



Formerly SelectAccount®

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN LA CUENTA FLEXIBLE DE GASTOS MÉDICOS DE DEPENDIENTES

Complételo y devuélvalo a su empleador

Información del grupo		
Nombre del grupo: _____	Número de grupo de Further: _____	
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: _____		Fecha de nacimiento: _____
Información de la cuenta		
Cuenta flexible de gastos médicos de dependientes: Máximo anual del IRS: \$5000.00 (\$2500 si está casado y presentan declaraciones de impuestos por separado) Fecha de vigencia _____ (la debe proporcionar el contacto del grupo)		
<input type="checkbox"/> Quiero contribuir un total de \$ _____ durante este año del plan a mi Cuenta flexible de gastos médicos de dependientes. Entiendo que este monto se deducirá de mi pago a lo largo del año del plan.		
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 sesión en el Centro de servicio en línea para grupos en hellofurther.com. ¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para líderes de grupos al 1-888-460-4013.

Enviar únicamente por correo electrónico protegido:
further.documents@hellofurther.com

Enviar por fax a:
866-231-0214

Enviar por correo postal a:
P.O. Box 64193
St. Paul, MN 55164-0193