



# Formulario de solicitud de una tarjeta de débito adicional

**Discovery Benefits**  
simplify.™

Una tarifa única de transacción de \$5 se deducirá automáticamente de su cuenta por cada tarjeta adicional.

## 1. Información del empleado

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre de la compañía	Identificación del empleado	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del participante (Primer nombre Inicial 2° nombre Apellido)	Número de Seguro Social	
<input type="text"/>		
Dirección del participante		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono de día	Correo electrónico (si lo proporciona, todas las notificaciones de cuenta se enviarán a través de correo electrónico)	

## 2. Información de la tarjeta adicional

Favor de rellenar la siguiente información por cada solicitud de tarjeta adicional.

### Información del cónyuge

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre (Primer nombre Inicial 2° nombre Apellido)	Número de Seguro Social		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección	Fecha de nacimiento	Mes	Día Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad	Estado	Código Postal	

### Información del(os) dependiente(s)

<b>1</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre (Primer nombre Inicial 2° nombre Apellido)	Número de Seguro Social		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dirección	Fecha de nacimiento	Mes	Día Año
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ciudad	Estado	Código Postal	
<b>2</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre (Primer nombre Inicial 2° nombre Apellido)	Número de Seguro Social		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dirección	Fecha de nacimiento	Mes	Día Año
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ciudad	Estado	Código Postal	
<b>3</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre (Primer nombre Inicial 2° nombre Apellido)	Número de Seguro Social		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dirección	Fecha de nacimiento	Mes	Día Año
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ciudad	Estado	Código Postal	

## 3. Firma del participante en el plan

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del participante	Fecha