

Solicitud de cuenta de ahorros de salud (Health Savings Account, HSA)

Línea telefónica gratuita: 1-800-791-9361. Ahorre tiempo abriendo su cuenta a través de optumbank.com. ¡Es rápido y fácil!

Para evitar demoras en el procesamiento, complete todos los campos de la solicitud. Los campos con asterisco (*) son obligatorios.

Envíe por correo la solicitud completa a:
Optum Bank, P.O. Box 30777
Salt Lake City, UT 84130

O bien, envíe por fax ambos lados de este formulario al:
1-800-765-6766

PARTE 1: Información personal: titular de la cuenta

*N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal [][][] - [][] - [][][][]		*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) [][] / [][] / [][][][]		
*Primer nombre	Inicial del segundo nombre	*Apellido		
*Dirección (no puede ser una casilla postal)	Apto. N.º	*Ciudad	*Estado	*Código postal
Dirección postal (si es distinta a la dirección indicada anteriormente)	Apto. N.º	Ciudad	Estado	Código postal
*Teléfono particular ([][][]) [][][] - [][][][][]	Teléfono laboral ([][][]) [][][] - [][][][][] Intern [][] o [][]			
*Código de verificación (por ejemplo, el apellido de soltera de su madre) Se utilizará con fines de seguridad (máximo de 10 letras)				
Dirección de correo electrónico				

PARTE 2: Solicitud de tarjeta de débito adicional (opcional)

Si desea solicitar una tarjeta de débito MasterCard® para la cuenta de ahorros de salud para que la utilice un usuario autorizado, ya sea su cónyuge u otro dependiente elegible, complete la siguiente sección.

Primer nombre del usuario autorizado	Inicial del segundo nombre	Apellido
--------------------------------------	----------------------------	----------

PARTE 3: Información sobre el plan médico/plan de salud con alto deducible (High deductible health plan, HDHP)

*Aseguradora o compañía de seguro médico OSI Restaurant Partners, LLC	*N.º del grupo o plan de seguro médico 742848
N.º de identificación de miembro de HDHP (puede encontrarlo en su tarjeta de identificación)	*Fecha de entrada en vigencia de HDHP [][] / [][] / [][][][]
*¿Quién está cubierto? (marque una opción): <input type="checkbox"/> Individuo <input type="checkbox"/> Familia (individuo + dependientes)	
*¿Realiza su inscripción en una HSA a través de su empleador? (marque una opción): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de su empleador:

DÉ VUELTA LA PÁGINA Y COMPLETE
AMBOS LADOS DE ESTA SOLICITUD >

DISPOSICIÓN DE LA LEY ANTITERRORISTA DE LOS ESTADOS UNIDOS (PATRIOT ACT):

Para ayudar al gobierno a luchar contra el financiamiento del terrorismo y las actividades de lavado de dinero, la ley federal exige que todas las instituciones financieras obtengan, verifiquen y registren información que identifique a cada persona que abra una cuenta. Cuando abra la cuenta, le preguntaremos su nombre, dirección, fecha de nacimiento y demás información que nos permita identificarle. Es posible que también le solicitemos que nos muestre su licencia de conducir u otros documentos que le identifiquen.

PARTE 4: Información del beneficiario (opcional)

Si no designa a un beneficiario, los fondos irán a su cónyuge legal, si tuviera. Si no está casado en el momento de su fallecimiento, los fondos irán a su patrimonio. Puede actualizar esta información cuando su cuenta esté abierta y, para ello, debe iniciar sesión en su cuenta.

PARTE 5: Firma obligatoria (lea antes de firmar)

Al firmar a continuación, reconozco y certifico lo siguiente:

- Deseo establecer una Cuenta de ahorros de salud ("HSA") con Optum Bank como custodio.
- Comprendo los requisitos de elegibilidad para los depósitos realizados en mi HSA e indico que califico para realizar depósitos en esta cuenta. He revisado esta solicitud, y comprendo y acepto que mi HSA se abrirá de acuerdo con el Contrato de depósito y custodia de Optum Bank y se registrará por él, y que los términos y condiciones que figuran en dicho contrato serán vinculantes para mí. Recibiré este documento cuando se abra mi cuenta, junto con la Política de privacidad y la Lista de tarifas de Optum Bank.
- Autorizo a Optum Bank para que proporcione información sobre mi HSA, lo que incluye mi número de cuenta, a mi empleador (si corresponde) y a aquellos que actúen en nombre de mi empleador o de Optum Bank (si corresponde), en relación con el establecimiento y mantenimiento de mi HSA.
- Reconozco que mi empleador y todos aquellos que actúen en nombre de mi empleador (si corresponde) pueden proporcionar información en mi nombre para establecer y mantener mi HSA, y autorizo a mi empleador y a su personal designado para que tomen las medidas que mi empleador considere necesarias y apropiadas para administrar mi HSA, lo que incluye, entre otras medidas, realizar depósitos y corregir errores, cuando sea necesario.
- Comprendo que podré acceder a los estados de cuenta mensuales de manera electrónica. Acepto notificar a Optum Bank si deseo que me envíen los estados de cuenta por correo a mi domicilio particular.
- He solicitado una tarjeta de débito MasterCard para la cuenta de ahorros de salud (HSA) y, en caso de haber completado la información para solicitar una tarjeta de débito adicional, por la presente solicito a Optum Bank que emita una tarjeta de débito asociada a mi cuenta para la persona indicada, y reconozco que seré responsable del uso que dicho usuario autorizado haga de la tarjeta de débito.
- Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa.

X _____

*Titular de la cuenta (firma obligatoria)

_____ Fecha

IMPORTANTE: no podemos procesar esta solicitud sin su firma.

PARTE 6: Depósito inicial

Lo notificaremos cuando su solicitud esté aprobada y se haya abierto su cuenta. Luego, puede iniciar sesión en su cuenta para realizar depósitos. O bien, puede descargar un formulario de contribución/depósito del sitio web optumbank.com y devolverlo con un cheque o giro postal.