

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

**NOMBRE DE LA COMPAÑIA** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Número de Seguro Social	<b>EFFECTIVE DATE</b>
Apellido	Nombre Inicial
Domicilio	Fecha de Empleo
Ciudad Estado Código Postal	Fecha de Nacimiento
Teléfono en Casa #	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Teléfono del Trabajo #	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
Email	

### INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

(POR FAVOR DE ENLISTAR TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA ELEGIBLES PARA INSCRIBIRSE.)

Conyugue	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Hijo/a	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Hijo/a	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Hijo/a	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Hijo/a	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Hijo/a	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social

**Al firmar este documento acepto, reconozco y entiendo lo siguiente:**

1. **ACEPTO LOS TÉRMINOS DEL PLAN:** Acepto, reconozco y entiendo los términos, condiciones y provisiones del Plan contenido en el Resumen y Descripción de Beneficios del Plan (SPD).
2. **RESPONSABILIDAD:** Admito y reconozco que el código del IRS y el Plan me permiten solo el reembolso de gastos deducibles de impuestos incurridos después de la fecha de vigencia de el Plan y asumo completa responsabilidad de todos los impuestos, cargos e intereses y cualquier otra consecuencia que me sea determinado por el estado.
3. **MODIFICACIÓN DEL PLAN:** Me ha sido informado que el Plan ofrecido por mi empleador podría ser modificado a manera que se requiera. Acepto que mi empleador tiene el poder de cancelar o corregir el Plan de acuerdo a su juicio y discreción sin mi consentimiento previo ó necesidad de una notificación previa.
4. **ELECCIÓN IRREVOCABLE:** Entiendo que no puedo cambiar o revocar mi elección hasta llegado el Periodo de Elección Abierta para el nuevo Año del Plan amenos que cambie mi estatus tal como se indica en el Resumen y Descripción del Plan (SPD). En tal caso, el cambio deberá ser solicitado durante el periodo de treinta y un (31) días a partir de la fecha del evento y el motivo debe de ser consistente con el cambio de estatus.
5. **JUSTIFICACIÓN DE REEMBOLSOS (CLAIMS):** Acepto y reconozco que todos los reembolsos necesitan ser justificados. Para cumplir con el proceso de justificación, acuerdo guardar todos los recibos detallados de los pagos hechos con mi tarjeta de débito.
6. **USO DE LA TARJETA DE DÉBITO:** Acepto y reconozco que cada uso de la tarjeta debe de ser justificado. En el evento de que alguna transacción o uso de la tarjeta se encuentre inelegible, acepto y reconozco que seré responsable de reembolsar mi cuenta por el monto injustificado de la transacción o uso de la tarjeta. **( Por favor referirse al Resumen y Descripción de Beneficios del Plan para una explicación mas detallada sobre la justificación y reclamos.)**
7. **AUTORIZACIÓN DEL PARTICIPANTE:** Autorizo que Axis Health Partners solicite comprobantes de pago de mercancía o servicio, realizados con mi tarjeta AXIS MasterCard® Debit Card o con mis fondos de la cuenta flexible. Así sea un pago mío o de mis dependientes.

.....  
Firma del Subscriptor

.....  
Fecha