



Formerly SelectAccount®

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE UNA CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD

Información del titular de la cuenta (escriba en letra de molde)			No. de identificación de la cuenta de gastos						
Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Dirección de correo electrónico _____			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 **Further** 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)	Administrador que acepta la cuenta HSA <small>(lo debe completar Further)</small>
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 _____	Further acepta actuar como el nuevo Custodio de la cuenta de la persona nombrada anteriormente, y como Custodio, estamos de acuerdo en aceptar los activos que se transfieren. Identificación de la cuenta que acepta la cuenta HSA _____ <small>(No. de identificación de la cuenta de gastos)</small> _____ Firma autorizada de Further Fecha

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 1-800-859-2144.

Enviar únicamente por correo electrónico protegido:
 further.documents@helloofurther.com

Enviar por fax a:
 866-231-0214

Enviar por correo postal a:
 P.O. Box 64193
 St. Paul, MN 55164-0193