

PLAN DE BENEFICIOS FLEXIBLES

FORMULARIO DE ELECCIÓN



Para inscribirse por favor complete la siguiente información, firme y devuelva el formulario a su Representante de recursos humanos.

Use letra de imprenta o escriba a máquina

| INFORMACIÓN DEL PLAN | |
|-----------------------------|---------------|
| NOMBRE EMPLEADOR: | AÑO DEL PLAN: |

| INFORMACIÓN DEL EMPLEADO | | | | | | | |
|---|---------------|-----------------|-----------------------------------|---|---|------------------------|---------------|
| NOMBRE | | | FECHA DE CONTRATACIÓN (Requerida) | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| APELLIDO | PRIMER NOMBRE | INICIAL SEGUNDO | MMDDAA | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | |
| NÚMERO Y CALLE | | | | CIUDAD | | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| FECHA DE NACIMIENTO | | E-MAIL | | TELÉFONO | SEXO | UBICACIÓN/DEPARTAMENTO | |
| _____ | | _____ | | _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | |
| MMDAAA | | | | | | | |
| FECHA DE VIGENCIA DEL PLAN DEL PARTICIPANTE | | | | FECHA DE LA PRIMERA DEDUCCIÓN DE NÓMINA | | | |
| _____ | | | | _____ | | | |
| <small>(Solamente si es diferente del comienzo del Año del plan mostrado anteriormente)</small> | | | | | | | |
| MMDAAA | | | | | | | |

| INFORMACIÓN DE LA ELECCIÓN | |
|--|--|
| Entiendo que las reglas del Código de rentas internas me permiten usar una parte de mi salario antes de impuestos para comprar uno o más de los siguientes beneficios elegibles. | |
| Por medio de la presente elijo participar en el Plan de beneficios flexibles de mi empleador como se indica a continuación. | |

POR FAVOR REVISE SU ELECCIÓN Y DE SER APLICABLE LLENE EL MONTO

| | OPCIONES DE ELECCIÓN DEL BENEFICIO | ELECCIÓN | DEDUCCIÓN | |
|------------------|---|---|---------------------------------|---|
| OPCIÓN I | CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES DEL SEGURO MÉDICO (HCRA) Puede elegir hasta el monto máximo como lo establece el Plan de su empleador. | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | \$ _____ POR PERÍODO DE PAGO | NO. DE CHEQUES DE PAGO (p.ej.: 12, 26, etc.) \$ _____ ANUAL |
| OPCIÓN II | PLAN DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN PARA DEPENDIENTES (DCRA) Máximo de \$5,000 por cada año del plan si es padre soltero o si está casado y presenta declaración conjunta de impuestos. Máximo de \$2,500 si está casado y declara impuestos por separado. | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | \$ _____ POR PERÍODO DE PAGO | NO. DE CHEQUES DE PAGO (p.ej.: 12, 26, etc.) \$ _____ ANUAL |

| AUTORIZACIÓN PARA LA ELECCIÓN DEL PARTICIPANTE | |
|---|--|
| He revisado y entiendo los términos y condiciones al reverso de esta página y en el Resumen de descripción del plan de mi compañía. Entiendo que no puedo cambiar o revocar esta elección durante el año del plan a no ser que tenga un evento de cambio de vida elegible (incluyendo matrimonio, divorcio, muerte, nacimiento o adopción de un hijo; cambios o terminación del empleo de mi cónyuge, cambios en el proveedor de atención de mis dependientes o cualquier otro evento que el patrocinador del plan determine que permita el cambio o la revocación de una elección). También reconozco que soy responsable de conservar todos los recibos que verifiquen todos los gastos elegibles realizados con la tarjeta Flex Convenience® y que debo enviar dichos recibos a MGIS para la validación de los reclamos cuando sea requerido. | |

| | |
|--|--|
| SELECCIONE UNA: | |
| <input type="checkbox"/> Sí, se me han explicado los beneficios de este plan y elijo participar como se indica anteriormente. He leído las cláusulas en el reverso de este formulario y con mi firma en este formulario estoy de acuerdo con los términos de las mismas. | |
| <input type="checkbox"/> NO, por el momento no deseo participar en un FSA o DCA, pero entiendo que mi inscripción en el PCA/POP es automática. También entiendo que no tendré otra oportunidad de inscribirme en el FSA o DCA sino hasta el próximo período abierto de inscripción de no ser que tenga un evento de cambio de vida elegible. | |
| OPCIONAL: | |
| <input type="checkbox"/> Quisiera solicitar una tarjeta adicional para mi cónyuge o dependiente fiscal: | |
| NOMBRE DEL TARJETAHABIENTE ADICIONAL _____ | FECHA DE NACIMIENTO _____ # DE SEG. SOC. _____ |
| FIRMA DEL PARTICIPANTE X | FECHA |
| FIRMA DE RR. HH. X | FECHA |

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Gastos de atención médica y de dependientes elegibles: Entiendo que el reembolso sólo esta disponible para “gastos de atención médica elegibles” listados bajo el párrafo 213 y “gastos de cuidados de dependientes elegibles” listados bajo los párrafos 129 y 21 del código de Rentas internas para mí y para mis dependientes elegibles. Estos gastos deben realizarse mientras esté inscrito en el plan. Estoy de acuerdo con notificar al patrocinador del plan o a MGIS si creo que alguno de los gastos para los cuales se me emitió un reembolso no es elegible. También estoy de acuerdo en reembolsar inmediatamente al plan con un cheque o una deducción de mi nómina cualquier gasto realizado con la tarjeta *Flex Convenience*® y que no esté permitido bajo los párrafos 213, 129 ó 21 del código de Rentas internas. Certifico que entiendo que no puedo exigir un reembolso por ningún gasto médico bajo el plan de seguro médico FSA si dicho gasto ha sido o va a ser pagado por otro plan y **reconozco que los gastos médicos no han sido reembolsados o no son reembolsables bajo ninguna otra cobertura de plan de seguro.** También reconozco que soy responsable de conservar todos los recibos que verifiquen todos los gastos elegibles presentados al plan y que debo enviar dichos recibos a MGIS para la validación de los reclamos cuando sea requerido.

Reglas de participación: Entiendo que la información sobre la elegibilidad, beneficios y participación de las cuentas de reembolso está disponible a través de mi patrocinador del Plan. Autorizo las deducciones de nómina para los beneficios seleccionados indicados en este formulario de elección. Entiendo que no puedo cambiar o revocar este acuerdo de reducción en mi compensación dentro del año del plan a no ser que tenga un evento de cambio de vida elegible. En caso de un evento de cambio de vida elegible, debo completar el Formulario de cambio a más tardar 30 días después de la fecha en que el ocurrió el evento si quiero inscribirme o cambiar mi selección o montos de la cuenta de reembolso. Perderé todo derecho sobre cualquier monto que permanezca en las cuentas representadas en este formulario de elección al final del año del plan o que pase del límite de tiempo de envío de reclamos, como está estipulado bajo las normas del código de Rentas internas. **ESTE ACUERDO ESTÁ SUJETO A LOS TÉRMINOS DEL PLAN DE CAFETERÍA, DE REEMBOLSO MÉDICO Y DE ATENCIÓN DE DEPENDIENTES DEL PLAN DEL PATROCINADOR Y COMO SEA ENMENDADO DE VEZ EN CUANDO, DEBE REGIRSE E INTERPRETARSE CUMPLIENDO CON LAS LEYES APLICABLES; DEBE TENER EFECTO COMO INSTRUMENTO APROBADO BAJO LAS LEYES APLICABLES Y REVOCA TODA ELECCIÓN Y ACUERDO DE REDUCCIÓN DE COMPENSACION REALIZADOS ANTERIORMENTE EN RELACIÓN CON DICHO PLAN.**

AUTORIZACIÓN

Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida como se describe a continuación.

Mi información médica protegida es la información identificable individualmente, incluyendo información demográfica, recabada de mi o creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de seguro médico, mi empleador o clarificadora de atención médica y que esté relacionada con: (i) mi salud o condición física o mental en el pasado, presente o futuro; (ii) la atención médica proporcionada o (iii) el pago de atención médica proporcionada en el pasado, presente o futuro.

Medical Group Insurance Services, Inc. (MGIS) está autorizado para usar o divulgar mi información médica protegida con el propósito de administrar mi cuenta párrafo 125. **También autorizo a que MGIS divulgue mi información médica protegida a mi cónyuge o a mis dependientes. Entiendo que puedo declinar la divulgación de mi información médica protegida (a mi cónyuge y dependientes) enviando una notificación por escrito a MGIS.**

Toda la información médica protegida relacionada con el reembolso de un reclamo párrafo 125 puede ser usada y divulgada por MGIS. Entiendo que mi información médica protegida será recibida por personas u organizaciones que no son proveedores de atención médica, Clarificadoras de atención médica o planes médicos bajo los reglamentos federales de privacidad, mi información médica protegida antes mencionada puede ser redivulgada y no dejar de estar protegida bajo los reglamentos federales de privacidad.

Entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a MGIS y que dicha revocación entrará en vigencia para futuros usos y divulgaciones de su información médica protegida. También entiendo que esta revocación no entrará en vigencia: (i) para cualquier información que MGIS haya usado o divulgado, basándose en esta autorización o (ii) si la autorización fue obtenida por MGIS como una condición para la cobertura y por ley, MGIS tiene derecho a impugnar la cobertura.

Entiendo que esta autorización expira con la terminación del plan de mi empleador.