

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA BENEFICIOS FLEXIBLES



Completar de forma legible en letra de molde

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

Si todavía no se ha registrado para el depósito directo, es fácil. Visite la cuenta de beneficios flexibles de Allegiance, [www.allegianceflexadvantage.com](http://www.allegianceflexadvantage.com).

## AUTORIZACIÓN PARA LA ELECCIÓN DE BENEFICIOS FLEXIBLES DE USO LIMITADO

DEDUCIR LAS PRIMAS DEL SEGURO ANTES DE IMPUESTOS	DEDUCCIÓN POR PERÍODO DE NÓMINA	CANTIDAD DE PERÍODOS DE PAGO	MONTO TOTAL ANUAL ELEGIDO
	DENTAL/DE LA VISTA _____ X _____ = _____		
	GUARDERÍA _____ X _____ = _____		

PERÍODOS DE PAGO (marcar uno)    52 = SEMANALMENTE    26 = CADA DOS SEMANAS    24 = DOS VECES AL MES    12 = UNA VEZ AL MES  
El "Monto total anual elegido" se usará para ingresar los montos elegidos en el sistema de Allegiance.

## CERTIFICACIÓN

Certifico que estas son mis elecciones de beneficios y que:

- Entiendo que solo los gastos de la vista, dentales y algunos gastos de servicios preventivos pueden reembolsarse en virtud de la FSA de atención médica de uso limitado.
- Autorizo la deducción "antes de impuestos" de una parte de mi salario en función de las elecciones de arriba.
- Mi elección de la FSA de atención médica es para los gastos dentales y de la vista para mí, mi cónyuge y mis dependientes calificados.
- Mi elección de la FSA de guardería es para el cuidado de mis hijos dependientes para fines tributarios, menores de 13 años o personas que no pueden cuidar de sí mismas, que vivan conmigo al menos 8 horas por día.
- Entiendo que no se me reembolsarán los aportes que no haya utilizado realizados a la FSA y que se convertirán en propiedad de mi empleador.
- Las solicitudes de reembolso enviadas a Allegiance deben estar acompañadas de la documentación del gasto.
- Entiendo que la cobertura se aplica solo a los gastos realizados dentro del año del plan y durante mi período de empleo.
- Entiendo que este acuerdo no puede modificarse o renovarse durante el año del plan, a menos que ocurra un cambio de estado calificado.

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. Tenga en cuenta que los cambios de elección son para fechas de servicio a futuro:  
\_\_\_\_\_ Iniciales de RR. HH. \_\_\_\_\_

Solo para el uso de Allegiance

2025

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