

Formulario de inscripción del empleado a la cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA)



Devuelva los formularios completados a su Departamento de Recursos Humanos.

Información del empleador

La inscripción no se puede procesar sin el nombre de su empleador.

Nombre del empleador

Información del titular de la cuenta

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
Número de seguro social (SSN)	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Dirección de correo electrónico		Teléfono fijo ()	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal

Cobertura del seguro

Compañía de seguros

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura

Tipo de cobertura

Individual Familiar

Autorización y certificación

Al abrir una cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA, por sus siglas en inglés) con HealthEquity, acepta los términos de la inscripción a la HSA y el acuerdo de custodia. Puede visualizar el acuerdo de custodia de la HSA en: http://resources.healthequity.com/Forms/Agreements/HealthEquity_Custodial_Agreement.pdf. Al inscribirse, comprende y acepta lo siguiente:

- Está cubierto por un plan de salud con deducibles altos (HDHP, por sus siglas en inglés) calificado.
- No está cubierto por ninguna otra cobertura de salud no calificada, incluida Medicare.
- No se le declara como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- HealthEquity debe verificar su identidad para poder abrir su HSA.

Para obtener más información con respecto a las leyes de la HSA, visite <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p969.pdf>.

Nombre en letra impresa

Firma

Fecha

Información de aportes y autorización

Frecuencia de nómina Semanal Quincenal Mensual

Retenga el \$_____ de mi nómina y destine los fondos a mi HSA de HealthEquity.

Firma

Fecha

Aportes anuales a la HSA 2024

Tipo de	Aporte anual total*	Por mes
Individual	\$4,150	\$345.83
Familiar	\$8,300	\$691.66

Aportes anuales a la HSA 2025

Tipo de	Aporte anual total*	Por mes
Individual	\$4,300	\$358.83
Familiar	\$8,550	\$712.50

*Los aportes del empleador y del empleado cuentan para el monto máximo de aportes anuales.