

Formulario de designación de beneficiario de la HSA:



Instrucciones: complete todos los campos a continuación, luego, devuelva el formulario firmado y la documentación de respaldo a uno de los siguientes:

En línea: inicie sesión en su cuenta HSA. Si aún no ha creado su nombre de usuario y contraseña, hágalo en hsabank.com y, después, inicie sesión. A continuación, seleccione Resources (Recursos) en las opciones de navegación que aparecen a la izquierda y en la sección Secure Document Upload (Cargar documentos de manera segura), haga clic en Upload (Cargar).

Por correo electrónico: hsaforms@hsabank.com; Correo postal: HSA Bank, P.O. Box 939, Sheboygan, WI 53082

Los números de Seguro Social válidos deben estar archivados para que los beneficiarios designados puedan procesarlos.

Todos los campos son obligatorios.

Paso 1: información del titular de la cuenta

Nombre del empleador (si está patrocinado por un plan de empleador):				Nombre del titular de la cuenta (nombre, inicial del segundo nombre, apellido):							
Fecha de nacimiento:				Teléfono durante el día:							
Núm.de seguro social completo de 9 dígitos:				-			-				

Paso 2: designación de los beneficiario(s)

☐ **Nuevo(s) beneficiario(s):** la(s) siguiente(s) persona(s) o entidad(es) será(n) mi(s) beneficiario(s) primario(s) y/o contingente(s). Si no se indica ni primario ni contingente, la persona o entidad se considerará beneficiario primario.

☐ **Reemplazar beneficiario(s):** designo a la(s) persona(s) o entidad(es) mencionada(s) a continuación como mi(s) beneficiario(s) primario(s) y/o contingente(s) de esta HSA y, por la presente, revoco todas las designaciones previas de beneficiario(s), si las hubiera, hechas por mí.

☐ **Agregar beneficiario(s):** designo a la(s) persona(s) o entidad(es) mencionada(s) a continuación como(s) mi(s) beneficiario(s) principal(es) y/o contingente(s) de esta HSA. Esta lista complementa, pero no reemplaza, al/a los beneficiario(s) previamente designado(s) por mí en la fecha especificada.

Si no se indica ni primario ni contingente, la persona o entidad se considerará beneficiario primario. Si un beneficiario primario o contingente fallece antes que yo, su interés y el interés de sus herederos se extinguirán por completo, y la participación porcentual de cualquier beneficiario o beneficiarios restantes se incrementará de forma prorrateada. Si se designa más de un beneficiario primario y no se indican porcentajes de distribución, se considerará que los beneficiarios poseen porcentajes de participación iguales en la HSA. También se considerará que los beneficiarios contingentes múltiples sin porcentaje de participación indicado comparten partes iguales. Si no me sobrevive ningún beneficiario principal, el beneficiario o beneficiarios contingentes adquirirán la parte designada de mi HSA.

Si designa a su cónyuge como beneficiario primario o beneficiario contingente de la HSA, la disolución, terminación, anulación u otra terminación legal de su matrimonio revocará automáticamente dicha designación.

Nombre y dirección (o del fideicomiso y fideicomisario)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) (fecha de creación, si es un fideicomiso)	Número de seguro social (TIN, si es un fideicomiso)	Relación	Primaria o contingente	Porcentaje % (debe ser un número entero)
				<input type="checkbox"/> Contingente <input type="checkbox"/> primario	%
				<input type="checkbox"/> Contingente <input type="checkbox"/> primario	%
				<input type="checkbox"/> Contingente <input type="checkbox"/> primario	%
				<input type="checkbox"/> Contingente <input type="checkbox"/> primario	%

Paso 3: estado civil

☐ No estoy casado/a: entiendo que, si me caso en el futuro, debo completar un nuevo *Formulario de designación de beneficiario de la HSA*.

☐ Estoy casado/a: entiendo que, si elijo designar a un beneficiario principal que no sea mi cónyuge, este deberá firmar a continuación.

Soy el cónyuge del Titular de la cuenta mencionado anteriormente. Reconozco que he recibido una divulgación justa y razonable de las obligaciones financieras y patrimoniales de mi cónyuge. Debido a las importantes consecuencias fiscales de renunciar a mi interés en esta HSA, me han aconsejado que consulte a un profesional de impuestos. Por el presente documento, le doy al Beneficiario de la HSA cualquier interés que tenga en los fondos o la propiedad depositados en esta HSA y doy mi consentimiento a la(s) designación(es) de beneficiario(s) indicada(s) anteriormente. Asumo toda la responsabilidad por las consecuencias adversas que puedan derivarse. HSA Bank no me brindó asesoramiento fiscal o legal.

Firma del cónyuge:	Fecha:	Firma del testigo: <i>(Obligatorio. No puede ser su cónyuge. Debe tener 18 años o más).</i>	Fecha:
Firma del titular de la cuenta:	Fecha:	Firma del testigo: <i>(Obligatorio. No puede ser su cónyuge. Debe tener 18 años o más).</i>	Fecha:

Complete lo siguiente solo si designa a un beneficiario primario que no sea su cónyuge.

Estado de _____ Condado de _____

En este sentido, el día _____ de _____, 20_____, compareció personalmente ante mí, un notario público, el abajo firmante, _____, el cónyuge del titular de la cuenta mencionado anteriormente, conocido por mí (o probado satisfactoriamente) como la persona cuyo nombre está suscrito en el instrumento interno, y reconoció que ejecutó el mismo para los fines contenidos en el mismo.

En testimonio de lo ello, coloco mi firma y sello oficial. _____
Notario público