

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO				SECCIÓN DEL ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS		
APELLIDO		NOMBRE		Inicio del segundo nombre	AÑO DEL PLAN 1/1/2019-12/31/2019	N.º DE GRUPO 14759
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR	DIVISIÓN N.º
DIRECCIÓN PARTICULAR			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		FECHA DE CONTRATACIÓN	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		CICLO DE PAGOS <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO		LE DOY A MERITAIN HEALTH PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN SOBRE MI HSA CON MI CÓNYUGE. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

Por favor, marque todo lo que corresponda:

<input type="checkbox"/> CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA)
Deseo contribuir \$_____ por período de pago (\$_____ anuales) a mi HSA en el próximo año calendario o el resto del año calendario en curso. TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Conforme al Servicio de Impuestos Internos, el monto máximo que puede elegir es de \$6,850 por familia o de \$3,450 por persona.

FIRMA DEL EMPLEADO (OBLIGATORIA)	
Entiendo que mi elección tendrá vigencia hasta el último día del año calendario que se indica en este formulario. Entiendo que puedo cambiar mi elección durante el año calendario solo si (1) tengo un "cambio de estado", según se define en el plan y si el cambio de elección es coherente con ese cambio de estado; (2) ejerzo mi derecho de inscripción especial, según se describe en la <i>Notificación de períodos de inscripción especial</i> que acompaña a este formulario. También entiendo que, si no envío un nuevo formulario de elección durante el próximo período de inscripción anual, mi elección finalizará al final del año calendario durante el cual tiene vigencia. Entiendo que el empleador puede modificar mis elecciones de beneficios si es necesario para asegurar que se cumplan los requisitos del plan y si así lo exige la ley, y que, sujeto a los requisitos de la ley vigente, el empleador tiene derecho a enmendar o terminar el plan. Entiendo que, si no solicito la inscripción en el plan dentro de los 30 días luego de que finaliza mi otra cobertura (o la de mis dependientes), no seré elegible para inscribirme o inscribir a mis dependientes, según corresponda, durante el período de inscripción especial.	
FIRMA DEL EMPLEADO	FECHA
	