Formulario De Enmiendas Para Solicitud Y Requisitos

Use este formulario para cambiar información en una Cuenta de Ahorros de la Salud existente/ya establecida. Este formulario debe de ser firmado en la segunda página.

HSA BANK
National Leader in Health Savings Accounts.
A Division of Webster Bank, N.A., Member FDIC

Complete este formulario y envíalo a: HSA Bank, PO Box 939, Sheboygan, WI 53082, Fax: (877) 851 7041

Información Personal Inicial:

Primer Nombre | **MI** | **Apellido**

Número de su Cuenta | **Número de Seguro Social** | **Fecha de Nacimiento**

Tipo de Enmienda: Esta es una enmienda a una cuenta HSA existente, debido a que: *(marque todos los que le correspondan)*

☐ Cambiar mi nombre debido a matrimonio o decreto legal ☐ Cambiar la designación del beneficiario ☐ Agregar/Cambiar un firmante autorizado

Informacion Personal Nueva.

Primer Nombre | **MI** | **Apellido**

Número de Calle *(requerido)*

Ciudad | **Estado**

Código Postal | **Condado**

 # de Teléfono de su Casa | **# de Teléfono de Oficina**

Para ayudar al gobierno a luchar en contra del terrorismo y el lavado de dinero y actividades ilegales, las 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 abre una cuenta de ahorro, nosotros necesitamos que usted y la persona autorizada a esta cuenta escriban su nombre, dirección de domicilio, fecha de nacimiento y otra información que nos permita identificar a usted y a la persona autorizada a esta cuenta. También le podemos pedir que nos presente su licencia de conducir u otra documentación.

Designación de Beneficiarios

La persona(s) o la entidad siguiente serán mi beneficiario(s) primario y/o contingente. Si no se indica el beneficiario primario, el individuo o entidad será juzgado como beneficiario primario. Si señalan a más de un beneficiario primario y no se indica ningún porcentaje de la distribución, entonces los beneficiarios recibirán porcentajes iguales de la cuenta de HSA. Múltiples beneficiarios contingentes sin el porcentaje de la parte indicado también se compartirá igualmente. Si el beneficiario primario o contingente muere antes de mi, su interés y el interés de sus herederos terminaran totalmente, y la parte del porcentaje restante del beneficiario(s) será incrementada una vez que esta sea calculada. Si ningún beneficiario(s) primario me sobrevive, el beneficiario(s) contingente adquirirá la parte señalada de mi cuenta HSA. Entiendo que puedo cambiar o agregar beneficiarios en cualquier tiempo por completir y enviar la forma apropriada a HSA Bank. HSA Bank no me ha proveyendo consejo legal o de impuestos en respeto a mi designación de beneficios.

Nombre y Dirección de la Persona *(o de fideicomiso y fideicomisario)*	**Fecha de Nacimiento** *(Fecha del doc. si es fideicomiso)*	**Numero de Seguro Social** *(TIN, si es fideicomiso)*	**Relación**	**Primario o Contingente**	**Parte %**
				☐ Primario ☐ Contingente	
				☐ Primario ☐ Contingente	

**para designar beneficiarios adicionales por favor visite nuestra pagina Web http://hsabank.com/forms/designate_beneficiary.pdf*

Consentimiento Conyugal

Esta sección debe ser revisada si el banco o la residencia del dueño de la cuenta esta localizada en una comunidad o en un estado que reconoce los Bienes conyugales y el dueño de la cuenta es casado. Debido a consecuencias importantes del impuesto, cuando se renuncia a la parte de bienes Conyugales, los individuos que firman esta sección deben de consultar con un contador profesional.

ESTADO CIVIL ACTUAL

☐ Estoy casado(a)-Entiendo que si yo elijó a un beneficiario primario que no sea mi esposa(o), mi esposa(o) debe firmar abajo.
☐ No estoy casado(a)-Entiendo que si me caso en el futuro, debo de completar un formulario de designación de beneficiario HSA.

Soy el esposo(a) del dueño de la cuenta HSA anteriormente mencionado. Yo reconozco que he recibido un acceso justo y razonable del acuerdo y de las obligaciones financieras de mi esposo(a). Debido a la importancia del impuesto cuando se entrega el interés en esta cuenta de HSA, me han aconsejado ver a un profesional del impuesto. Por este medio doy al dueño de la HSA cualquier interés que tenga en los fondos o propiedades depositados en esta HSA y que consiento la designación(s) del beneficiario indicado arriba. Asumo la responsabilidad completa de cualquier consecuencia advera que pueda resultar. No se me ha dado ningún asesoramiento jurídico o del impuesto por parte del Custodio de la cuenta.

.

Firma del Esposa(o) **Fecha** | **Firma del Testigo (Requerido-No puede ser Esposo(a))** **Fecha**

Firmante Autorizado *(Opcional)*

Por favor complete todos los espacios requeridos en la parte de abajo 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 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 en la parte de abajo como "firmante autorizado" para realizar cualquiera y todos los actos que yo puedo realizar según conforme al acuerdo de mi cuenta, esta persona puede hacer depósitos o retiros de fondos de la cuenta por cualquier medio aceptado por el banco, 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, transacciones y endorsar a su nombre cualquier instrumento como cheques o cualquier otro documento para el pago de fondos. También puede representarme como el agente de su cuenta de ahorros de la salud.

Usted específicamente autoriza HSA Bank como custodio de su cuenta HSA bajo esta autorización y designación hasta tal fecha en que HSA Bank reciba un aviso por escrito revocando dicha autorización y ha tenido tiempo razonable para actuar sobre tal aviso. Usted entiende que usted es responsable de que su firmante autorizado lea y entienda los documentos de HSA Bank los cuales se le han presentado a usted. Nos considero inofensivo e indemnizo el banco contra cualquier demanda contra el banco por las pérdidas que puede sufrir presentándose fuera de la confianza del banco que se presente con el firmante y despejar al banco de la responsabilidad que se presente de tal confianza al menos que sea prohibida 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 referencia a su cuenta.

NINGÚN PRESENTE O PROPIEDAD 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 NOMBRO UN BENEFICIARIO, SU BALANCE EN LA CUENTA SERÁ PAGADO POR SU ESTADO.

TODOS LOS ESPACIOS DEBEN SER LLENADOS (P.O. Box No Acceptada)

Nombre **Inicial** **Apellido**

Número de Seguro Social ___ - ___ - ____

Fecha de Nacimiento __ / __ / ____

Número De Calle

Ciudad **Estado**

Código Postal **Número de Teléfono de su Casa** ___ - ___ - ____

Opciones para su Cuenta:

Complete esta sección si usted desea ordenar hoy mismo los cheques o tarjetas de Debito. Complete la sección para un Firmante Autorizado en la parte de arriba para darle acceso de su cuenta a su esposa o una tercera identidad. Cualquier honorario que se aplique será reducido de su cuenta, al menos que usted incluya un cheque para pagar el honorario.

- ☐ Ordenar 50 cheques con duplicado y 10 tiquetes de depósito incluyendo mi nombre, a un costo de $7.95.
- ☐ Ordenar 50 cheques con duplicado y 10 tiquetes de depósito incluyendo el nombre del firmante autorizado, a un costo de $7.95.
- ☐ Ordenar 50 cheques con duplicado y 10 tiquetes de depósito incluyendo el cambio de mi nombre y el del firmante autorizado, a un costo de $7.95.
- ☐ Reemplazar mi tarjeta de débito Visa a mi nombre con el nombre cambiado por un honorario de $6.00.
- ☐ Reemplazar mi tarjeta de débito Visa para el firmante autorizado por un honorario de $6.00.
- ☐ Reemplazar mi tarjeta de débito Visa para mi cuenta con incluyendo el cambio de mi nombre y el firmante autorizado por un honorario de $6.00.

Nota: Compras hechas con la tarjeta de debito Visa o cheques de HSA Bank serán reportadas por el banco como "distribuciones normales." Yo entiendo que no debería usar la tarjeta Visa o Cheques para gastos médicos que no son calificados o por razones que no sean médicos, también soy responsable por las penalidades del IRS. Yo entiendo que debo enviar un formulario de retiro de dinero por cualquier gasto médico que no es calificado a un costo de $4.00 cada vez que se hace un retiro de dinero. Yo entiendo que el banco me enviará un cheque.

Firmas: *Importante: Por favor leer antes de firmar*

El banco HSA es por este medio designado a servir como Custodia o guardián de mi cuenta de ahorros de salud. HSA Bank (Es una división de Webster Bank N.A) y Webster Bank N.A son las mismas instituciones aseguradas FDIC. Los depósitos sostenidos bajo cada nombre comercial no son asegurados por separados, pero son combinados para determinar si un depositante ha excedido el límite de seguro de depósito federal de dólares. He recibido una copia de Contrato de Custodia de la Cuenta HSA, la Póliza de Privacidad y Los Términos de Esta Cuenta (*Deposit Account Agreement and Disclosures for Health Savings Accounts, Truth in Savings and Privacy Statement*) y acuerdo con estos documentos. En el plazo de siete (7) días a partir de la fecha en que abrí la cuenta, puedo revocar la autorización enviando o presentando un aviso por escrito al custodio de la cuenta (el recargo o costo de la apertura de la cuenta no es reembolsable.)

Firma del Dueño de la Cuenta HSA **Fecha** **Firma del Firmante Autorizado** **Fecha**

Este documento es una traducción de el documento [*Formulario De Enmiendas Para Solicitud Y Requisitos*], 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 impondría y sería usado para resolver cualquier problema entre el HSA Bank y cualquier otra identidad.