

Formulario para Reembolso de Fondos

Favor de llenar toda la informacion requerida y escriba legiblemente.

Nombre del Titular de la cuenta: _____

Número de Cuenta de Sterling HSA: _____ Cambiar este domicilio: Solamente para este pedido

Permanentemente

Domicilio: _____

Teléfono Durante el Día: _____ Correo Electronico: _____

Seleccione una de las siguientes opciones

Favor de enviar el cheque al titular de la cuenta: (Adjunte sus Recibos)

Favor de Rembolsar a mi(s) Proveedor(es) abajo indicados - Adjunte el documento de EDB (Explicacion de Beneficios) y el Estado de Cuenta con el Domicilio y el numero de cuenta (Por favor complete el Domicilio y # de Cuenta para cada Proveedor listado abajo)

Favor de Capturar y Almacenar la Imagen Electronica del (los) Recibo(s). No Reembolsar los Gastos En esta ocasion.

Total # de
Páginas

Cantidad	Fecha de Servicio	Nombre del Proveedor	Envíe el Pago a: Incluya	Número de Cuenta Por Proveedor
\$				
\$				
\$				
\$				
\$				
\$	Cantidad Total del Reclamo			

Firma del Titular de la Cuenta: _____ Fecha: _____

Enviar a: Sterling HSA, P.O. Box 71107, Oakland, CA 94612
Email a: customer.service@sterlinghsa.com | **Fax a:** 877-517-4729