

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 Aceptada)

Form fields for Name, Initial Surname, Social Security Number, Date of Birth, Street Number, City, State, Postal Code, and Home Phone Number.

Opciones para su Cuenta:

Complete esta sección si usted desea ordenar hoy mismo los cheques o tarjetas de Débito. 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.

- Order 50 checks with duplicate and 10 deposit tickets including my name, at a cost of \$7.95.
Order 50 checks with duplicate and 10 deposit tickets including the name of the authorized signatory, at a cost of \$7.95.
Order 50 checks with duplicate and 10 deposit tickets including the change of my name and that of the authorized signatory, at a cost of \$7.95.
Replace my Visa debit card to my name with the name changed for a fee of \$12.00.
Replace my Visa debit card for the authorized signatory for a fee of \$12.00.
Replace my Visa debit card for my account including the change of my name and the authorized signatory for a fee of \$12.00.

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 \$10.00 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.

