

Inscripción en una Cuenta de ahorros de salud (HSA) y Autorización para revelar información de salud a HealthEquity®

Complete este formulario si usted ha elegido a HealthEquity como el administrador de su Cuenta de ahorros de salud (Health Savings Account, HSA). (Vea su formulario de solicitud/inscripción). Envíe por fax su formulario completo a Inscripción de SelectHealth al 801-442-5798. Si usted puede enviar correos electrónicos seguros, puede enviar su formulario completo por correo electrónico a enrollment@selecthealth.org. Si no completa y envía este formulario, no se va a abrir una HSA para usted. Sin embargo, no completar y enviar este formulario no va a afectar su cobertura de seguro.

Apellido del asegurado _____ Nombre _____ Inicial del 2.º nombre _____

N.º de seguridad social _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador _____

A. INSCRIPCIÓN DE HSA

Este formulario de inscripción va a abrir una HSA que se utiliza para acumular activos para el pago de gastos de atención médica calificada. Su HSA es su activo financiero inclusive si cambia de empleador o de plan de salud. Para abrir una HSA, usted debe cumplir tres criterios:

1. Usted debe estar cubierto por un Plan de salud con deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP) calificado;
2. Por lo general usted no puede estar cubierto por otro plan de salud, incluido Medicare; y
3. Usted no puede ser definido como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Estos criterios se explican con más detalle en el acuerdo de custodia de HSA disponible en healthequity.com.

Comprendo lo siguiente sobre la inscripción de HSA:

1. Al firmar este formulario, he solicitado la apertura de una HSA a mi nombre con HealthEquity;
2. He leído, comprendo y acepto mis obligaciones bajo el acuerdo de custodia de la HSA; y
3. Certifico que soy elegible para abrir y contribuir a una HSA.

Firma de asegurado _____ Fecha _____

B. AUTORIZACIÓN

Autorizo a SelectHealth a revelar información de reclamos médicos y dentales sobre mí a HealthEquity, como administrador de mi HSA, con fines de administrar y coordinar los reembolsos de mi cuenta.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE PRIVACIDAD

Comprendo la siguiente información:

1. SelectHealth no condicionará el pago, la inscripción o elegibilidad para beneficios del plan de salud con base en mi firma de esta Autorización;
2. Esta Autorización se aplicará a todos los reclamos incurridos mientras esta Autorización esté en vigor;
3. Puedo rehusarme a firmar esta Autorización, o puedo revocarla en cualquier momento por cualquier razón, excepto en la medida que: a) SelectHealth ya haya hecho divulgaciones al amparo de esta Autorización; o b) ya se haya incurrido en los reclamos antes de la revocación. Sin embargo, si lo hago, limitaré la capacidad de HealthEquity de proporcionarme servicios de administración de cuenta;
4. Puedo revocar esta Autorización enviando una solicitud por escrito a SelectHealth;
5. Una vez que SelectHealth revele información con base en esta Autorización, SelectHealth no puede garantizar que esta información no se va a volver a divulgar a un tercero o que esta información estará protegida por las leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgación de información de salud identificable;
6. A menos que sea revocada, esta Autorización permanecerá en vigor hasta: a) el fin de mi elegibilidad como miembro de SelectHealth; o b) la fecha en que HealthEquity ya no administre mi cuenta.

INFORMACIÓN IDENTIFICABLE/FIRMAS PARA EL EMPLEADO/SOLICITANTE Y DEPENDIENTES

AVISO: Al firmar esta Autorización, usted le da a SelectHealth el derecho de divulgar información médica a HealthEquity sobre usted y sus dependientes por quienes usted tiene la autoridad legal de firmar (p. ej., un hijo menor de edad). No necesita enumerar a los dependientes por quienes usted tiene la autoridad legal de firmar. Generalmente, el cónyuge y los hijos mayores de 18 años deben firmar por sí mismos. **Usted confirma que cada firma a continuación fue hecha por la persona en sí o por su representante personal legal. Si la firma fue hecha por alguien que no sea la persona en sí o su representante legal, usted puede ser penalizado, lo que incluye la cancelación de su póliza de seguro de SelectHealth.**

Solicitante	Fecha de nacimiento (MM/DD/YY)	Firma del solicitante	Fecha de la firma (MM/DD/YY)
Conyugue	Fecha de nacimiento (MM/DD/YY)	Firma del cónyuge o representante legal con autoridad	Fecha de la firma (MM/DD/YY)
Hijo con autoridad legal para firmar	Fecha de nacimiento (MM/DD/YY)	Firma del hijo	Fecha de la firma (MM/DD/YY)
Hijo con autoridad legal para firmar	Fecha de nacimiento (MM/DD/YY)	Firma del hijo	Fecha de la firma (MM/DD/YY)
Hijo con autoridad legal para firmar	Fecha de nacimiento (MM/DD/YY)	Firma del hijo	Fecha de la firma (MM/DD/YY)



Aviso de no discriminación

SelectHealth cumple con todas las leyes de derechos civiles federales vigentes, y no discrimina en base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente en base a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Brindamos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como lo son intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos). También brindamos servicios de idiomas gratuito a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo son intérpretes calificados e información del miembro escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicios a Miembros de SelectHealth al **1-800-538-5038** o a Servicios a Miembros de SelectHealth Advantage al **1-855-442-9900**. Cualquier miembro u otra persona que cree que pudo haber sido objeto de una discriminación puede presentar una queja o reclamo formal llamando al 504 o al coordinador de derechos civiles de SelectHealth al **1-844-208-9012** o a la línea directa de cumplimiento al **1-800-442-4845** (los usuarios de TTY deben llamar al: 711). También puede llamar a la oficina de derechos civiles al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al: **1-800-537-7697**).