

Información personal

Empleador:			
Nombre:		N.º de Seguro Social:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero
Dirección de correo electrónico:			

Reconocimiento de uso del titular de la tarjeta

1. Solo puedo utilizar la tarjeta para pagar los gastos médicos elegibles.
2. No puedo utilizar la tarjeta para gastos ya reembolsados.
3. No puedo solicitar el reembolso a ningún otro plan de atención médica por los gastos pagados con la tarjeta.
4. Conseguiré y proporcionaré la documentación de los gastos pagados con la tarjeta.
5. He recibido una explicación de las tarifas asociadas a la tarjeta de débito.

Firma del empleado:

Fecha:

Como medida de seguridad, la tarjeta se enviará por correo en un sobre blanco liso.
Procure no tirarlo con el correo basura.