

# Membresía de Everence Federal Credit Union y Solicitud de Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)



Favor de proporcionar la siguiente información y devolver la solicitud completa a su sucursal local de Everence o envíela por correo a Everence HSA Administration, 2160 Lincoln Highway E., Suite 20, Lancaster, PA, 17602. También puede enviar la solicitud por fax al 717-735-8331. La membresía en Everence requiere un depósito mínimo de \$5 en una cuenta de ahorros principal. Este dinero es suyo, pero \$5 deben permanecer en la cuenta mientras sea miembro de Everence. **Envíe su depósito inicial con esta aplicación.**

## Información de membresía

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Licencia de conducir \_\_\_\_\_  
Estado Número Expiración

Por motivos de seguridad e identificación:

Apellido de soltera (materno) \_\_\_\_\_ Palabra clave \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

## Elegibilidad de la membresía

Soy miembro, empleado o estudiante de una iglesia u organización menonita o anabautista.

Nombre de la iglesia u organización: \_\_\_\_\_ ,

Yo, o un familiar directo, poseo otro producto de Everence. Nombre del miembro de la familia \_\_\_\_\_ , o

Comparto valores consistentes con la comprensión anabautista de la mayordomía cristiana (Salmo 24: todo lo que soy y todo lo que tengo proviene de Dios) y, en respuesta a la generosidad de Dios, practico la mayordomía de todos mis recursos.

## Abrir una cuenta de ahorros para la salud (marque todo lo que corresponda)

Estoy certificando que estoy **inscrito o me inscribo** en un plan de salud calificado con un deducible alto.

**Fecha de entrada en vigor:** \_\_\_\_\_

Seleccione el tipo de cuenta:  HSA estándar  HSA de inversión

Si seleccionó una HSA de inversión, ingrese la cantidad que desea mantener en su cuenta de cheques HSA antes de invertir en fondos mutuos. El saldo mínimo (umbral de inversión) que debe tener en su cuenta de cheques HSA antes de poder invertir montos adicionales de \$500 o más en fondos mutuos es de \$1,000. Cuando el saldo de la cuenta de cheques de su HSA supera su umbral de inversión en al menos \$500, el dinero se invierte automáticamente de acuerdo con sus elecciones de inversión.

\$ \_\_\_\_\_ (\$1,000 mínimo)

Me gustaría transferir fondos de otra cuenta HSA a una cuenta HSA de Everence.

Si su empleador lo solicita, ¿autoriza a Everence a compartir su número de cuenta y número de ruta de Everence HSA con el fin de hacer contribuciones a su cuenta HSA?  Sí  No

## Opciones de distribución de HSA

Puede seleccionar cualquiera de las siguientes opciones para retirar fondos de su HSA para gastos médicos calificados:

Me gustaría que se emitiera una tarjeta de débito Everence HSA a mi nombre. Entiendo que no hay ningún cargo por la tarjeta inicial. Me referiré al acuerdo y divulgación de la tarjeta de débito HSA para conocer las limitaciones en el uso de esta tarjeta. Mi solicitud de una tarjeta de débito HSA se procesará una vez que haya actividad en la cuenta.

Me gustaría pedir cheques de HSA. Entiendo que el cargo por los cheques (y cualquier pedido posterior) se debitará de mi cuenta de depósitos HSA. (La información sobre el costo de comprar cheques está disponible en Everence). Mi solicitud de cheques de HSA se procesará solo si se realizan contribuciones por un total de \$50 a mi cuenta HSA dentro de los 60 días posteriores al momento en que Everence reciba esta solicitud.

Prefiero solicitar retiros utilizando un formulario de solicitud de distribución (disponible en Everence) y que me envíen un cheque. Entiendo que las solicitudes de retiro incurrirán en una tarifa, que se debitará de mi cuenta HSA.

## Designación del beneficiario de la HSA

En el momento de su muerte, los beneficiarios principales que se mencionan a continuación recibirán los activos de su HSA. Si no hay ningún beneficiario principal vivo en el momento de su muerte, el saldo de la cuenta se distribuirá a los beneficiarios secundarios. Los beneficiarios pueden ser una persona, un fideicomiso,\* una organización benéfica o su patrimonio. Puede cambiar de beneficiario en cualquier momento y con la frecuencia que desee. Cualquier cambio de beneficiario está sujeto a las reglas que establezcamos y no entrará en vigor hasta que recibamos una notificación por escrito. Si va a nombrar a más de un beneficiario principal, debe indicar qué porcentaje recibirá cada uno. El total debe ser igual al 100%. Si no asigna un porcentaje para ningún beneficiario principal, todos los beneficiarios principales compartirán por igual. (Consulte el Acuerdo de Custodia de la HSA para conocer las disposiciones sobre la distribución de beneficios por fallecimiento).

*\*Si designa un fideicomiso como beneficiario, deberá proporcionar el nombre y la dirección de cada fideicomisario, la fecha en que se estableció el fideicomiso, el nombre del fideicomiso y el número de identificación del contribuyente del fideicomiso.*

### Beneficiarios principales

Nombre	Dirección	Relación	Fecha de nacimiento	Número de Seguro social	Porcentaje de participación

### Beneficiarios secundarios

Nombre	Dirección	Relación	Fecha de nacimiento	Número de Seguro social	Porcentaje de participación

## Consentimiento conyugal

Se debe considerar el consentimiento del cónyuge si la residencia del propietario de la HSA se encuentra en un estado de bienes comunitarios o conyugales.

- No estoy casado.** Entiendo que si me caso en el futuro, debo revisar los requisitos para el consentimiento del cónyuge.
- Estoy casado.** Entiendo que si elijo designar a un beneficiario principal que no sea o además de mi cónyuge, mi cónyuge debe firmar a continuación.

**Consentimiento conyugal para fines de bienes gananciales** (no se aplica si el cónyuge es nombrado beneficiario principal) Doy mi consentimiento para la designación de beneficiario en este formulario y acepto convertir esta HSA en la propiedad separada de mi cónyuge que se distribuirá como se muestra en este formulario después de la muerte de mi cónyuge. Entiendo que al firmar este consentimiento, estoy renunciando a mis derechos actuales de propiedad comunitaria/conyugal en esta HSA y a mis derechos de propiedad comunitaria/conyugal en cualquier contribución futura a esta HSA. Además, entiendo que no puedo revocar este consentimiento en el futuro. Sin embargo, este consentimiento será revocado automáticamente si mi cónyuge modifica esta designación de beneficiario durante mi vida.

Firma del cónyuge

Date

## **Poder notarial limitado de HSA (opcional)**

---

Las regulaciones requieren que solo una persona pueda ser propietaria de una HSA. Debido a esto, es posible que desee que su cónyuge tenga la capacidad de emitir cheques o que se le emita una tarjeta de débito. Para hacer esto, debe designar a esa persona como poder notarial limitado en su HSA.

Entiendo que el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), considera a las HSA como cuentas de propietarios individuales y que mi HSA no se puede mantener conjuntamente. Sin embargo, Everence Federal Credit Union me permite designar a mi cónyuge como el poder notarial limitado de mi HSA para que actúe en mi nombre solo en relación con esta cuenta. Al hacer esta designación, acepto permitir que mi cónyuge tenga acceso completo a todos los fondos, información de saldo y transacciones relacionadas con esta cuenta. Esta designación permanece en vigor hasta que notifique por escrito a Everence de su terminación, y no será terminada por mi discapacidad o incompetencia.

Nombre del cónyuge designado como poder notarial \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Seguro Social o número de identificación fiscal \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

El apellido de soltera (materno) \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Favor de enviarle a mi cónyuge una tarjeta de débito Everence HSA emitida a su nombre (mencionada anteriormente) para mi HSA.

## **Informes de crédito**

---

A menos que marque la casilla a continuación, mi firma autoriza a Everence Federal Credit Union a acceder a la información sobre mi historial de crédito (necesaria para la aprobación del préstamo) y a informar a las agencias de crédito.

No autorizo un informe sobre mi historial crediticio en este momento.

## **Certificación de retención adicional**

---

Bajo pena de perjurio, certifico que:

- El número de seguro social que se muestra arriba es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando que se me emita un número), y
- No estoy sujeto a la retención adicional porque estoy exento de la retención adicional; El IRS no me ha notificado que estoy sujeto a una retención adicional como resultado de no informar todos los intereses o dividendos; o el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional (**si el IRS le ha notificado que actualmente está sujeto a la retención adicional, debe tachar esta oración**), y
- Soy ciudadano (o extranjero residente) de los Estados Unidos.

*El IRS no requiere su consentimiento para ninguna disposición del documento que no sean las certificaciones requeridas para evitar la retención adicional.*

## Declaración de entendimiento

Al firmar a continuación, nombro a Everence Federal Credit Union como Custodio de mi HSA y hago las siguientes declaraciones:

- Confirmando recibir los siguientes documentos de Everence Federal Credit Union y acepto los términos y condiciones de los mismos, así como los que puedan ser modificados de vez en cuando:
  - Declaración de Divulgación de la HSA y Acuerdo de Custodia
  - Términos y Condiciones de Inversión de HSA, si corresponde.
  - Divulgaciones de membresía (que incluyen el acuerdo de cuenta, la divulgación de la cuenta compartida, la declaración de privacidad y una explicación de la ley "Patriot Act" de EE.UU.
  - Lista de tarifas
  - Información de tasas de Veracidad en los Ahorros
- Estoy estableciendo esta HSA exclusivamente con el propósito de pagar o reembolsar mis gastos médicos calificados y los de mi cónyuge y dependientes.
- Declaro que, a menos que esta cuenta se utilice únicamente para recibir transferencias directas o contribuciones de reinversión, soy elegible para abrir y contribuir a una HSA.
- Es mi responsabilidad comprender y cumplir con todas las leyes y regulaciones que rigen las HSA. Entiendo que soy el único responsable de determinar las consecuencias fiscales de las acciones tomadas por mí con respecto a mi HSA. Acepto eximir al custodio de toda responsabilidad contra todas y cada una de las reclamaciones o pérdidas que surjan de mis acciones.
- No he recibido ningún asesoramiento fiscal o legal de Everence Federal Credit Union.
- Entiendo que puedo revocar esta HSA en o antes de siete días después de que se establezca la HSA.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\*Se requiere la firma del cónyuge si él o ella figura como el poder notarial limitado de la HSA.*

**Nota: Por favor separe y conserve el Acuerdo de Custodia y la Declaración de Divulgación de Everence HSA adjuntos para sus registros.**

Para uso exclusivo de la administración de HSA

HSA abierta por \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

Kit de bienvenida enviado el \_\_\_\_\_

### Everence Federal Credit Union

2160 Lincoln Highway E., Ste. 20  
Lancaster, PA 17602-1150  
everence.com

Línea gratuita: 800-451-5719  
Teléfono: 717-735-8331  
infocu@everence.com