

For Tracking Purposes: Complete all that apply.							Internal Use:	
Affiliation	Broker Dealer	AIN #	Code In. Ong.	SVC	Software	Invoice In. Ong.		
MGA	TPA	Marketing	Employer Fed ID #					

Instrucciones: Todos los espacios deben de ser completados. Si necesita asistencia, llame al 866-357-6232. (For an english version of the form, please call 800-357-6246). Regrese este formulario con un cheque a: **HSA Bank®, P.O. Box 939, Sheboygan, WI 53082-0939**

A. Honorario para abrir la cuenta B. Pedido de cheques C. Contribución inicial D. La cantidad total

Por favor complete todos los espacios y las firmas requeridas, si usted esta abriendo esta cuenta para usted mismo y envíe este formulario a la dirección antes mencionada. Si usted tiene privilegios de poder general para otra persona y esta abriendo esta cuenta representando a esa persona, entonces usted debe de completar y enviar un adendum del poder general con esta aplicación. Por favor de llamar a HSA Bank al 800 -357-6232 para recibir información y para obtener el formulario necesario.

Información Personal Del Dueño De La Cuenta:- todos los espacios son requeridos al menos que se le indique lo contrario.

Número de Seguro Social - - Fecha de Nacimiento / /

Primer Nombre MI Apellido

Número de Calle

Ciudad Estado Código Postal

Método Preferido para el Correo Número de Calle PO Box PO Box (opcional)

P.O. Box Ciudad (opcional) P.O. Box Estado (opcional) P.O. Box Zip (opcional)

Número de Teléfono de su Casa - - Número de Teléfono de Oficina - -

Tipo de Identificación (Requerido) Licencia de Conducir Identificación del Estado Pasaporte Número de Identificación

Correo Electrónico (opcional)

Estado de Ciudadanía (seleccione uno) Ciudadano de los Estados Unidos Extranjero Residente No es un Extranjero Residente (si esta casilla esta marcada por favor de proveer el formulario W-8)

Información del Empleo- requerido si está empleado No Está Empleado Dueño de su Propio Negocio

Nombre del Empleador

Ciudad Estado

Título de Trabajo/ Profesión

Industria (seleccione una opción)
 Agricultura Construcción Finanzas, Póliza de Seguro, Bienes Raíces Manufacturera Minería Servicios Profesionales
 Administración Pública, Gobierno Venta al Por Menor Transportación Venta al Por Mayor Otro

Promedio de Ingresos (opcional)
 \$0 - \$14,999 \$15,000 - \$34,999 \$35,000 - \$49,999 \$50,000 - \$74,999 \$75,000 - \$99,999 \$100,000+

Para ayudar al gobierno a luchar en contra del terrorismo y el lavado de dinero y actividades ilegales, las leyes federales requieren que todas las instituciones financieras obtengan, verifiquen y mantengan un archivo de información que identifique a cada persona que establezca una cuenta de ahorro. ¿Qué significa esto para usted? Cuando usted abre una cuenta de ahorro, nosotros necesitamos que usted y la persona autorizada a esta cuenta escriban su nombre, dirección de domicilio, fecha de nacimiento y otra información que nos permita identificar a usted y a la persona autorizada a esta cuenta. También le podemos pedir que nos presente su licencia de conducir u otra documentación.



Opciones de la Cuenta HSA:

- Me gustaría comprar 50 cheques duplicados, incluyendo 10 tiquetes de depósito, a un costo de \$7.95. (Indíquelo en la parte B de las instrucciones en la parte de los instrucciones)
- Me gustaría una tarjeta de débito Visa® gratis a mi nombre para mi cuenta.
- Estoy interesado(a) en recibir una aplicación para invertir los fondos. (No asegurados con el sistema FDIC: acciones, depósitos afianzados y opciones para fondos mutuales)

Tipo de Depósito Inicial - Por favor, seleccione uno

- Regular
- Rotativo/Transferencia

(Por favor adjunte el formulario HSA para rotativos/transferencias o para rotativo de IRA)

Año de la Contribución (requerido)

--	--	--	--

Requisitos de Elgibilidad de HSA

- SI NO **Certificación del dueño de la cuenta-** Yo certifico que: (1) Yo estoy o fecha efectiva _____ cubierto con un plan individual o familiar de seguro calificado con un deducible alto (HDHP), un deducible _____, (2) Yo certifico que no estoy cubierto por ningún otro plan de seguro el cual ofrece los mismos beneficios que un (HDHP), solamente tengo el plan de seguro calificado con un deducible alto (3) No tengo derechos a beneficios de Medicare y (4) Yo no soy reclamado como dependiente en la devolución de la renta de otra persona.

Si usted ha contestado NO a las preguntas anteriores, entonces no es elegible para establecer una Cuenta de la Salud (HSA).

Su cuenta de ahorro HSA se considerará establecida para el propósito de impuestos en el primer día de elegibilidad bajo su HDHP, siempre y cuando usted haya firmado y escrito la fecha en el formulario HSA antes o después de dicha fecha. Si recibimos el formulario de solicitud después del primer día de elegibilidad bajo su HDHP, su cuenta HSA se considerará establecida el día y fecha en que usted firmó éste formulario de solicitud. Para recibir el tratamiento del impuesto por las distribuciones de dinero de su cuenta HSA, cualquier gasto médico calificado debe de ocurrir después de la fecha en que su cuenta ha sido establecida.

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)

Nombre										Inicial Apellido									
Número de Seguro Social										Fecha de Nacimiento									
Número de Calle (No P.O.Box)																			
Ciudad										Estado									
Código Postal					Número de Teléfono de su Casa														

Opción Para Solicitar La Segunda Tarjeta De Débito

- Me gustaría obtener una segunda tarjeta de débito Visa® GRATIS para el firmante autorizado mencionado en la parte de arriba.



Designación de Beneficiarios

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 mí, su interés y el interés de sus herederos terminarán 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 por completar y enviar la forma apropiada a HSA Bank. HSA Bank no me ha proveyendo consejo legal o de impuestos en respeto a mi designación de beneficiarios.

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 %
				<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Contingente	
				<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Contingente	

*para designar beneficiarios adicionales por favor visite nuestra pagina Web <http://www.hsabank.com/espanol/hsa%20beneficiarydesignation062104.pdf>

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 elijó 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 advera 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: *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 [*Cuenta de Ahorro de la Salud (HSA) Formulario 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.

HSA Bank® is a division of Webster Bank, N.A., Member FDIC

