Solicitud de HSA y Acuerdo de Reducción Salarial

beneliance

El presente Acuerdo de Reducción Salarial (Salary Reduction Agreement, SRA) autoriza a su empleador a reducir su salario por el monto indicado consignado a continuación con el fin exclusivo de facilitar una contribución a su Cuenta de Ahorros de Salud. No envíe contribuciones junto a este formulario. Al completar este acuerdo, usted está indicando que a partir de la fecha de entrada en vigor de su elección de contribución, usted es un "individuo elegible" tal y como se define en el acuerdo de adopción, y que autoriza a su empleador a facilitar sus contribuciones mensuales a su HSA en su nombre.

Llene el formulario a continuación y devuélvalo a su oficina de RR. HH.

¿Es usted un titular actual de una cuenta HSA?

☐ Sí Llene su Nombre solamente en la Sección 1 y pase a las Secciones 2 a 5.

☐ No Complete TODA la información y firme el formulario. Look in the mail for your HSA Welcome Letter, which includes additional HSA services.

Sección 1: Información del titular de la cuenta (en letra de imprenta)

Nombre (de pila, segunda inicial, apellido) _____

Dirección postal preferida ☐ Dirección residencial ☐ Dirección postal (si es diferente)

Dirección residencial _____ Dirección postal _____

Ciudad _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____

Número telefónico preferido ☐ Residencial ☐ Trabajo Mejor horario para llamar _____ ☐ AM ☐ PM

Teléfono residencial (___) _____ Work Phone (___) _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Suguro Social _____

Número de licencia de conducir _____ Apellido de soltera de su madre (Seguridad) _____

Empleador _____

Sección 2: Beneficiario primario

Nombre (de pila, segunda inicial, apellido) _____

Dirección residencial _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social _____ Parentesco _____

Si todas las personas enumeradas como Beneficiarios primarios mueren antes que usted o no pueden ser localizados después de una búsqueda razonable por el custodio, todos los fondos no asignados (de haberlos) en su cuenta se distribuirán a su Beneficiario contingente (para agregar/editar/cambiar a un(os) Beneficiario(s) contingente(s), inicie sesión en su cuenta). En el caso de que no se logre ubicar a ningún beneficiario, el saldo de su cuenta (de haberlo) se distribuirá a su patrimonio.

Sección 3: Información sobre HDHP y Elección de contribuciones a la HSA

Fecha de entrada en vigor de la cobertura de HDHP _____ Marque una ☐ Cobertura individual ☐ Cobertura familiar

Yo elijo una contribución mensual de $ _____ (monto) a mi HSA efectivo a partir de _____ (fecha).

Sección 4: Tarjeta de débito

☐ Por el presente solicito una tarjeta de débito como método de distribución alternativo de mi cuenta HSA. (Consulte el Artículo IV del Acuerdo de Cuenta de Custodia para obtener los términos de uso.) Imprimir exactamente como desearía que aparezca en su tarjeta: Máximo de 21 caracteres, espacios incluidos. Si se necesitan más de dos tarjetas, adjunte una hoja de papel adicional.

Nombre en la 1.ª tarjeta ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nombre en la 2.ª tarjeta ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Sección 5: Acuerdo de adopción/Firma del empleado

A la fecha de entrada en vigor de mi Elección de Contribución a la HSA, certifico que soy una "Persona elegible" según lo define el Código y por el presente elijo una Cuenta de Ahorros de Salud con-forme a la Sección 223 y la Sección 125 del Código de Impuestos Internos. Comprendo que esta solicitud no procesará hasta que mi empleador haya completado, aceptado y aprobado toda la docu-mentación. Comprendo además que yo soy responsable de todas las contribuciones realizadas a mi HSA y que mi administrador de beneficios está facilitando, pero no está iniciando, la contribución. Si la cuenta se cierra en cualquier momento, se cobrará una tarifa de $25 por el cierre.

Esta solicitud es para el establecimiento de mi Cuenta de Ahorros de Salud de propiedad individual con el custodio que se consigna a continuación. La información en esta solicitud es verdadera y exacta a mi leal saber y entender, y yo estoy enviando este formulario con la plena comprensión y aceptación de las disposiciones contenidas en el Acuerdo de Cuenta de Custodia, los Términos y Condiciones de la HSA, y la Declaración de Divulgación de la HSA. También reconozco que el Proveedor de Servicios del Plan (PSP) indicado al pie de este formulario está autorizado para realizar transacciones en mi cuenta, y que todas esas transacciones iniciadas por el PSP deben tratarse como si hubieran sido iniciadas directamente por mí, el Titular de la cuenta. Al presente soy, o lo seré en la fecha de mi primera contribución, un Individuo elegible tal cual se describe en el Acuerdo de Cuenta de Custodia. Comprendo que soy el responsable de mantener mi elegibilidad, y que el custodio asumirá que todas las contribuciones se hacen mientras yo soy elegible para hacerlas. Al presente estoy, o lo estaré en la fecha de mi contribución, cubierto por un Plan de Salud de Alto Deducible (High Deductible Health Plan, HDHP) que cumple con los requisitos detallados en el Acuerdo de Cuenta de Custodia.

_____ _____

Firma del Titular de la cuenta Fecha

Beneliance | PO Box 55068 | Little Rock, AR 72215
sin cargos 877-685-0655 | Teléfono 501-687-6954 | Facsímile sin cargo 855-445-1696 | beneliance.com

© 2024 BENELIANCE.