

FORMULARIO PARA EL AUTORIZADO

Instrucciones: Por favor completar los espacios abajo y envíe el formulario por medio de fax o correo a:
HSA Bank, P.O. Box 939, Sheboygan, WI 53082-0939, Fax: (877) 851-7041

Información Personal del dueño de la Cuenta- Todos los espacios son requeridos al menos que se indique lo contrario.

Nombre	Iniciales Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Información del Firmante Autorizado- Todos los espacios son requeridos (P.O.Box no es aceptado) Porque las regulaciones requieren que solamente un individuo posea una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA), el dueño de la cuenta puede autorizar a su esposo (a) y/o a una tercera persona como firmante autorizado (a) para escribir cheques o para utilizar su tarjeta de débito.

Yo (el dueño de la cuenta), como nombrado anteriormente, nombro a la siguiente persona como un firmante autorizado adicional en mi Cuenta de Ahorros de Salud.

Nombre	Iniciales Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Dirección (Número de P.O. Box)	<input type="text"/>
Ciudad	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>

Me gustaría una segunda tarjeta de débito Visa para el firmante autorizado inscrito en la parte de arriba para mi HSA. Yo entiendo que hay un costo de \$3.00 por tarjeta que será deducido de mi cuenta.

Número de Teléfono

- -

Para ayudar al gobierno a luchar en contra del terrorismo y actividades del lavado de dinero, la leyes federales requieren que todas las instituciones financieras obtengan, verifiquen y mantengan un archivo de información que identifique a cada persona que establezca una cuenta de ahorro. ¿Qué significa esto para usted? Cuando usted agrega un firmante autorizado a su cuenta, nosotros necesitamos que usted provee el nombre, dirección de domicilio, fecha de nacimiento y otra información de su persona autorizada que nos permita identificar a él/ella. También le podemos pedir que nos presente su licencia de conducir u otra documentación. Su firmante autorizado agregará a su cuenta encima de verificación de su identidad.

Firmas

Por favor complete todos los espacios requeridos en la parte de arriba si usted desea designar una persona autorizada a su cuenta. Si usted no puede proveer toda la información requerida del firmante autorizado entonces ellos no pueden ser agregados a su cuenta. Usted por este medio designa la persona siguiente como firmante autorizado a su Cuenta de Ahorro de la Salud. Al designar un firmante autorizado a su cuenta, usted autoriza a la persona designada arriba como "Firmante Autorizado" hacer negocios con y dar instrucciones a HSA Bank en respecto a su cuenta de ahorros de salud; esta persona puede hacer depósitos o retiros de fondos por cualquier medio aceptado a HSA Bank, incluyendo métodos de transacciones por medio de papel y electrónicos como ACH y transacciones generados por Internet; también puede recibir y tener acceso a la información de su cuenta, incluyendo balances de su cuenta y transacciones; endosar cualquier instrumento como cheques, ordenes u otro documento para el pago de fondos; y también puede representarse como el agente de su cuenta de ahorros de la salud de HSA Bank.

Usted específicamente autoriza HSA Bank como guardián de su cuenta HSA bajo esta autorización y designación hasta tal fecha en que HSA Bank reciba una revocación escrita de esta autorización y haga tenido tiempo razonable para actuar sobre la revocación. Usted entiende que usted es responsable de asegurar que su firmante autorizado lea y entienda los documentos de HSA Bank los cuales se le han presentado a usted. Usted considera inofensivo e indemniza a HSA Bank contra cualquier demanda contra o perdidas que el HSA Bank pueda sufrir proviniendo de la confianza en esta autorización del HSA Bank y libera HSA Bank de cualquier responsabilidad que se presente de tal confianza, al menos que sea prohibido de otra manera por la ley. Usted entiende que usted es completamente responsable por cualquier consecuencia de impuesto que resulte de tales acciones tomadas por el firmante autorizado con referente a su cuenta.

NINGUNA PROPIEDAD PRESENTE O FUTURA O DERECHO DE SOBRE VIVENCIA ES DADO AL FIRMANTE AUTORIZADO POR ESTA AUTORIZACIÓN. UNA VEZ NOTIFICADA SU MUERTE A HSA BANK, ESTA AUTORIZACIÓN SE DA POR TERMINADA Y LOS DERECHOS DE SUS FONDOS DE SU CUENTA SERÁN TRANSFERIDOS A SUS BENEFICIARIOS. SI USTED NO NOMBRÓ UN BENEFICIARIO, SU BALANCE EN LA CUENTA SERÁ PAGADO A SU HEREDERO.

Firma del Dueño de la Cuenta	Fecha	Firmante Autorizado	Fecha
-------------------------------------	--------------	----------------------------	--------------

Este documento es una traducción de el documento Formulario De Contribución/Retiro De Dinero y es con la condición de proveer un servicio solamente al público de habla hispana. 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.

