



# FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE LA CUENTA HSA

Información del titular de la cuenta (Escribir en letra de molde)			No. de identificación de la cuenta de gastos							
			S	A						
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	No. de Seguro Social (si desconoce el No. de SA)							
Dirección										
Ciudad	Estado	Código postal	No. de teléfono durante el día							
Dirección de correo electrónico del titular de la cuenta		Nombre del empleador								

### Información del beneficiario

- Quiero revocar mis designaciones de beneficiarios anteriores** y no nombrar beneficiarios específicos. Si no hay en el archivo de Further una designación de beneficiarios específicos al momento de su muerte, su cónyuge legal se considerará su beneficiario. Si no tiene un cónyuge legal, los fondos se les pagarán a sus herederos.
- Quiero cambiar mis beneficiarios primario y secundario** según se indica más abajo. Si no se indican los porcentajes, aplicarán partes iguales. Si un beneficiario muere antes que yo, entonces los porcentajes se ajustarán de forma proporcional. Entiendo que puedo cambiar estas designaciones en cualquier momento por medio del Centro de servicio para afiliados en línea o por escrito. **NOTA:** si vive en los estados de AZ, CA, ID, LA, NV, NM, TX, WA, WI necesita el consentimiento de su cónyuge para nombrar un beneficiario primario aparte de, o además de, su cónyuge.

Beneficiario(s) primario(s)				
Nombre y dirección	No. de Seguro Social	Relación	Fecha de nacimiento	Porcentaje

**Beneficiario(s) contingente(s)**  
Si no hay un beneficiario primario vivo al momento de mi muerte, por este medio específico que el valor de mi cuenta se debe distribuir a mis beneficiarios contingentes que se indican más abajo. **TOMAR EN CUENTA LO SIGUIENTE:** su beneficiario primario no puede ser su beneficiario contingente.

Nombre y dirección	No. de Seguro Social	Relación	Fecha de nacimiento	Porcentaje

**CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE: complete esta sección si su cónyuge no está nombrado como beneficiario primario Y usted vive en los estados de AZ, CA, ID, LA, NV, NM, TX, WA, WI.** Como cónyuge del titular de la cuenta que se nombra en este formulario, doy por este medio mi consentimiento para los beneficiarios designados en este formulario. Renuncio a mi derecho a ser beneficiario bajo esta cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Escribir en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

Testigo: Yo, un Notario Público, atestigüé la firma de este Consentimiento del cónyuge.

\_\_\_\_\_  
(Notario Público)

(sello)

### Firma del titular de la cuenta

Si no me sobrevive ningún beneficiario designado, mis intereses no distribuidos se deberán pagar según se contempla en los términos y condiciones de mi cuenta. Me reservo la facultad de cambiar, modificar o revocar esta designación por escrito en cualquier momento antes de mi muerte.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la cuenta HSA

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Ahorre tiempo: envíe este formulario en línea.** ¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para afiliados al 1-800-859-2144.

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>Para presentarlo en línea:</b><br>Ingrese a su cuenta en<br>hellofurther.com | <b>Enviar únicamente por correo electrónico protegido:</b><br>further.documents@hellofurther.com | <b>Enviar por fax a:</b><br>866-231-0214 | <b>Enviar por correo postal a:</b><br>P.O. Box 64193<br>St. Paul, MN 55164-0193 |
|---|--|--|---|