

# AMERICAN MUTUAL BENEFITS

## Inscripción del Empleado

**Información del Empleado (Toda la información es requerida para la compensación anual) FAX to 888-884-4085**

Nombre del Empleador	Localidad/Compañía		
Nombre del Empleado(Primer,Segundo,Apellido)	SSN	Compensación Anual	
Dirección	Numero de Teléfono		
Ciudad	Estado	Código Postal	
Correo Electrónico del Empleado	Estado Civil(Casado,soltero,divorciado,separado)		
<b>Familia / Información del Dependiente(Nota: Si hay niños adicionales en la familia, adjunte una hoja separada con la información requerida)</b>			

Todos los participantes deben de contar con un plan de aseguranza medica para ser elegibles	Sexo(H/M)	Fecha de Nac.	Relación	Tax Dependiente
<b>Empleado</b>				<b>Si o No</b>
<b>Esposa</b>				
<b>Hijo 1</b>				
<b>Hijo 2</b>				
<b>Hijo 3</b>				
<b>Hijo 4</b>				
<b>Hijo 5</b>				

**Declaración del Empleado, cobertura de seguro médico o Seguro de Salud y Certificación de Entendimiento proveídos por el empleador.**

Por la presente solicitud de beneficios bajo el Reembolso de Gastos Médicos AHORA Plan (en adelante "Plan") y autorizo a mi empleador a deducir de mis ganancias cualquier aporte necesario para la prestación a la que puedo tener derecho. Entiendo que para ser elegible debo ser empleado, y debo seguir siendo empleado por el empleador antes mencionados para la participación en el Plan. Estoy de acuerdo en proporcionar toda la documentación, incluidos los registros de nómina, copia de los gastos, etc., que el Administrador General considere necesario para acreditar que se reunió inicialmente y continuar cumpliendo con este o cualquier otro requisito para la participación en el Plan. Este acuerdo se reanuda cada año a menos que sea cancelado antes.

Yo certifico que todas las personas para quienes estoy solicitando la participación son mis dependientes legales para efectos fiscales, y están cubiertos por mi empleador (plan de seguro médico de salud). Si esta cobertura de seguro médico terminara, también la participación en este programa terminara. Con el mejor de mi conocimiento, la información que proporciono en este formulario es verdadera y correcta en lo que Entiendo que la participación no será efectiva a menos que los requisitos del acuerdo de Servicio de Empleado/Inscripción de Empleado y el acuerdo de Nomina sean satisfactorios totalmente.

En caso de que otra empresa asuma la prestación de los beneficios que

ofrece el Plan y las prestaciones son similares a los beneficios a continuación presenté a mí y mis dependientes en el momento que esta forma se firmó, la nueva empresa asume los beneficios que se relacionan en esta forma como mi autorización al Administrador General y / o la empresa asume para proporcionar dichas prestaciones, de acuerdo con mi última directiva del Administrador General sin necesidad de presentar otro formulario de Inscripción de empleado.

También entiendo que si los beneficios solicitados entran en vigor, estaré sujeto a los términos del Plan AHORA.

También entiendo que los reembolsos no se pagarán en gastos incurridos antes de la respecta a mi posición con el empleador nombrado en la parte superior de esta forma.

fecha de vigencia del Plan.

Ni American Mutual Benefits, ni el Administrador General será responsable de los reembolsos por cualquier reclamación que se incurra, si los pagos necesarios no se hacen cuando se debe a América Mutual Benefits, por el Acuerdo de Servicio de Empleadores

**Yo reconozco que he recibido las pautas necesarias. Además, reconozco que voy a leer y respetar las pautas dadas, incluida la política de 90 días de inscripción y requisitos de seguro médico básico.**

\_\_\_\_\_  
 Iniciales

**Firma del Empleado**

**Fecha**

**X SI Firme Aquí >**

Reconozco que los beneficios disponibles se han explicado a mí. Se me ha dado la oportunidad de inscribirse en el plan y han optado por no inscribir a mi mismo y / o a mis dependientes. Entiendo que esta elección NO PUEDE ser cambiada hasta que se cumpla la fecha del plan el próximo año.

**Firma del Empleado**

**Fecha**

**X NO Firme Aquí >**