



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA HRA

P.O. BOX 4346 • MISSOULA MT 59806

Teléfono: 877-424-3570

Fax: 406-523-3186

www.askallegiance.com

Completar de forma legible en letra de molde

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

Entiendo que el empleador mencionado arriba proporcionará los siguientes beneficios dentro de los parámetros del documento del 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. 2 S. 2 M. M ANUAL (marcar una opción)

MONTO ANUAL ELEGIDO: \$ _____

♦ PERÍODOS DE PAGO:

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

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

- Entiendo que la cobertura se aplica solo a los gastos realizados durante mi período de participación activa en la HRA.
- Mi elección de mi HRA es para los gastos para mí, mi cónyuge y mis dependientes calificados.
- 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): _____