

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:	
Máximo del año del plan _____ (determinado por el empleador, que no debe exceder el máximo de \$2700 del IRS)	
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. 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?	
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> 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 Further para eliminar el límite cuando alcance su deducible.	
Cuenta flexible de gastos médicos de dependientes	
Máximo del IRS: \$5000.00 (\$2500 si está casado pero 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 medio de correo electrónico asegurado:
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