

Para ser presentada por el empleador.

Nombre de la compañía: _____ Ubicación: _____

Nombre del empleado: _____

Numero de Identificación (que puede ser su número de seguro social): _____

Correo electrónico del empleado: _____

Dirección del empleado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Año del plan: _____ hasta _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de contratación: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____

Por el presente, la Compañía y yo acordamos que mi remuneración en efectivo será reasignada en los montos establecidos a continuación para cada período de pago durante el año del plan (o durante la parte del año restante después de la fecha de este acuerdo). Comprendo que si no entrego este formulario a mi empleador antes de la fecha de entrada en vigencia, significará que renuncio a mi participación en todos los programas de gastos flexibles ofrecidos por el Plan de Beneficios Flexibles de mi empleador y, por consiguiente, estaré obligado a pagar gastos médicos, del cuidado de mis dependientes y/o de transporte suburbano (si los hubiera) no reembolsables con dólares después de los impuestos.

BENEFICIOS FLEXIBLES PARA EL EMPLEADO POR DEDUCCIÓN/ASIGNACIÓN DE SALARIO

Cuenta de Gastos Médicos Flexibles

Cuenta de Gastos Totalmente Flexibles

\$ _____ Aporte máximo ANUAL

Aporte por salario: \$ _____ Fecha del primer salario: _____

Aporte anual: \$ _____ Cantidad de salarios restantes: _____

Cuenta de Gastos Flexible de Propósito

Limitado (es decir, sólo visión y dental)

\$ _____ Aporte máximo ANUAL

Aporte por salario: \$ _____ Fecha del primer salario: _____

Aporte anual: \$ _____ Cantidad de salarios restantes: _____

Cuenta de Gastos Para El Cuidado de Dependientes

\$ _____ Aporte máximo ANUAL

Aporte por salario: \$ _____ Fecha del primer salario: _____

Aporte anual: \$ _____ Cantidad de salarios restantes: _____

Cuenta de Reembolso De Gastos de Transporte Suburbano

ESTACIONAMIENTO

\$ _____ Aporte máximo MENSUAL

Aporte por salario: \$ _____ Fecha del primer salario: _____

Aporte anual: \$ _____ Cantidad de salarios restantes: _____

TRANSPORTE

\$ _____ Aporte máximo MENSUAL

Aporte por salario: \$ _____ Fecha del primer salario: _____

Aporte anual: \$ _____ Cantidad de salarios restantes: _____

COMPRENDO QUE :

- (1) Mis cuentas no se renovarán automáticamente. Durante cada período de inscripción abierta anual, comprendo que debo completar un nuevo formulario de inscripción que indique los aportes en mi cuenta para el nuevo año del plan
- (2) No puedo cambiar ni cancelar este acuerdo en ningún momento durante el año del plan, a menos que sea por un cambio en el estado familiar (como matrimonio, divorcio, muerte del cónyuge o un hijo, nacimiento o adopción de un hijo, desvinculación o nuevo empleo del cónyuge o cualquier otro suceso según el cual el Administrador del Plan determine otorgar el permiso para el cambio o la cancelación de una opción). Nota: Esto no se aplica a las Cuentas de Reembolso de Gastos de Transporte Suburbano.
- (3) El Administrador del Plan puede reducir, cancelar o modificar de otra manera este acuerdo en el caso de que crea que es aconsejable para poder satisfacer ciertas disposiciones del Código Tributario.

Este Acuerdo está sujeto a los términos del Plan de Beneficios Flexibles de la Compañía con modificaciones ocasionales, el cual estará regido por las leyes vigentes, y anula cualquier acuerdo anterior relacionado con dicho plan.

Me dieron la oportunidad de participar en el Plan de Beneficios Flexibles, pero he decidido no participar en este momento.

Firma del Empleado

Fecha

Tarjetas Adicionales *(se aplica únicamente si su empleador ha seleccionado esta opción)*

Si desea que les emitan una tarjeta Ameriflex Convenience Card® a su cónyuge o sus dependientes, asegúrese de que su cónyuge o sus dependientes cumplan con todos los requisitos de la elegibilidad del IRS mencionad-as a continuación:

(1) A los efectos de los impuestos federales, cónyuge incluye todas las personas casadas del mismo o distinto sexo, independientemente de su estado de residencia.

(2) Un "dependiente" por lo general incluye a cualquier familiar del participante a quien éste último pague la mitad de sus gastos de manutención durante el año calendario. Un familiar incluye hijos, padres, hijastros, hermanos, tías, tíos, primos y familia política del participante. No es necesario que los familiares vivan con el participante para ser considerados dependientes, ni tampoco es necesario que tengan cierta edad o enfermedad; solamente es necesario que el participante les pague la mitad de los gastos de manutención.

Nombre del cónyuge: _____

Dirección para enviar la tarjeta: _____

Teléfono: _____ | Número de Seguro Social: _____ | Fecha de nacimiento: _____

Todos los dependientes deben tener 18 años o más para poder recibir la tarjeta Ameriflex Convenience Card®. Si usted ha agregado previamente a un dependiente a su plan, se los vinculará en forma automática cada año. Es su responsabilidad agregar y/o eliminar a los dependientes según corresponda. Para agregar dependientes adicionales o eliminar dependientes, por favor, complete la sección que se encuentra a continuación.

Agregar | Eliminar Nombre del dependiente: _____

Dirección para enviar la tarjeta: _____

(si es diferente de la dirección del participante)

Teléfono: _____ | Número de Seguro Social: _____ | Fecha de nacimiento: _____

Agregar | Eliminar Nombre del dependiente: _____

Dirección para enviar la tarjeta: _____

(si es diferente de la dirección del participante)

Teléfono: _____ | Número de Seguro Social: _____ | Fecha de nacimiento: _____

Cada tarjeta Ameriflex Convenience Card® se emite por un plazo de tres años. Recuerde que los titulares actuales no recibirán una tarjeta nueva (a menos que la tarjeta actual esté por vencer). Las tarjetas simplemente se "recargarán" para el siguiente año del plan con su nueva opción. Al momento del vencimiento, Ameriflex emitirá automáticamente tarjetas nuevas para los participantes que vuelvan a inscribirse para el nuevo año del plan. Los participantes nuevos recibirán su tarjeta Ameriflex Convenience Card® en su domicilio particular en un sobre blanco común.

 Firma del Empleado

 Fecha

Presente los formularios completos a su representante de recursos humanos.