



# Formulario de inscripción para el acuerdo de reembolso de salud

**Discovery Benefits**  
simplify.™

## 1. Información del empleado

Empleador

Identificación / Número del empleado

-  -

Nombre de empleado (Primer nombre, inicial del 2º nombre, apellido)

Número de Seguro Social

Nombre del cónyuge (requerido para los Certificados de Cobertura)

Fecha de contratación

Fecha de nacimiento

Fecha de vigencia de participación

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

**Periodos de pago**  12  24  26  48  52

**Género**  Mujer  Hombre **Estado civil**  Casado  Soltero

**Empleo**  Tiempo completo  Medio tiempo  Otro

## 2. Acuerdo de reembolso de salud (Cuenta patrocinada por el empleador)

**HRA (Cuenta patrocinada por el empleador)**  Sí  No Año actual del plan \$

Cantidad trasladada del último año \$

(Si es permitido por el plan del empleador. Favor de ver su Descripción de resumen del plan)

## 3. Autorización del empleado

Por el presente documento certifico que las solicitudes de reembolso que presentaré son gastos elegibles para el IRS y que no me los van a rembolsar, ni me han rembolsado previamente por estos gastos; ni tengo derecho a recibir un reembolso por estos gastos de seguro. También entiendo que Discovery Benefits, Inc. sus agentes o empleados, no se considerarán responsables si presento gastos elegibles no del IRS para el reembolso. Entiendo que el reembolso se hará primero a mi cuenta de gastos médicos. Una vez que se alcance mi cantidad de elección de cuenta de gastos, se hará el reembolso a mi Acuerdo de reembolso de salud.

También presentaré gastos médicos para mi cónyuge y dependientes nombrados abajo:

1

2

3

Firma del empleado

Fecha

El reembolso no se puede hacer por el mismo gasto desde la FSA y la HRA a la vez. La cuenta de gastos médicos se reembolsará primero. El reembolso de HRA empezará cuando la cantidad máxima anual de la cuenta de gastos médicos se haya reembolsado.