Cuenta de Ahorros Médica (HSA)
Formulario de designación de beneficiarios (HSA)

Instrucciones: Favor de llenar este formulario y enviarlo por correo o fax a: **HSA Bank, P.O. Box 939, Sheboygan, WI 53082, Fax: (877) 851-7041.**
Si necesita ayuda, favor de llamar al (800) 357-6246, lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m. TC Para ayuda en Español, por favor llamar (866) 357-6232.

INFORMACIÓN DEL CUENTAHABIENTE

Nombre:	Iniciales:	Apellido:
Número de cuenta:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:

TIPO DE DESIGNACIÓN

Favor de marcar una de las siguientes opciones.

☐ **Designación inicial del beneficiario:** Designo a la/las persona(s) o entidades abajo nombradas como mi(s) beneficiario(s) principal y contingente de esta HSA.

☐ **Remplazo de beneficiario(s):** Designo a la/las persona(s) o entidades abajo nombradas como mi(s) beneficiario(s) principal de la cuenta arriba nombrada y por el presente revoco a todas las designaciones de beneficiario, si hay alguna persona designada, hechas por mí.

☐ **Agregar beneficiario(s):** Designo a la/las persona(s) o entidades abajo nombradas como mi(s) beneficiario(s) principal y contingente de la cuenta arriba nombrada. Esta lista complementa, pero no reemplaza, a el/los beneficiario(s) previamente designados por mí en la fecha especificada. (Cuando se agregan beneficiarios, si cambia el % de participación de el/los beneficiario(s) previamente designados, reformule todos los beneficiarios y su % de participación correspondiente si los porcentajes anteriores ya no son correctos.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El/los siguiente(s) persona(s) o entidades serán mi(s) beneficiario(s) principal y contingente. En caso de que no se indique un principal ni un contingente, la persona o entidad será considerada como beneficiario principal. En caso que se designe más de un beneficiario principal y que no se indiquen porcentajes de distribución, se considerará que a los beneficiarios les pertenecen porcentajes iguales de participación en la cuenta. En el caso de que no se indique el porcentaje de participación para varios beneficiarios contingentes, también se considerará como una participación equitativa. Si un beneficiario principal o contingente muere antes que yo, su interés y el interés de sus herederos terminará completamente, y el porcentaje de participación de cualquier beneficiario que reste se incrementará sobre una base promediado. Si ningún beneficiario principal me sobrevive, el o los beneficiarios contingentes adquirirán la participación designada de mi cuenta.

Nombre y dirección de la persona *(o del Fideicomiso y Fideicomisario)*	**Fecha de nacimiento** (mes/día/año) *(fecha de creación, en caso de Fideicomiso)*	**# Seguro Social:** *(TIN, en caso de Fideicomiso)*	**Relación**	**Principal o Contingente**	**% Participación**
				☐ Principal ☐ Contingente	
				☐ Principal ☐ Contingente	
				☐ Principal ☐ Contingente	
				☐ Principal ☐ Contingente	
				☐ Principal ☐ Contingente	

CONSENTIMIENTO

Esta sección deberá revisarse en caso de que el fideicomiso o la residencia del dueño de la cuenta se encuentren en un bien ganancial o en un estado de propiedad conyugal y el dueño de la cuenta está casado. Debido a consecuencias tributarias importantes al renunciar al interés de los bienes gananciales, las personas que firmen esta sección deberán consultar con un asesor legal o tributario independiente.

ESTADO CIVIL ACTUAL

☐ No estoy casado: entiendo que si me caso en un futuro, debo llenar un nuevo Formulario de Designación de Beneficiario.

☐ Estoy casado: entiendo que si elijo designar un beneficiario principal aparte de mi cónyuge, mi cónyuge debe firmar abajo.

Soy el cónyuge del dueño de la cuenta arriba nombrado. Reconozco que he recibido una divulgación justa y razonable de la propiedad y obligaciones financieras de mi cónyuge. Debido a importantes consecuencias tributarias al renunciar a mi interés en esta cuenta, se me ha aconsejado que vea a un profesional tributario. Por el presente le doy al dueño de la cuenta cualquier interés que tenga en los fondos o en la propiedad depositada en esta cuenta y doy mi consentimiento a la(s) designación de beneficiario(s) arriba indicados. Asumo total responsabilidad de cualquier consecuencia adversa que pudiera resultar. No se me brindó asesoría legal por parte mi guardián.

Firma del cónyuge **Fecha**

Firma del testigo (Requerida – No cónyuge) **Fecha**
(Debe tener 18 años o más)

FIRMAS

Entiendo que puedo cambiar o agregar beneficiarios en cualquier momento al llenar y entrenar el formulario adecuado a HSA Bank. HSA Bank no me proporcionó ningún consejo tributario ni legal sobre la designación del beneficiario.

Firma del cuentahabiente **Fecha**

Firma del testigo (Requerida – No cónyuge) **Fecha**
(Debe tener 18 años o más)