

CUENTA DE AHORRO MEDICO (HSA) DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

INFORMACION PERSONAL:

Primer nombre	<input type="text"/>	Inicial de segundo nombre	<input type="text"/>	Apellidos	<input type="text"/>
Numero de cuenta #	<input type="text"/>	Numero de seguridad social	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>

TIPO DE DESIGNACION: *Por favor marcar una de las opciones siguientes.*

Designacion del beneficiario primario: Yo asigno el individuo(s) o las entidades asignadas en la parte de abajo como mi beneficiario primario y o contingente de esta HSA.

Reemplazar beneficiario(s) : Yo asigno el individuo(s) o las entidades asignadas en la parte de abajo como mi beneficiario(s) primario y o contingente de esta HSA y por lo tanto yo reboco todos estos beneficiarios designados anteriormente mencionados y elegidos por mi mismo.

Agregar beneficiario(s): Yo asigno el individuo(s) o las entidades asignadas en la parte de abajo como mi beneficiario primario y o contingente de esta MSA. Esta lista suplementa pero no reemplaza los beneficiarios o beneficiario antes designado por mi en la fecha especificada (cuando agrega beneficiarios si la parte % de los beneficiarios previamente asignados cambia, entonces restituya todos los beneficiario(s) y la parte % correspondiente, si los porcentajes previous no son correctos).

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

La persona (s) o la entidad siguiente será mi beneficiario (s) primario y/o contingente. Si no se indica el beneficiario primario, el individuo o entidad serán juzgados 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 parte del HSA. Múltiples beneficiarios contingentes sin el porcentaje de la parte indicado también se compartirá igualmente. Si el beneficiario primario o contingente muere antes de mí, su o su interés y el interés de sus o sus herederos terminarán totalmente, y la parte del porcentaje de lo que haya restante, el beneficiario(s) será aumentado sobre una base promedio. Si ningún beneficiario(ies) primario me sobrevive, el beneficiario(s) contingente adquirirá la parte señalada de mi HSA.

#	Nombre y Dirección	Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social	Relación (Parental or Conjugal)	Beneficiario (primario o contingente)	La parte (%)
1					Primario Contingente	
2					Primario Contingente	
3					Primario Contingente	
4					Primario Contingente	
5					Primario Contingente	
6					Primario Contingente	

Consentimiento conyugal

Esta sección debe ser revisada si la confianza o la residencia del sostenedor de HSA está situada en una comunidad o se casa el estado marital de la característica y el sostenedor de MSA. Debido a las consecuencias de impuesto importantes de dar encima de su interés de la característica de comunidad, individuos la firma de esta sección debe consultar con un consejero legal o de impuesto competente.

ESTADO CIVIL ACTUAL

Si no estoy casado - entiendo que si me caso en el futuro, debo de completart una designacion de beneficiario en la solicitud de la HSA.

Yo estoy casado- yo entiendo que si yo elijo a un beneficiario primario con excepción de mi esposo(a), mi esposo(a) debe firmar abajo.

Soy el esposo(a) del sostenedor de la cuenta HSA. Yo reconozco que he recibido un acceso justo y razonable de la característica y de las obligaciones financieras de mi esposo. Debido a las consecuencias de impuesto importantes de dar encima de mi interés en este 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 la característica depositados en este HSA y que consiento la designacion (s) del beneficiario indicado arriba. Asumo la responsabilidad completa de cualquier consecuencia adversa que pueda resultar. No se dio ningún impuesto o asesoramiento jurídico por parte del guardian de la cuenta.

Firma del Esposa (a)	Fecha	Firma del testigo	Fecha
----------------------	-------	-------------------	-------

Las Firmas

Yo entiendo que yo puedo que cambie o agregue beneficiarios en cualquier momento, y que puedo hacerlo completando y enviando la aplicacion apropiada al HSA Bank. HSA Bank no me ha proveido asistencia legal del impuesto en acuerdo con la designacion del beneficiario.

Firma Del Sostenedor de HSA	Fecha	Firma del testigo	Fecha
-----------------------------	-------	-------------------	-------