Capital

Capital Blue Cross es un Licenciatario Independiente de la Asociación Blue Cross Blue Shield

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE UNA CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD

Información del titular de la cuenta (escriba en letra de molde)

Apellido | Primer nombre | Inicial del segundo nombre

Dirección

Ciudad | Estado | Código postal

Dirección de correo electrónico

No. de identificación de la cuenta de gastos

S A

No. de Seguro Social (si desconoce el No. de SA)

Teléfono durante el día

Instrucciones para la transferencia

Esta transferencia será a una cuenta HSA.

Transferir directamente: ☐ todo o ☐ parte de la cuenta que se identifica más adelante a **HealthEquity, Inc.** como Custodio de la cuenta _____.
(Nombre del titular de la cuenta)

Esta transferencia: ☐ cerrará ☐ no cerrará la cuenta.

A. Monto del pago (elija uno): ☐ Mi saldo completo ☐ El siguiente monto. $ _____

B. Cronograma de pagos e inversiones (elija uno):

☐ Liquidar inmediatamente todas las inversiones y enviar los ingresos en efectivo. ☐ Liquidar las inversiones según se identifica abajo:

Número de cuenta o inversión	Monto solicitado en dólares
	$
	$
	$

Administrador actual de la cuenta HSA (transfiere DESDE)

Nombre del fideicomisario/custodio | No. de cuenta del fideicomisario/custodio

Dirección

Ciudad | Estado | Código postal

No. de teléfono del fideicomisario/custodio | No. de fax del fideicomisario/custodio

Firma del propietario de la cuenta HSA

Autorizo la transferencia de los activos de la cuenta en la forma que se describió antes y certifico que toda la información que proporcioné es correcta y Further se puede basar en ella.

Firma del propietario de la cuenta HSA | Fecha

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para afiliados al 877.293.7041

Enviar únicamente por correo electrónico protegido:
capitalbluecross.documents@hellofurther.com

Enviar por fav a:
866-231-0214

Enviar por correo postal a:
PO BOX 860684
Minneapolis, MN
55486-0684

Envíos nocturnos:
Lockbox 860684
1200 Energy Park Dr
St Paul, MN
55108-0684