

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA HRA

Completar de forma legible en letra de molde

| | | | |
|-----------------------|--|----------------|---------------------|
| EMPLEADOR: | DIVISIÓN: | | |
| N.º DE SEGURO SOCIAL: | INSCRIPCIÓN ABIERTA EMPLEADO NUEVO CAMBIO* | | |
| NOMBRE: | FECHA DE ENTRADA EN VIGOR(mm/dd/aa): | | |
| | FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa): | | |
| DIRECCIÓN POSTAL: | TELÉFONO: | | Casado M |
| | | | Soltero F |
| CIUDAD: | ESTADO: | CÓDIGO POSTAL: | CORREO ELECTRÓNICO: |

Entiendo que el empleador mencionado arriba proporcionará los siguientes beneficios dentro de los parámetros del documento de plan, el acuerdo de reembolso de gastos médicos y la descripción resumida del plan.

CUENTA DE REEMBOLSO DE ATENCIÓN MÉDICA (HRA)

MONTO DE LA HRA: \$ _____ período: S. 2S. 2M. M ANUAL (marcar una opción)

MONTO ANUAL ELEGIDO: \$ _____

◆ PERÍODOS DE PAGO:

52 = SEMANALMENTE (S.) 26 = CADA DOS SEMANAS (2S.) 24 = DOS VECES AL MES (2M.) 12 = UNA VEZ AL MES (1M.)

DEPENDIENTES (Use una hoja adicional, si es necesario)

| | NOMBRE DE PILA | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO DE PILA | NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (exigido por ley si es mayor de 1 año) | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO M o F |
|---------|----------------|----------------------------|------------------|--|---------------------|---------------|
| CÓNYUGE | | | | | | |
| HIJO | | | | | | |
| HIJO | | | | | | |
| HIJO | | | | | | |
| HIJO | | | | | | |

CERTIFICACIÓN *Certifico que estas son mis elecciones de beneficios y que:*

1. Entiendo que la cobertura se aplica solo a los gastos realizados durante mi período de participación activa en la HRA.
2. Mi elección de mi HRA es para los gastos para mí, mi cónyuge y mis dependientes calificados.
3. Las solicitudes de reembolso enviadas a Allegiance deben estar acompañadas de la documentación del gasto.

Se necesita tanto la firma del empleado como la autorización de la empresa para que se complete la inscripción.

Firma: _____ Fecha _____

Autorización de la empresa: _____ Fecha: _____

*Si este es un cambio de elección, indique el evento que califique:

_____ Iniciales de RR. HH. _____

Solo para el uso de Allegiance

Número de grupo: _____ Fecha en que se completó: _____ Presentado por (iniciales): _____