

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE LA CUENTA DE REEMBOLSO DE SALUD (HRA)

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENVÍE A SU EMPLEADOR

NOMBRE DE EMPRESA: _____

Apellido _____ Nombre _____

Número de seguro social _____ Fecha de contratación _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Teléfono (____) _____
☐ (Marque aquí si el número de móvil)

Correo electrónico _____

Tipo de Cobertura: Soltero _____ Esposo /Cónyuge _____ Padre / Hijo _____ Familia _____

Información dependiente

Proporcione la información de su cónyuge y / o dependiente.

1	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	Nombre dependiente	Relación	SSN	Fecha de nacimiento	Tarjeta
2	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	Nombre dependiente	Relación	SSN	Fecha de nacimiento	Tarjeta
3	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	Nombre dependiente	Relación	SSN	Fecha de nacimiento	Tarjeta
4	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	Nombre dependiente	Relación	SSN	Fecha de nacimiento	Tarjeta
5	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	Nombre dependiente	Relación	SSN	Fecha de nacimiento	Tarjeta

Firma del empleado _____

Fecha _____

For Employer Use Only

Effective Date: _____