



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA HRA**

P.O. BOX 4346 • MISSOULA MT 59806

Teléfono: 877-424-3570

Fax: 406-523-3186

[www.askallegiance.com](http://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:
<b>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.</b>			
<b>CUENTA DE REEMBOLSO DE ATENCIÓN MÉDICA (HRA)</b>			
MONTO DE LA HRA: \$ _____ período: <input type="checkbox"/> S. <input type="checkbox"/> 2 S. <input type="checkbox"/> 2 M. <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ANUAL    (marcar una opción)			
MONTO ANUAL ELEGIDO: \$ _____			
<b>♦ PERÍODOS DE PAGO:</b> 52 = SEMANALMENTE (S.)    26 = CADA DOS SEMANAS (2 S.)    24 = DOS VECES AL MES (2 M.)    12 = UNA VEZ AL MES (1 M.)			
<b>CERTIFICACIÓN <i>Certifico que estas son mis elecciones de beneficios y que:</i></b> 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.			
<b>Se necesita tanto la firma del empleado como la autorización de la empresa para que se complete la inscripción.</b>			
Firma: _____		Fecha _____	
Autorización de la empresa: _____		Fecha: _____	
<b>*Si este es un cambio de elección, indique el evento que califique:</b>  _____ Iniciales de RR. HH. _____			

Solo para el uso de Allegiance

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