

Formulario de Beneficiarios de la Cuenta de HSA

Este formulario permite a los afiliados actuales de la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) modificar la información de sus beneficiarios.

Instrucciones

Complete este formulario y devuélvalo a EMPOWER por correo postal, fax o correo electrónico:

EMPOWER
7309 E 21st St N Suite 110
Wichita, KS 67206

Fax: (316) 687-2113

customerservice@empowerflex.com

Información del Titular de la Cuenta de HSA

Empleador _____	Número de Seguro Social (los últimos cuatro dígitos) _____
Empleado _____	Fecha de Nacimiento ____/____/____

Información de los Beneficiarios

Tenga en cuenta: Todos los beneficiarios existentes en la cuenta serán eliminados y reemplazados por los beneficiarios indicados a continuación. Si necesita agregar más de dos beneficiarios, por favor imprima tantas copias de este formulario como sea necesario.

Beneficiario			
Relación	☐ Cónyuge	☐ Dependiente	☐ Sucesión ☐ Otro
Primer Nombre	_____	Apellido	_____
Inicial del Segundo Nombre	_____	Número de Seguro Social	_____
Fecha de Nacimiento	____/____/____		
Dirección	_____		
Dirección	_____		
Ciudad	_____	Estado	_____
Tipo	☐ Primario	☐ Contingente	Código Postal _____
Porcentaje de Participación	_____%		

Firma _____

Fecha ____/____/____