

Notificación Del Cambio De Domicilio



Instrucciones: Regrese este formulario completo y firmado a: **HSA Bank, P.O. Box 939, Sheboygan, WI 53082-0939, FAX: 877-851-7041.**
Para su conveniencia, Usted puede actualizar su información en línea a través del Banco por el Internet. Para detalles, visite www.hsabank.com/spanish y haga un clic en "Banco por Internet" bajo del título "Dueños de la Cuenta." Para asistencia, llame 866-357-5232.

| INFORMACIÓN PERSONAL : | | | |
|--|-----------------------------|--|---------------------------|
| Primer Nombre: | Inicial del Segundo Nombre: | Apellido: | |
| VERIFICACIÓN DEL CLIENTE (# de Seguro Social o # de la Cuenta es requerido) : | | | |
| Número de Seguro Social: | | Número de la Cuenta (8 dígitos, de su estado de cuenta): | |
| DIRECCIÓN ANTERIOR : | | | |
| Dirección de la Calle (Incluir # de Apt. o Suite): | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: | |
| PO Box: | Ciudad del PO Box: | Estado del PO Box: | Código Postal del PO Box: |
| DIRECCIÓN NUEVA: | | | |
| Dirección de Correo Preferido: | Dirección de la Calle | PO Box | |
| Dirección de la Calle (Requerido-Incluir # de Apt. o Suite): | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: | |
| PO Box: | Ciudad del PO Box: | Estado del PO Box: | Código Postal del PO Box: |
| Número de teléfono de la Casa: | | Número de teléfono de la Oficina: | |
| Correo Electrónico: | | | |
| OPCIONES PARA LA CUENTA HSA - Si usted quiere agregar un Firmante Autorizado, por favor llene el Formulario para Agregar un Firmante Autorizado, disponible en línea www.hsabank.com/spanish bajo el título "Dueños de la Cuenta" o llame el número arriba. | | | |
| Me gustaría ordenar 50 cheques con duplicados y 10 tiquetes de depósito con mi dirección nueva, a un costo de \$7.95. Incluir el nombre del Firmante Autorizado Sí No Número inicial del cheque para este orden | | | |
| Me gustaría una tarjeta de débito Visa® en mi nombre, para mi cuenta, a un costo de \$6. | | | |
| Me gustaría una tarjeta de débito Visa® en el nombre de mi Firmante Autorizado, para mi cuenta, a un costo de \$6. (Si usted selecciona cualquier de las opciones arriba, el costo total será deducido de su Balance HSA.) (Usted puede usar cheques con su dirección anterior.) | | | |
| Firma (requerida) | | Fecha | |
| Este documento es una traducción del documento Change of Address Notification y es con la condición de proveer un servicio solamente al público que habla español. HSA Bank ha intentado proveer una traducción exacta de este documento, el banco no garantiza la exactitud de cualquier traducción del inglés, el cual es el lenguaje oficial de cualquier documento usado por HSA Bank. Si algún texto del documento original en inglés no es consistente con el texto de esta traducción, el documento original en inglés se impondrá y sería usado para resolver cualquier problema entre el HSA Bank y cualquier otra identidad. | | | |

Esta forma solamente cambiará su información con el HSA Bank. Recuerde que usted debe cambiar su información con su compañía de seguros también.