

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

Con Opción Del Cuidado De Los Dependientes

NOMBRE DE EMPLEADOR

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Número de Seguro Social	EFFECTIVE DATE
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	

ELECCIÓN DE GASTOS DEL EMPLEADO

Cuidado del Dependiente (Guardería) Elección Pre-impuestos	Elección Annual % de la Contribución del Empleador
<p><i>Esta opción es para servicios de la Guardería y dependientes menores de 13 años, física ó mentalmente discapacitados (v.g. sus padres) reclamados como dependientes para fines fiscales. No incluya esta elección para los reclamos médicos de los Dependientes.</i></p>	<p>----- % En caso de elección de dependientes, enliste los nombres debajo.</p>

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

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

1. **ACEPTO LOS TÉRMINOS DEL PLAN:** Acepto, seguir los términos, condiciones y provisiones del Plan contenidos en el Resumen y Descripción de Beneficios del Plan (SPD).
2. **RESPONSABILIDAD:** Reconozco que el código del IRS y el Plan me permiten solicitar únicamente el reembolso de gastos deducibles de impuestos incurridos después de la entrada de vigor Plan y asumo completa responsabilidad de todos los impuestos, multas, intereses y cualquier otra consecuencia que me sea determinada por cualquier autoridad fiscal estatal ó federal como resultado de mi solicitud y reembolso del Plan por gastos no permitidos.
3. **MODIFICACIÓN DEL PLAN:** He sido informado que el Plan ofrecido por mi empleador podría ser modificado, eventualmente caduca mi derecho a todos los fondos acreditados a mi cuenta que no sean reembolsados dentro del mismo plazo.
4. **ELECCIÓN IRREVOCABLE:** Entiendo que no puedo cambiar ó revocar mi elección hasta llegado el Periodo de Elección Abierta para el nuevo Año del Plan, salvo 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 coincidir con el cambio de estatus.
5. **JUSTIFICACIÓN DE REEMBOLSOS (CLAIMS):** Acepto y reconozco que toda solicitud debe ser justificada. Para cumplir con el proceso de justificación, debo guardar todos los recibos detallados por los pagos utilizando mi tarjeta de débito.
6. **USO DE LA TARJETA DE DÉBITO:** Acepto y reconozco que todo uso de la tarjeta debe de ser justificado. En el evento que alguna transacción ó uso de la tarjeta se encuentre inelegible, acepto y reconozco que seré responsable de reembolsar mi cuenta por el monto de la transacción injustificado o uso de la tarjeta. **(Favor de referirse a 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