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

CUENTA DE AHORRO SALUD (HSA)
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Información Personal:

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

 # de Cuenta | **# de Seguro Social** | **Fecha de Nacimiento**

Tipo de Designación: *Por favor de marcar una de las opciones siguientes*

☐ **Designación del Beneficiario Primario:** Yo designo al individuo(s) o las entidades nombradas en la parte de abajo como mi beneficiario primario y/o contingente de esta HSA.

☐ **Reemplazar Beneficiario(s):** Yo designo al individuo(s) o las entidades nombradas en la parte de abajo como mi beneficiario(s) primario y/o contingente de esta cuenta mencionada arriba y por lo tanto yo revoco todos los beneficiarios designados anteriormente y elegidos por mi mismo.

☐ **Agregar Beneficiario(s):** Yo designo al individuo(s) o las entidades nombradas en la parte de abajo como mi beneficiario primario y/o contingente de esta cuenta menciona arriba. Esta lista suplementa pero no reemplaza a los beneficarios o beneficiario antes designados por mi en la facha especificada. (Cuando agrege beneficiarios si la parte % de los beneficiarios anteriormente asignados cambia, entonces restituya todos los beneficiario(s) y la parte % correspondiente, si los porcentajes anteriores no son correctos).

Designation of Beneficiaries

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 completando y enviando el formulario apropriado a HSA Bank. HSA Bank no me ha dado consejo legal o de impuestos con 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	
				☐ Primario ☐ Contingente	
				☐ Primario ☐ Contingente	

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 elijo 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 adversa 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**

Firmas

Yo entiendo que yo puedo cambiar o agregar beneficiarios en cualquier momento, y que puedo hacerlo completando y enviando la applicacion apropiada al HSA Bank. HSA Bank no me ha proveido assistencia de impuesto o legal en referencia a mi designacion de beneficiarios.

Firma del Sostenedor de HSA **Fecha** **Firma del Testigo (requerido no puede ser conyuge)** **Fecha**

Este documento es una traducción de el documento [Cuenta de Ahorro Salud(HSA)Designación De Beneficiarios], 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.