

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN LA CUENTA FLEXIBLE DE GASTOS

Capital Blue Cross es un Licenciatario Independiente de la Asociación Blue Cross Blue Shield

Complételo y devuélvalo a su empleador

Información del grupo		
Nombre del grupo: Número de grupo d	Número de grupo de la cuenta de gastos	
Nombre del lugar (si aplica):		
Información del empleado		
No. de Seguro Social: Teléfono principal:		
Apellido: Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección:		
Ciudad: Estado:	_ Código postal:	
Dirección de correo electrónico: Feci	ha de nacimiento:/	
Información de la cuenta		
Cuenta flexible de gastos médicos:		
Máximo del año del plan (determinado por el emplead	or, que no debe exceder el máximo de \$2,750 del IRS)	
Fecha de vigencia: (la debe proporcionar el contacto del grupo)		
Quiero contribuir un total de \$durante este año del plan a mi Cuenta flexible de gastos médicos.		
Entiendo que este monto se deducirá de mi pago a lo largo del año del plan.		
¿Está usted o su cónyuge contribuyendo activamente a una Cuenta de gastos médicos? No		
Sí: su cuenta FSA de gastos médicos debe estar limitada al reembolso de gastos dentales y de la vista hasta que se haya		
cubierto el deducible de su plan médico. Comuníquese con Capital Blue Cross para eliminar el límite cuando alcance su deducible.		
Cuenta flexible de gastos médicos de dependientes		
Máximo del IRS (2021 solamente): \$10,500.00 (\$5,250 si está casado pero presentan declaraciones de impuestos por separado)		
Fecha de vigencia:(la debe propo		
Quiero contribuir un total de \$durante este año del plan a dependientes. Entiendo que este monto se deducirá de mi pago a lo larç		
Firma		
Revisé las elecciones anteriores y entiendo que mis elecciones continuarán vigentes durante todo el año del plan, a menos que experimente un cambio en el estatus según lo define el IRS. También entiendo que podría perder el derecho a los fondos que queden en mis cuentas al final del año del plan.		
Firma:	Fecha:	
Empleados: completar y devolver este formulario a su empleador. Empleadores: ahorre tiempo al ingresar esta información en línea al menos 30 días antes de la fecha de inicio de su plan. Inicie		

Empleadores: ahorre tiempo al ingresar esta información en línea al menos 30 días antes de la fecha de inicio de su plan. Inicio sesión en el Centro de servicio en línea para grupos en hellofurther.com. ¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para líderes de grupos al 877.293.7041.

Enviar únicamente por medio de correo electrónico asegurado: fax a: PO Box 982814 El Paso, TX 79998-2814