



# CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD SOLICITUD DE RETIRO

Se utiliza para solicitar la distribución de una Cuenta de ahorros para la salud.

si este es un reenvío   si es una nueva dirección   si es una nueva dirección de correo electrónico

Número de páginas \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del titular de la cuenta			No. de identificación de la cuenta de gastos							
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	S	A						
Dirección			No. de Seguro Social (si desconoce el No. de SA)							
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono durante el día							
Dirección de correo electrónico										

### Monto de distribución (escribir claramente con letra de molde)

Monto de distribución solicitado: \$ \_\_\_\_\_.

### Razón de la distribución

**Ordeno al custodio a hacer la distribución de mi cuenta por la siguiente razón:** (Las distribuciones irán de forma predeterminada a la razón #1, a menos que se indique lo contrario)

- 1. **Distribución normal:** distribuciones por cualquier razón que no sea retirar una contribución en exceso, por muerte, discapacidad o una transacción prohibida. (Incluye la distribución a un cónyuge después del año de muerte).
- 2. **Retiro de una contribución en exceso:** si sus contribuciones exceden el límite de contribución máxima anual aplicable, entonces puede pedirle a Further que retire las contribuciones en exceso, así como cualquier ingreso neto atribuible a dichas contribuciones en exceso.
- 3. **Discapacidad:** usted puede tomar una distribución debido a una discapacidad únicamente si la discapacidad hace que usted no pueda participar en ninguna actividad sustancial lucrativa y se determina de forma médica que la condición será continua durante al menos 12 meses o que le provocará la muerte. Las distribuciones por discapacidad podrían estar sujetas al impuesto sobre la renta ordinario.
- 4. **Muerte (en el año de muerte de cualquier beneficiario o después del año de muerte a los herederos):** si está solicitando una distribución como beneficiario, debe proporcionar algún comprobante para verificar su derecho a recibir la distribución. Utilice esta razón para todos los pagos durante el año de muerte y para los herederos después del año de muerte.
- 5. **Transacción prohibida:** si está solicitando una transacción prohibida según se define en la Sección 4975(c) de IRC, podría estar sujeto a una penalización del IRS. Si la transacción prohibida no se corrige a tiempo, le podrían imponer una penalización adicional.
- 6. **Muerte (después del año de muerte las distribuciones a cualquier beneficiario que no sean los herederos o el cónyuge):** si está solicitando una distribución como beneficiario, debe proporcionar algún comprobante para verificar su derecho a recibir la distribución. Utilice esta razón si está solicitando una distribución como un beneficiario que no es el cónyuge después del año de muerte. (Vea los códigos 1 al 4 para ver otras situaciones posibles después del año de muerte).

**Información del beneficiario (o su ex cónyuge):** complete esta información si marcó la Razón de distribución 4 o 6.

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

### Información del pago

No estoy obligado a presentar documentación de respaldo junto con mi solicitud de distribución para poder recibir una distribución de mi cuenta. Mi solicitud será procesada conforme al saldo disponible en mi cuenta.

Si solicité un retiro que sobrepase el saldo disponible en mi cuenta, entiendo que cualquier porción no pagada de mi solicitud quedará pendiente y se pagará automáticamente a medida que entren más contribuciones a mi cuenta durante un período de 12 meses.

Entiendo que mi solicitud de distribución será procesada y se me emitirá un cheque, a menos que haya completado el formulario de Autorización para depósito directo, en cuyo caso mi distribución será depositada automáticamente en mi cuenta bancaria.

### Firma

Entiendo que soy totalmente responsable por cualquier impuesto o pérdida en la que se incurra con respecto a esta cuenta. Según lo que entiendo, toda la información proporcionada anteriormente está completa y es exacta.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la cuenta o beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Derechos de apelación

La Explicación del informe de procesamiento explica cómo se procesó su reclamo en base a la información que se nos presentó. Usted o su representante designado puede apelar una denegación, denegación parcial o reducción de su reclamo al seguir nuestros procedimientos para apelaciones. Puede comunicarse a servicio al cliente al 1-800-859-2144 para recibir una explicación de sus derechos de apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión acerca de su reclamo, tiene derecho a presentar una solicitud por escrito para una revisión de la apelación a Further, PO Box 982814, El Paso, TX 79998-2814. Podemos enviarle un formulario para que presente su apelación o puede obtener una copia del formulario de apelaciones en [hellofurther.com](http://hellofurther.com). Tiene hasta el último día de su fecha final de validez del plan o 180 días a partir de la fecha de este aviso para presentar una apelación. Si finalizó su empleo durante el año o si no está seguro cuál es la fecha final de validez de su plan, comuníquese con el representante de su grupo o comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente. También puede presentar cualquier documento, registro u otra información que se relacione con su reclamo para los beneficios. Al recibir su solicitud, haremos una revisión completa e imparcial de su apelación y le proporcionaremos un aviso por escrito de nuestra decisión, ya sea por medio de una carta o una explicación en la Explicación del informe de procesamiento, en un plazo de 30 días.

Si usted es un miembro de un plan colectivo que está sujeto a la Ley de seguridad de los ingresos de jubilación para los empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), una vez que haya agotado nuestro proceso de apelaciones, tiene derecho a entablar un juicio en el Tribunal federal conforme a la Sección 502(a) de ERISA.

## Gastos médicos calificados

Los gastos médicos incluyen pagos que usted hace por el diagnóstico, tratamiento o prevención de una enfermedad o por el tratamiento que afecta cualquier parte o función del cuerpo y los montos que paga por el transporte para obtener atención médica.

Es posible que los cambios en las reglas del IRS puedan afectar lo que se considera un gasto médico calificado. En general, los gastos médicos que están permitidos son las deducciones en su Declaración del impuesto sobre la renta (IRC Sección 213(d)) también son reembolsables los gastos por medio de su cuenta. Para ver una lista de los gastos médicos calificados, ingrese a [hellofurther.com](http://hellofurther.com) o comuníquese con servicio al cliente al 1-800-859-2144.

## Cómo presentar una solicitud de retiro

Para un reembolso más rápido, preséntelo en línea en [hellofurther.com](http://hellofurther.com).

Para las presentaciones impresas, envíe por fax **0** correo electrónico un formulario de reclamo completo. Si el gasto en el que se incurrió lo reembolsa la compañía aseguradora, primero debe presentar el gasto a la compañía aseguradora.

Para recibir su reembolso más rápidamente, regístrese para recibir depósitos directos al iniciar sesión en su cuenta en [hellofurther.com](http://hellofurther.com)

**Asegúrese de proporcionar toda la información que se le pide en el formulario.** Si el formulario está incompleto o no está firmado, su solicitud de reclamo se retrasará o denegará.

**De acuerdo con las regulaciones del IRS, no es necesaria documentación de respaldo con su solicitud de retiro. Guarde la documentación para sus registros de impuestos personales.**

**La documentación se puede almacenar en el almacén de documentos del Centro de servicios en línea para afiliados en [hellofurther.com](http://hellofurther.com)**

### Consejos al momento de presentar

- Complete el formulario de reclamo usando un bolígrafo de color oscuro (no use lápiz).
- No use un resaltador en este formulario.
- Guarde la confirmación de la transmisión exitosa por fax.

**Ahorre tiempo: envíe este formulario en línea.** ¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para afiliados al 1-800-859-2144.

**Para presentarlo en línea:**  
Ingrese a su cuenta en  
[hellofurther.com](http://hellofurther.com)

**Enviar únicamente por correo electrónico protegido:**  
[further.documents@hellofurther.com](mailto:further.documents@hellofurther.com)

**Enviar por fax a:**  
866-231-0214

**Enviar por correo postal a:**  
PO Box 982814  
El Paso, TX 79998-2814