

3. INFORMACIÓN ACERCA DE SU SEGURO DE SALUD

Conteste Todas Las Preguntas

NOMBRE DE SU COMPAÑÍA DE SEGURO DE SALUD	SU DEDUCIBLE ANUAL (Por Favor Marque Cobertura Individual o Familiar y Escriba la cantidad del deducible que usted tiene)	FECHA EN QUE EMPEZÓ SU COBERTURA DEL PLAN DE SALUD
	<input type="checkbox"/> Cobertura Individual <input type="checkbox"/> Cobertura Familiar \$ _____	/ /

4. INFORMACIÓN ACERCA DE SU EMPLEADOR

Conteste esta sección solamente si está solicitando a través de su empleador.

NOMBRE DE SU EMPLEADOR	PARA CONTACTAR A SU EMPLEADOR
	_____ (Nombre) (Teléfono) _____ Dirección Electrónica (email)

5. CONTRIBUCIÓN INICIAL Y HONORARIOS POR SERVICIOS

Por Favor Use Letra Imprenta y Clara. Conteste Todas Las Preguntas

CONTRIBUCIÓN CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (H.S.A. SEGÚN LAS SIGLAS EN INGLÉS)	<ul style="list-style-type: none"> • Contribución Mínima Inicial es \$100 • Contribución Máxima Anual es de acuerdo a los lineamientos del IRS • Contribución Máxima "Para Ponerse Al Día" para 55+ años de edad (Adicionalmente a de los arriba listados) 	\$
CARGOS DE APERTURA DE CUENTA	<ul style="list-style-type: none"> • \$25.00 cargos de apertura - una-sola - vez 	\$
SELECCIÓN DE PLAN	Por favor escoja su plan preferido y escriba la cantidad seleccionada: <input type="checkbox"/> Plan Estándar \$8.75 / Mes x 2 Meses = \$17.50 <input type="checkbox"/> Plan Económico \$2.50/ Mes x 2 Meses = \$5.00	\$
CANTIDAD TOTAL	La cantidad adeudada para abrir mi cuenta esta siendo: <input type="checkbox"/> Pagada con el cheque adjunto a Sterling H.S.A. <input type="checkbox"/> Pagada en la Lista de Cobros del Estado de Cuenta a mi Empleador adjunta a esta solicitud.	\$

6. CONTRIBUCIONES ADICIONALES

Complete esta sección solamente si usted, el titular de la cuenta, hará contribuciones adicionales a las contribuciones regulares que su empleador hará.

CONTRIBUCIONES ADICIONALES	Contribución Adicional	Pagos Son Planeados:	Método de Pago:
	\$	<input type="checkbox"/> Por Período de Pago <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Nómina

7. SOLICITAR UNA TARJETA DE DÉBITO*Opcional*

<input type="checkbox"/>	Al marcar esta casilla, por favor ordene una Tarjeta de Débito en mi nombre. Una tarjeta de Débito sera enviadas por correo a mi Domicilio postal en 10 días laborales desde la fecha de procesar esta solicitud.						
<input type="checkbox"/>	Al marcar esta casilla, por favor ordene una Tarjeta de Débito para mi(s) dependiente(s) listado abajo y envíenla a mi dirección postal. Cargos adicionales se aplicaran. <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; width: 33%;">Nombre</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 33%;">Numero Seguro Social</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 33%;">Fecha de Nacimiento</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">Nombre</td> <td style="border-top: 1px solid black;">Numero Seguro Social</td> <td style="border-top: 1px solid black;">Fecha de Nacimiento</td> </tr> </table>	Nombre	Numero Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Nombre	Numero Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Nombre	Numero Seguro Social	Fecha de Nacimiento					
Nombre	Numero Seguro Social	Fecha de Nacimiento					

8. INFORMACIÓN DEL AGENTE DE SEGURO

_____ (Nombre del Agente de Seguro) (Número de Licencia del Agente)	Por favor entre el nombre de su Representante De Sterling: _____
_____ (Número de Teléfono) (Domicilio Electrónico)	

9. RECONOCIMIENTO / CONTRATO CUSTODIAL*Requerido*

Este Formulario de Inscripción, una vez firmado por mí y aceptado por Sterling, Inc, reconoce mi recibo del Contrato de Administracion de Servicios de Salud Sterling y el Acuerdo Custodial. Estoy de acuerdo a estar ligado por los términos y las condiciones del Acuerdo Custodial que puede ser enmendado de vez en cuando. Mas aun, yo estoy de acuerdo que estaré ligado por cualquier condición o limitaciones en cuanto a mi Cuenta de Custodial establecida por Sterling. Firmando este Formulario de Inscripción, consiento que se comparta la información financiera y otra informacion usada entre Sterling y yo, con varios afiliados del Sterling . Reconozco que el resumen de la información en cuanto a Cuentas de Ahorros de Salud está disponible en "www.sterlingadministration.com" para propositos informativos.

Firma del Titular de la cuenta - Dueño de la Cuenta

Fecha

Por Favor No Lo Envíe Por Fax! Su Firma Original con el Pago debe ser recibido para evitar demoras en procesar su solicitud.