

# CUENTA DE AHORRO MEDICO (HSA) / FORMULARIO PARA SOLICITUD Y REQUISITOS

<b>Para uso de agentes de seguro SOLAMENTE</b> AIN # <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Codido In. Ong. <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px;"><tr><td>C</td><td>C</td></tr></table>	0	1	2	3	3	5	C	C	Uso interno: <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"></table>	EGN # <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
0	1	2	3	3	5															
C	C																			

**Instrucciones:** Todos los espacios deben de ser completados. Por favor de regresar esta aplicacion con un cheque a la siguiente direccion:  
**HSA Bank<sup>TM</sup>, 211 N. Wisconsin Drive, Howards Grove, WI**

\* Honorario para abrir la cuenta: \$25.00 si la aplicacion es escrita a mano (HSA) o \$22.00 si la aplicacion puede ser leida por un sistema de maquina (HSA). Visite [www.hsabankusa.com](http://www.hsabankusa.com) o visite a su agente para un archivo de PDF para que usted pueda completar usando una computadora.

<b>Escriba su cheque pagado a HSA Bank:</b>	
Honorario para abrir la cuenta*	\$ _____
Para obtener cheques(\$12.75)	\$ _____
Contribucion inicial (\$50.00 minimo)	\$ _____
<b>La cantidad total incluida es</b>	<b>\$ _____</b>

**Informacion Personal:** Please fill in all boxes (MM DD YYYY) (IE: 01 01 2004)

Numero de Social Security (Sguridad Social) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Fecha de Nacimiento 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primer Nombre 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Inicial del segundo nombre 

--

 Apellido 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero de calle 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PO Box 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Ciudad 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estado 

--	--

 Codigo del Estado 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Metodo Preferido para el correo  Numero de Calle  PO Box

Condado (county) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero de telefono de su casa 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Numero de telefono de oficina 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Form of Identification**  
 Licencia  Identificacion del Estado  Passport Numero Identificacion 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Correo electronico (Email) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Nota. Para ayudar al gobierno a luchar en contra del terrorismo y del uso de dinero en actividades ilegales, la ley Federal requiere que todas las instituciones financieras obtengan, identifiquen y mantengan informacion que identifique cada persona que abra una cuenta bancaria. Esto significa que: Cuando usted abre una cuenta bancaria, nosotros les preguntaremos por su nombre, direccion de domicilio, fecha de nacimiento, y otra informacion que nos permita identificarlo. Podemos pedirle que nos muestre su licencia de conducir o otros documentos.*

<b>TIPO DE DEPOSITO INICIAL.</b> <small>Por favor de marcar una casetilla solamente</small> <input type="checkbox"/> Regular - Ano de contribucion (requerido) <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/> Rollover <small>(Por favor enviar la aplicacion que dice Rollover)</small> <input type="checkbox"/> Intercambio de otro banco <small>(Favor de incluir la aplicacion para el intercambio ( Transfer))</small>					<b>ORIGEN Y CANTIDAD DE LA CONTRIBUCION</b> <input type="checkbox"/> El dueno de la cuenta hace el deposito \$ <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/> El propietario del negocio hace el deposito \$ <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																

**INFORMACION DEL NEGOCIO**

Nombre del Negocio <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"></table>	Nombre de la persona que se puede contactar en el negocio <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"></table>														
Direccion de correo <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"></table>	Tipo de negocio <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"></table>														
Ciudad <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Estado <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Area de codigo <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				

**REQUISITOS PARA CALIFICAR :** PARA UNA CUENTA DE SALUD MEDICA ( HSA )REGULAR

Si  No Certificacion del dueno de la cuenta - Yo certifico que: (1) yo estoy cubierto por un plan de seguro calificado con un alto deducible (HDHP) qualify High Deductible Health Plan. and (2) Yo certifico que no estoy cubierto por ningun otro plan de seguro el cual ofrece los mismos beneficios que un(HDHP), solamente tengo el plan de seguro calificado con un alto deducible.

Si usted ha contestado No a esta pregunt, entonces usted no es calificado para establecer una cuenta medica HSA. Por favor visite [www.hsabankusa.com](http://www.hsabankusa.com) para obtener una solicitud para abrir una HSA que no es calificada.o vea a su agente de seguro para obtener un plan de seguro calificado con un alto deducible. Una vez completada la solicitud y los requisitos calificados, usted puede completar la firma en la parte de atras.



**OPCION PARA SU CUENTA DE SALUD MEDICA (HSA):** *Por favor lea la parte del Poder General donde usted le da derechos a esposa(o) o a la tercera persona de tener acceso a su cuenta de HSA*

- Me gustaria comprar 50 cheques sin duplicados incluyendo 10 tickets de deposito a un costo de \$12.75 para ser usados como distribuciones solamente .
- 1 MSA Bank debit card MasterCard Gratis para ser usada con mi MSA cuenta para distribuciones normales

Nota: Compras hechas con la HSA Bank debit card o con los HSA cheques seran reportados por el banco como "distribuciones normales" Y entiendo que yo no debo usar la HSA Bank debit card o HSA cheques para compras que no son qualificadas o no son para transacciones medicas.y por lo tanto yo soy responsable por cualquier castigo por parte del Servicio de la Renta Publica (IRS). Yo entiendo que debo de presentar una aplicacion de retiro de dinero para transacciones que no son calificadas, o que no son medicas a un costo de \$2.00 cada vez que usted lo necesita. Yo entiendo que el banco me expedita un cheque

- Yo estoy interesado(a) en recibir una aplicacion para Invertir fondos. (No FDIC insured( los fondos no estan asegurados) Stocks, bonds , mutual funds obtions)

**REGLAS Y CONDICIONES APLICABLES PARA LA HSA**

**Informacion General:** Una HSA es una cuenta de custodia administrada por el banco el cual es creada exclusivamente para beneficiar a la persona que mantiene la HSA y la cual es generalmente usada para gastos medicos de salud calificadas. Si usted califica,las contribuciones pueden ser hechas en su cuenta por usted o por su gerente de empresa( empleador). Los gastos calificadas de su HSA son libres de impuesto.

**Definiciones:** Altos deducibles en el plan de salud (HDHP high deductible health plan) significa, como definidos en IRC section 220 (c) (2) como un plan de salud el cual satisface cada uno de los siguientes requisitos de deducibles y gastos por (a) El ano en que se paga el impuesto en el 2003 El deducible es de un minimo de \$1000.00 cubriendo solamente una persona. Y un minimo de 2,000.00 para familia.

**NOTA:** Una vez que su solicitud es establecida, usted recibira informacion de su cuenta , junto con una carta de bienvenida . Si su solicitud es recibida incompleta esta no sera procesada hasta que recibamos todos los documentos requeridos.( vea los requisitos en la parte de arriba de la solicitud.)

**Poder Generalisimo/ Firma autorizada(opcional) Authorized Signer / POA signature required below.**

*Las regulaciones requieren que solamente un individuo posea la cuenta de HSA, el dueño de la cuenta puede desear que su esposo (a) (y/o otros terceros con un poder generalisimo para escribir cheques o para utilizar su tarjeta de mastercard. Yo el (dueño de la cuenta) señala por este medio al individuo siguiente como firmante autorizado adicional en mi cuenta de ahorros médico.*

<b>Esposa (o) /otro primer nombre</b>	<b>Inicial del Segundo Nombre</b>	<b>Apellido</b>
<b>Numero de Social Security (Sguridad Social)</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>

**OBCION PARA SOLICITAR LA SEGUNDA TARJETA DE DEBITO**

- Me gustaria obtener una segunda tarjeta de debito MasterCard gratis para la persona con el poder generalisimo (POWER OF ATTORNEY) mencionado en la parte de arriba para mi cuenta de HSA para ser usada para distribuciones normales solamente.

**HSA Bank** es designado por este medio al servicio como custodio de mi cuenta de ahorros médico.Yo estoy de acuerdo que puedo estar limitado a las reglas y las regulaciones de la cuenta aplicables a la cuenta de ahorro médico establecido para este uso y yo entiendo que estos pueden ser enmendados de vez en cuando. También convengo los acuerdos, las reglas y las regulaciones, y los accesos del banco aplicables a las cuentas adicionales que establezco con el banco en el futuro como un individuo, custodio o como un administrador solamente; este acuerdo principal de la tarjeta de la firma que gobierna cuentas adicionales que se mantendran en efecto mientras que yo continuamente mantenga por lo menos una cuenta cubierta con el banco.

Una vez firmando este uso y acuerdo por las opciones de la cuenta de HSA seleccionadas en la página anterior, estoy solicitando que el banco envíe a mi esposo o a los terceros autorizados una HSA tarjeta de debito MasterCard para permitirles acceso a mi cuenta de HSA y para agregar su nombre a mi pedido de cheques de HSA

**Nota: la firma is requerida para aquella persona autorizada con poder generalisimo**

**Las Firmas Importante: Por favor de leerlo antes de firmar.**

Yo entiendo los requisitos de elegibilidad para este tipo de depósito de HSA que estoy haciendo, e indico que yo califico para hacer el depósito. Yo he recibido una copia de la solicitud, y el Contrato de Custodia. Yo entiendo que los términos y las condiciones que se aplican a esta HSA están contenidos en esta solicitud y en el Contrato de Custodia HSA Yo acuerdo que estoy limitado por esos términos y condiciones. En el plazo de siete (7) días a partir de la fecha en que abri esta cuenta HSA yo puedo cerrarla enviando o presentando un aviso escrito al banco donde tengo mi cuenta. (los requisitos de deposito recargados a su cuenta, cuando esta se abrio no es reembolsable.)

**Yo Asumo la responsabilidad completa de:**

1. Determinar que cada ano que yo haga una contribucion yo soy elegible para una cuenta de HSA.
2. Yo aseguro que todas las contribuciones que yo hago estan dentro de los límites dispuestos por los leyes de impuesto. (vaya a www.hsabankusa.com y precione el button que dice calculador para recibir ayuda con la calculacion de la contribucion.
3. Las consecuencias del impuesto sobre cualquier contribucion(incluyendo depositos rotativos)y distribuciones.

**T.I.N. CERTIFICACIÓN DE RETENCIÓN DE RESERVA (marque artículo (2) si usted esta sujeto a la retencion de reserva)(backup withholding)**

**Bajo penas del perjurio, yo certifico que (1) el número demostrado en esta solicitud es mi número correcto de identification del contribuyente (T.I.N.) (o yo estoy esperando que se me asigne un número). (2) No estoy conforme a la retención de reserva porque: (a) Soy exento de la retención de reserva, o (b) el servicio de renta pública no me ha notificado que estoy conforme a la reserva que retiene como resultado de una falta de reportar todo el interés y los dividendos, o (c) el IRS me ha notificado que yo no estoy sujeto a la retención de reserva. (3) Soy un U.S. ciudadano. (US incluyendo extranjero residente)**

**El servicio de renta pública no requiere su consentimiento a ninguna disposición de este documento con excepción de las certificaciones requeridas para evitar la retención de reserva.**

<b>La Firma Del Sostenedor de MSA</b>	<b>Fecha</b>	<b>Firma del Testigo (requirido)</b>	<b>Date</b>
		<i>(Must not be the same as the Authorized Signer / POA)</i>	
<b>Firma de la persona con el pode (según lo nombrado arriba)</b>	<b>Fecha</b>	Imprimir el nombre del Testigo _____	

