



Formulario de Inscripción/Cambio

CUENTAS DE REEMBOLSO DE SALUD (HRA)

Compañía

Fecha Vigente de Inscripción (MM/DD/YYYY)

Nombre del Empleado - *Primer Nombre, Las Iniciales, Apellido*

Fecha de Empleo (MM/DD/YYYY)

Número de Membresía

**Elección de su empleador.
A menudo su número de
empleado o NSS.*

Fecha De Nacimiento (MM/DD/YYYY)

Calle o Apartado Postal

Correo Electronico

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Estatus del Empleado:

Tiempo
Completo

Medio
Tiempo

Número de la Seguridad Social (NSS)

Ingrese la información de su dependiente (s) a continuación, o marque aquí si no tiene ninguno:

Añadir:

Remover:

Seguro Social:

Por favor marque la que aplica:

Relación con el Participante:

Cónyuge

Compañero
Domestico

Hijo/a

Etapa Final de la
Enfermedad Renal (ESRD)

Nombre de
Dependiente:

Incapacitado

Fecha de Nacimiento
de Dependiente:

Beneficiarios Actuales de
Medicare

Numero de Reclamo de Salud de Medicare:

Cubierto por un plan de
seguro de salud degrupo
(si es requerido por su plan)

Fecha Vigente de Cobertura HRA:

Añadir:

Remover:

Seguro Social:

Por favor marque la que aplica:

Relación con el Participante:

Cónyuge

Compañero
Domestico

Hijo/a

Etapa Final de la
Enfermedad Renal (ESRD)

Nombre de
Dependiente:

Incapacitado

Fecha de Nacimiento
de Dependiente:

Beneficiarios Actuales de
Medicare

Numero de Reclamo de Salud de Medicare:

Cubierto por un plan de
seguro de salud degrupo
(si es requerido por su plan)

Fecha Vigente de Cobertura HRA:

Añadir:

Remover:

Seguro Social:

Por favor marque la que aplica:

Relación con el Participante:

Cónyuge

Compañero
Domestico

Hijo/a

Etapa Final de la
Enfermedad Renal (ESRD)

Nombre de
Dependiente:

Incapacitado

Fecha de Nacimiento
de Dependiente:

Beneficiarios Actuales de
Medicare

Numero de Reclamo de Salud de Medicare:

Cubierto por un plan de
seguro de salud degrupo
(si es requerido por su plan)

Fecha Vigente de Cobertura HRA:



Formulario de Inscripción/Cambio

CUENTAS DE REEMBOLSO DE SALUD (HRA)

POR FAVOR CERTIFIQUE LO SIGUIENTE:

He recibido y leído el material impreso que explica mi Plan y mis opciones bajo este. Tengo por entendido que cualquier gasto pagado bajo este Plan debe ser gastos elegibles gobernados por las reglas del Servicio de Rentas Internas, deben ser servicios provistos para mí o un individuo calificado* y no deben ser reembolsados por otra fuente. Entiendo que si yo o mi cónyuge tiene una Cuenta de Ahorro de Salud (HSA), contribuciones no pueden ser hechas a una HSA mientras haya cubierta bajo una Cuenta General de Reembolso de Salud (HRA). Si la HRA es un plan compatible con HSA (ej. Propósito limitado, después de deducible), contribuciones a la HSA pueden ser hechas.

Entiendo que la ley Federal requiere que todas las instituciones financieras obtengan, verifiquen y registren información que identifica a cada persona que abre una cuenta. También entiendo que se me puede pedir que provea información que me identifique (por ejemplo: número de seguro social, dirección y fecha de nacimiento) cuando se me pregunte. También entiendo que cualquier información personal obtenida no será compartida con nadie, incluyendo terceras partes no afiliadas, excepto lo permitido por ley. Verifico que la información detallada arriba es verdadera y exacta. Entiendo que la información requerida es necesaria para cumplir con los requisitos de informes mandatario de la sección 111 y enviado a The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).

Si la Tarjeta Prepagada Beniversal® Mastercard® esta asociada con mi cuenta HRA:

- Autorizo la emisión de una Tarjeta Beniversal. Estoy de acuerdo en solo usar esta tarjeta para gastos médicos elegibles bajo el plan para mí o un individuo calificado y acatar todas las provisiones del Acuerdo del Usuario y promesas enviadas a mí con la tarjeta. Además, entiendo que si mi Tarjeta Beniversal es usada para otros en vez de gastos médicos elegibles o si violo los términos del Acuerdo del Usuario, mi cuenta puede ser suspendida y reembolsare al plan los gastos. Autorizo a mi compañía a deducir cualquier gasto no aprobado directamente de mi paga después de impuestos. También autorizo gastos de reemplazo de tarjetas y cualquier seguimiento requerido a ser deducido del balance de mi cuenta.
- Como el IRS requiere sustanciación para ciertas compras hechas con la Tarjeta Beniversal, acuérdesse de adquirir y retener suficiente documentación de cualquier gasto pagado con la tarjeta y enviar tal documentación a Benefit Resource cuando se le solicite.

Firma

Fecha (MM/DD/YYYY)

**Vigente con los Planes que comienzan en o después del de enero del 2017, los reembolsos de gastos hechos por su HRA sólo pueden ser para usted, su cónyuge y/o sus dependientes elegibles que estén cubiertos por un plan de seguro de salud de grupo, como se indica en el Resaltamiento del Plan.*

DEVUELVA ESTE FORMULARIO TERMINADO A SU EMPLEADOR

SÓLO EMPLEADORES - Esta sección debe estar completada para que el empleado se inscriba

Fecha vigente de inscripción/cambio:

Clase de Cuenta: Cuenta de Reembolso de Salud
 Cuenta Limitada de Reembolso de Salud
(Reembolsa dental, visión y/o gastos de post-deducibles según lo permitido por el plan. Los participantes no pueden recibir contribuciones a esta cuenta si las contribuciones son hechas para a una Cuenta de Reembolso de Salud.)

Por favor seleccione una de las siguientes opciones:

Nueva Inscripción, cantidad \$	Por Año del Plan	Otro:
Terminación	Renuncia	Retiro
	Cambio de Horario	Otro:

Código de Cubierta de Seguro:

Esta información es necesaria para las Tarjetas Beniversal. Este código de seis dígitos lo puede obtener de su forma de Información del Grupo de Seguro. Nota: Si el empleado no está asegurado a través del Plan(es) de la compañía, escriba NOMED.

EMPLEADORES: Conserve este documento para sus registros; NO lo envíe a BRI. La información requerida debe enviarse a BRI a través de su proceso normal de intercambio de archivos.

(800) 473 - 9595 | PARTICIPANTSERVICES@BENEFITRESOURCE.COM | BENEFITRESOURCE.COM

Las Tarjetas pre-pagadas Beniversal Mastercard son emitidas por el banco The Bancorp Bank en conformidad con la licencia de Mastercard International Incorporated. Mastercard es una marca comercial registrada de Mastercard International Incorporated y los círculos de diseño es una marca de Mastercard. Las tarjetas Beniversal son aceptadas en comercios calificados que aceptan Mastercard Debito. El banco The Bancorp Bank es miembro del FDIC. | Su Compañía mantiene el Documento del Plan; si algo en este documento no coincide con el Documento del Plan, entonces el Documento del Plan gobernara. | Si algo en este documento conflija con la versión en Inglés, la interpretación de la versión en Inglés prevalece.

© 2022 Benefit Resource, LLC. | Derechos Reservados | Actualizado 08/23/2022 | Benefit Resource y BRI son nombres comerciales de Benefit Resource, LLC.