Female children
60-69 = Male children

RX INFO:

Processor: 600471 RESTAT Plan 0511
RESTAT CUSTOMER SERVICE 1-800-248-1062
(Applicable if pharmacy benefits were selected)

TEMPORALMENTE ID CARD

PINNACLE CLAIMS MANAGEMENT, INC.
17620 Fitch Street, Irvine, CA 92614
Servicios para Clientes (800) 649-9121
Reviso de Utilización (800) 777-9428

Esta tarjeta es para identificación solamente y no garantiza elegibilidad.
Esta tarjeta es anulada cuando su tarjeta de plástico permanente es enviada a su empleador.

PERSON CODE DETERMINATION:

00 = Cardholder
30-39 = Female spouse
40-49 = Male spouse
50-59 = Female children
60-69 = Male children

RX INFO:

Processor: 600471 RESTAT Plan 0511
RESTAT CUSTOMER SERVICE 1-800-248-1062
(Aplica si se eligieron los beneficios de farmacia)

Welcometo
Pinnacle Claims Management, Inc.

To help speed your claims processing, please complete the attached enrollment card as accurately and completely as possible. After enrollment is completed by PCMI, we will issue you an identification card.

A new enrollment card must be completed if any of the information changes; new dependents must be added within 31 days from date of birth, marriage or adoption.



Bienvenidos A
Pinnacle Claims Management, Inc.



Para acelerar el trámite de reclamos, sírvase llenar la tarjeta adjunta de inscripción, PCMI le expedirá una tarjeta de identificación.

Si la información llegara a cambiar, es indispensable volver a llenar una nueva tarjeta de inscripción; nuevos dependientes se deben agregar dentro de 31 días del día nacimiento, matrimonio u adopción.