Capital

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

Solicitud de Tarjeta de Débito

Para facilitar el reembolso de sus reclamos, su empleador eligió ofrecer una tarjeta de débito a sus empleados. Ud. puede elegir la tarjeta de debito o el servicio de "crossover", pero no ambos. Para aprender más de estas opciones o para ayuda de como completar este formulario, comuníquese con el centro de atención al cliente a 877.293.7041. Tenemos varios representantes bilingües que le pueden asistir. Le agradecemos llenar esta solicitud con letra imprenta (legible). La solicitud no será tramitada si no está completa y firmada. Al completar esta solicitud, favor de entregarla por fax: 866.231.0214 o por correo: PO Box 982814, El Paso, TX 79998-2814.

- **Al pedir una tarjeta de débito, "crossover" no será una opción disponible para su cuenta.**
- **Para las cuentas asociadas con un empleador, el uso de la tarjeta de débito es exclusivamente para acceder a las cuentas autorizadas e indicadas por su empleador.**
- **No hay cargos adicionales para una tarjeta de débito.**

Empleador: _____
(Employer)

Nombre Legal del Titular de la Cuenta: _____
(Participant's Legal Name)

Fecha de Nacimiento: _____
(Date of Birth) Mes Dia Año

Número de la Cuenta o Número de Seguro Social: _____
(Spending Account ID# or SSN)

Si Ud. desea una tarjeta adicional, favor de completar la siguiente información:
(If you want a second card, please complete the following information:)

Nombre legal del dependiente: _____
(Dependent's legal name)

Fecha de nacimiento del dependiente: _____
(Dependent's date of birth) Mes Dia Año

Autorizada:

Al firmar este documento legal, yo acepto todas las condiciones generales y particulares de esta solicitud. Específicamente, certifico que los gastos no serán gastos elegibles por parte de otro plan de seguro. Además, afirmo que tales gastos no entregaré manualmente para reembolso de esta cuenta u otra cuenta de gastos médicos con otro administrador. Yo entiendo que a la discreción del administrador de la cuenta, Further reserva el derecho de pedir comprobante de compra para las transacciones que no sean de una cuenta HSA. Al no responder, Further cancelará la tarjeta de débito y yo, como el titular de la cuenta, reembolsaré los fondos para gastos inelegibles.

Firma autorizada: _____ Fecha: _____
(Signature) (Date)

Nombre en letra imprenta: _____
(Print name)

Su tarjeta se mandará a la dirección que Further tiene para el titular de la cuenta.

Further administra la tarjeta de débito. La tarjeta de débito se debe usar exclusivamente para gastos elegibles. El gasto debe ser médicamente necesario y cumplir con los requisitos de gastos elegibles para reembolso. No se puede usar la tarjeta para retirar fondos de un cajero automático (ATM) ni con un comerciante que requiera un numero PIN para sus transacciones. La tarjeta se utiliza solamente donde se acepta VISA. EL uso de la tarjeta de débito no elimina los requisitos del Servicio de Rentas Internas (IRS) para sustanciar sus reclamos. Hay que mantener los recibos y la documentación adecuada para verificar que los fondos de la cuenta se usaron para gastos elegibles. Si Ud. no tiene una cuenta asociada con un empleador, la tarjeta de débito se usa exclusivamente para retirar fondos de una cuenta HSA.