



1. Información del empleado

Nombre de la compañía

Nombre del participante (Primer nombre Inicial 2º nombre Apellido)

Número de Seguro Social

Identificación del empleado

Teléfono de día

Fecha de contratación

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

2. Información de inscripción

-
-
- Marque este cuadro si elige Auto EOB

Auto EOB es la transferencia automática de reclamaciones elegibles de salud de la aseguradora de salud del participante. El pago se le hará automáticamente desde su cuenta de gastos flexibles. **No todas las aseguradoras ofrecen este programa y puede no estar disponible para su grupo. Verifique con su empleador para saber si Auto EOB es una opción dentro de su plan de prestaciones flexibles. No podrá elegir tanto Auto EOB como la Tarjeta Flexible puesto que tendrá como resultado el reembolso duplicado.**
- Negativa de participación

Entiendo que si elijo no participar, mis reclamaciones no se transferirán automáticamente de mi aseguradora de salud. Para recibir un reembolso de mi cuenta de gastos flexibles, necesitaré presentar mis reclamaciones a mano.

Firma del empleado

Fecha