

Una guía para sus beneficios sindicales de 2026

Inscríbase por medio de
Your Benefits Resources

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

make it yours



standard
logistics



Bienvenido



Tenemos el gusto de compartir con usted esta perspectiva general de nuestro programa de beneficios para 2026. Ya sea que esté recién contratado o sea empleado con antigüedad, tiene muchas opciones para tomar decisiones de atención médica que cubran sus necesidades específicas y diversas.

- **Información sobre la inscripción:** Su año del plan es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. Los recién contratados deben inscribirse en un plazo de 30 días a partir de la fecha de contratación. Todas las inscripciones se hacen por medio del sitio web Your Benefits Resources™ (YBR).
- **Inscripción anual:** Por lo general es en noviembre. Se le exhorta a que cada año se inscriba de manera activa, para que se asegure de tener la cobertura de los beneficios médico, dental, de la vista y de recetas, así como contribuciones a las Cuentas de gastos flexibles (FSA) o a una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA).
- **Eventos de vida calificados:** Los cambios en la cobertura que se deban a eventos tales como matrimonio, divorcio, nacimiento/adopción o pérdida/ganancia de otra cobertura se deben hacer en un plazo de 31 días en el sitio web de YBR. Permita de una a dos semanas para el procesamiento administrativo de estos cambios.
- **Ayuda:** Si tiene preguntas o necesita apoyo con la inscripción, comuníquese con **Your Benefits Resources** al **855-564-6155**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este, o visite myhranywhere.com/benefits.

Índice

	Bienvenido.....	2
	¿Quién califica para el programa de beneficios?	3
	Inscripción en sus beneficios de salud y bienestar	4
	Sus opciones de planes médicos, dentales y de la vista	5
	Programas adicionales de bienestar	12
	Plan de ahorros para la jubilación 401(k).....	16
	Contactos de beneficios	18
	Avisos generales	20



¿Quién califica para el programa de beneficios?

Antes de inscribirse en la cobertura, asegúrese de revisar la información siguiente. Usted califica para participar en el programa de beneficios de su compañía si es un empleado sindicalizado de GAF o SGI de tiempo completo basado en EE.UU. La cobertura tiene vigencia en su fecha de contratación, pero tome en cuenta que se necesita tiempo para el procesamiento administrativo. Una vez que pueda registrarse en el sitio web [Your Benefits Resources](#), las aseguradoras actualizarán su elegibilidad y cobertura a partir de su fecha de vigencia.

Entre sus **dependientes elegibles** se incluyen:

- Su cónyuge de matrimonio legal (consulte en esta página la información de cónyuge/pareja doméstica que trabaja);
- Su hijo/hijos propios o de su cónyuge que tengan menos de 26 años. Se incluyen los hijos naturales, hijastros, hijos adoptados legalmente, hijos colocados en adopción o hijos para quienes usted o su cónyuge tengan la tutela legal; tome en cuenta que los hijos dependientes pueden tener cobertura hasta que termine el mes en que cumplan 26 años;
- Los hijos solteros de 26 años de edad o mayores que estén o queden discapacitados y que dependan de usted.
- Su cónyuge por derecho común al amparo de las leyes del estado en el que se casaron. La elegibilidad del estado puede cambiar; y
- Una pareja doméstica (del mismo género o de género opuesto). Consulte más abajo los criterios de elegibilidad y las implicaciones fiscales.

Ingreso imputado a la pareja doméstica: El valor de la cobertura médica para una pareja doméstica se considera como ingreso imputado sujeto a impuestos a nivel federal, a menos que la pareja sea dependiente fiscal, tal como lo defina el IRS (el empleado suministra más de 50% del apoyo financiero de la pareja doméstica y el empleado declara que la pareja doméstica es su dependiente en los formularios fiscales). Se requiere una certificación anual de la situación como dependiente fiscal para renunciar al ingreso imputado.

Criterio de elegibilidad de la pareja doméstica: No debe estar casado con/ser pareja de otro, no estar emparentado por sangre a un grado prohibido, compartir responsabilidades conjuntas y obligaciones financieras. Debe tener por lo menos 18 años, compartir la misma residencia permanente por 12 meses antes de la inscripción, ser competente mentalmente y ser interdependiente a nivel financiero.

Recargo por cónyuge/pareja doméstica que trabaja: Se aplica un recargo de \$100 al mes si un cónyuge/pareja doméstica tiene acceso a su propia cobertura médica de grupo patrocinada por el empleador y tiene cobertura de un plan médico de la compañía. Este recargo no se aplica si ambas personas trabajan en su compañía o si el cónyuge/pareja doméstica no tiene acceso a la cobertura médica de grupo. No se aplica a la cobertura dental o de la vista.

Verificación de dependientes: Para mantener la eficiencia en costos y asegurar la asignación adecuada de los beneficios, su compañía utiliza a Alight Solutions para las auditorías de elegibilidad de dependientes. Si se agrega a un dependiente, el Centro de verificación de dependientes de Alight Solutions solicitará documentos. Si no se envían los documentos requeridos antes de la fecha límite (usualmente 45 días calendario), se eliminará al dependiente de la cobertura y no será elegible para COBRA.



Consejo

Usted podrá enviar los documentos al Centro de verificación de dependientes ya sea en línea, por fax o correo por USPS. Para tener los resultados más rápidos, suba sus documentos al sitio web de [Your Benefits Resources](#). **Si tiene planes de enviar los documentos por correo, asegúrese de enviar copias solamente. Nunca envíe los documentos originales.** Todos los documentos impresos que envíe se van a destruir una vez que termine el proceso de verificación de dependientes. Recuerde también conservar copias de lo que envió.

Observe que esta guía es solo para referencia. Los detalles de la elegibilidad para los beneficios se encuentran en el Acuerdo de Negociación Colectiva (CBA) específico de su sindicato.





Inscripción en sus beneficios de salud y bienestar

Inscripción Anual

Por lo general, la Inscripción Anual se realiza en noviembre. Inscribese por medio del sitio web Your Benefits Resources en myhranywhere.com/benefits (accesible con [un solo inicio de sesión](#) en la red de la compañía) o con la aplicación Alight Mobil. También puede llamar a Your Benefits Resources al 855-564-6155. Asegúrese de inscribirse activamente cada año para obtener la cobertura que necesita a nivel médico, dental, de la vista o de medicamentos con receta. Le recomendamos que revise sus opciones cada año, aunque tenga previsto conservar su plan actual. Recuerde que si es elegible para una Cuenta de gastos flexibles (FSA) o una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA), cada año debe elegir las contribuciones. Si necesita ayuda durante la inscripción, considere usar la herramienta “Help Me Choose” (Ayúdeme a elegir) para recibir recomendaciones personalizadas para su cobertura.

Las elecciones que haga durante la Inscripción Anual tienen vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año del plan. Todo cambio en los beneficios que haga en noviembre de 2025 tendrá vigencia el 1 de enero de 2026. Usted no puede cambiar la cobertura hasta la siguiente Inscripción Anual, a menos que tenga un evento de vida calificado.

Si está recién contratado, tiene 30 días desde su fecha de contratación para inscribirse en los beneficios para el resto del año calendario. La única ocasión en que puede hacer cambios después de sus primeros 30 días es durante la Inscripción Anual (para una cobertura con vigencia del 1 de enero del siguiente año) o cuando tenga un evento de vida calificado (nacimiento, adopción, matrimonio, pérdida de otra cobertura, etc.).

Eventos de vida calificados: Cambios a mitad del año

Debe hacer cambios a su cobertura a menos de 31 días de que ocurra un evento de vida calificado. Para actualizar su cobertura, visite el sitio web [Your Benefits Resources](#). Los siguientes son ejemplos de eventos que le permiten realizar cambios a sus beneficios actuales durante el año del plan:

- Matrimonio
- Divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción/colocación de un hijo

- Muerte de su cónyuge o de un hijo dependiente
- Pérdida o ganancia de cobertura
- Cambio de situación laboral del empleado, cónyuge o hijo dependiente
- Calificación por parte del administrador del plan de una orden de manutención de los hijos para la cobertura médica

Tome en cuenta que el tiempo administrativo para las aseguradoras y para que el área de nómina se ponga al tanto y procese el evento puede tardar de una a dos semanas.

Declaración de confirmación de inscripción en los beneficios

Una vez que complete su inscripción, puede imprimir su confirmación. Después de que cierre la inscripción, también recibirá por correo una declaración de confirmación. Compárela con su copia impresa y si tuviera preguntas o inquietudes, comuníquese con Your Benefits Resources antes del 31 de diciembre.

Emisión de la tarjeta de identificación

Cuando corresponda, se enviarán por correo las tarjetas de identificación físicas al domicilio particular en el expediente del miembro inscrito (con las excepciones de Cigna y Anthem BCBS), y las tarjetas de identificación digitales estarán disponibles por medio del portal para miembros en línea de la aseguradora y/o la aplicación para dispositivos móviles de la aseguradora.

Ciertos documentos del plan de beneficios y otras divulgaciones, como las determinaciones de reclamos, se pudieran suministrar por medios electrónicos. Si desea cambiar su dirección de correo electrónico preferida u optar por no recibir divulgaciones electrónicas, comuníquese con la aseguradora o proveedor específico. Cuando corresponda, se enviarán por correo las tarjetas físicas al domicilio particular en el expediente del miembro inscrito y las tarjetas digitales estarán disponibles por medio del portal para miembros en línea de la aseguradora y/o la aplicación para dispositivos móviles de la aseguradora. Visite [Your Benefits Resources](#) para ver si su aseguradora va a emitir una nueva tarjeta de identificación.





Sus opciones de planes médicos, dentales y de la vista



Opciones de plan médico 6

Revise sus opciones del plan médico, que incluyen información sobre medicamentos con receta, suplementos médicos voluntarios y más.



Cuenta de ahorros/gastos antes de impuestos..... 9

Entérese sobre su Cuenta de ahorros para gastos médicos, Cuentas de gastos flexibles y Beneficios de transporte interurbano.



Opciones de plan Dental 10

Examine las diversas opciones dentales que tiene disponibles.



Cobertura del plan de cuidado de la vista 11

Encuentre la cobertura de la vista adecuada que atienda sus necesidades.





Puede elegir entre cuatro diseños de plan de cobertura médica que ofrecen compañías de seguros médicos a nivel nacional (Aetna, Anthem BCBS, Cigna y UnitedHealthcare) y compañías de seguros médicos a nivel regional (Health Net, Dean/Prevea360, Kaiser Permanente, UPMC Health Plan, Medical Mutual y Priority Health), si están disponibles en su zona. Las compañías de seguros que tiene disponibles se basan en su código postal. Conozca sobre cada una de las compañías de seguros en el sitio web [Make It Yours](#).

Cada diseño de plan cuenta con diversos niveles de cobertura, de tal manera que puede elegir la opción más adecuada para sus necesidades. Los diseños del plan difieren en las contribuciones del cheque de nómina (primas) y los costos de su propio bolsillo de los servicios. Cada nivel de cobertura (Bronze, Bronze Plus, etc.) es igual entre las aseguradoras (por ej., Aetna Bronze es el mismo que Cigna Bronze).

Comparación de los beneficios médicos

	BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Tipo de opción	Opción de alto deducible con cuenta HSA	PPO	Opción de alto deducible con cuenta HSA	PPO
Contribuciones del cheque de nómina	\$	\$\$	\$\$	\$\$\$
Deducible anual - Usted paga				
Dentro de la red (individual/familiar)	\$3,400/\$6,800	\$2,300/\$4,600	\$1,700/\$3,400	\$800/\$1,600
Fuera de la red (individual/familiar)	\$3,400/\$6,800	\$4,600/\$9,200	\$1,700/\$3,400	\$1,600/\$3,200
¿Tradicional o verdadero familiar?	Tradicional	Tradicional	Verdadero familiar	Tradicional
Máximo anual de su propio bolsillo - Usted paga				
Dentro de la red (individual/familiar)	\$6,400/\$12,800	\$6,700/\$13,400	\$4,250/\$8,500	\$3,600/\$7,200
Fuera de la red (individual/familiar)	\$12,800/\$25,600	\$13,400/\$26,800	\$8,000/\$16,000	\$7,200/\$14,400
¿Tradicional o verdadero familiar?	Tradicional	Tradicional	Verdadero familiar	Tradicional
Beneficios dentro de la red - Usted paga				
Atención preventiva	\$0 Con cobertura del 100%, sin deducible	\$0 Con cobertura del 100%, sin deducible	\$0 Con cobertura del 100%, sin deducible	\$0 Con cobertura del 100%, sin deducible
Visita al consultorio del médico	25% después del deducible	\$30 por visita al PCP y \$50 por visita al especialista, sin deducible	25% después del deducible	\$25 por visita al PCP y \$40 por visita al especialista, sin deducible
Sala de emergencias	25% después del deducible	\$150, luego 30% después del deducible	25% después del deducible	Usted paga \$150, luego 20% después del deducible
Atención urgente	25% después del deducible	Usted paga \$50	25% después del deducible	Usted paga \$40
Atención para paciente hospitalizado	25% después del deducible	30% después del deducible	25% después del deducible	20% después del deducible
Atención para paciente ambulatorio	25% después del deducible	30% después del deducible, si no es visita al consultorio	25% después del deducible	20% después del deducible, si no es visita al consultorio

Si desea una mirada más detallada de estos planes y coberturas adicionales, visite [Your Benefits Resources](#).



Tipos de deducible del plan médico

Deducible tradicional (Bronze, Bronze Plus, Gold):

Una vez que la persona cumple con su deducible, comienzan los beneficios del seguro para esa persona. Los cargos de todos los demás miembros de la familia con cobertura seguirán contando para el deducible de la familia. Una vez que se alcanza el deducible de la familia, su seguro pagará los beneficios para todos los miembros de la familia con cobertura.

Deducible verdadero familiar (Silver): Se debe alcanzar todo el deducible familiar antes de que su seguro comience con los beneficios para los miembros de la familia que reciben cobertura.

¿Busca ahorrar más dinero?

Consideraciones para ahorrar costos: Revise “Why Should I Consider the Lowest Cost Carrier?” (¿Por qué debo considerar la aseguradora de menor costo?) El PDF está en [Make It Yours](#) y le ayuda a entender los precios y posibles ahorros de las aseguradoras regionales.

Conozca las aseguradoras que le cuestan menos por cheque de pago en su área y si es buena idea que se cambie a una aseguradora de menor costo. Puesto que una aseguradora pudiera ofrecer precios más competitivos en una zona que en otra, será la aseguradora con el costo más bajo en esa región, mientras que una aseguradora diferente será la de costo más bajo en otra región.

La aseguradora con el costo más bajo en su zona puede cambiar de un año al otro. Averigüe si los proveedores de usted y de su familia están en la red de la aseguradora con el menor costo. Si no lo están, tendrá que elegir si conserva a los mismos proveedores o si paga menos en deducciones del cheque de nómina antes de impuestos.

Exploración de la atención médica: El PDF “Where to Go for Care” (Dónde ir a recibir atención) en [Make It Yours](#) le orienta en los ajustes de atención adecuados (PCP, sala de emergencias, atención urgente, telesalud) para optimizar tiempo y costo.

Si utiliza la sala de emergencias para problemas que no sean de emergencia puede costarle más tiempo y dinero. A menudo, la gente con lesiones o enfermedades va al lugar equivocado. Por ejemplo, si tiene malestar estomacal, la sala de emergencias pudiera brindarle la atención más completa, pero es más caro que recibir atención por medio de telesalud o una visita a su PCP o a su centro de atención urgente. **Where to Go for Care** le explica a dónde ir, dependiendo de la lesión o enfermedad que tenga.

Segundas opiniones de expertos con 2nd.MD

Todos los planes médicos de la compañía incluyen segundas opiniones virtuales de cortesía de parte de médicos reconocidos a nivel nacional para problemas médicos graves y/o cirugías recomendadas sin costo adicional, si está inscrito en un plan médico de la compañía. Para comenzar, visite [2nd.MD/gaf](#) o llame al 866-887-0712.

Beneficios para formar una familia de Kindbody

No hay una sola manera de definir a una familia: vienen de todas las formas y tamaños. Para reconocer y apoyar las muchas direcciones en que puede crecer su familia, su compañía ofrece orgullosamente servicios de fertilidad, que son los mejores en su clase, por medio de Kindbody, líder en la industria de la planificación familiar.

KindCycles en la ruta hacia la fertilidad

Los servicios de fertilidad y planificación familiar de Kindbody están disponibles para usted y su cónyuge o pareja doméstica que esté inscrita en el plan médico de la compañía.¹ Los amplios servicios incluyen un límite de por vida hasta de dos paquetes de servicio, llamados KindCycles, basados en su opción médica.

El deducible, el coaseguro y/o el copago que correspondan se basan en el plan médico de la compañía que elija. Si tiene cobertura con un plan médico de alto deducible (HDHP), debe alcanzar un deducible de \$1,700 para la cobertura solo para el empleado (o \$3,400 para la cobertura familiar), que es aparte del deducible de su plan médico, tal como lo ordena el IRS.

Los servicios de fertilidad están cubiertos solo dentro de la red en las Clínicas Signature de Kindbody o en la red de clínicas asociadas de los Centros de Excelencia de Kindbody.

Sin importar el camino que elija, Kindbody está listo para apoyarle en su recorrido para formar una familia. Usted tendrá acceso a un equipo dedicado de navegación por la atención, que coordinará la gama completa de beneficios que tienen disponibles usted y su cónyuge/pareja doméstica con cobertura para darle tranquilidad en cada paso del camino.

Asistencia en la menopausia

La menopausia puede ser muy difícil para las mujeres. Kindbody ofrece apoyo completo, abordando los síntomas tanto físicos como psicológicos. Los beneficios incluyen programas de salud en ginecología, nutrición, acondicionamiento físico, mental, emocional, holística y sexual, con ocho sesiones de salud holística por usuaria. También se brinda acceso a los navegadores de atención, profesionales médicos y pruebas y terapia de hormonas en casa. Todas las inscritas en el plan médico reciben automáticamente apoyo para la menopausia de Kindbody.

¿Busca más información?

Visite el sitio web [Make It Yours](#) o comuníquese con Kindbody a employeebenefits@kindbody.com o al 855-747-1630.

¹ No se requiere un diagnóstico de infertilidad.

Comparación de los beneficios de recetas

La inscripción en el plan médico incluye la cobertura de medicamentos con receta. La cobertura depende de su plan médico y de la compañía de seguros de su elección. Antes de inscribirse, investigue la cobertura de sus medicamentos con cada aseguradora.

- Si se inscribe con una aseguradora a nivel nacional como Aetna, Anthem BCBS, Cigna o UnitedHealthcare, sus beneficios de farmacia estarán administrados por OptumRx.

Asegúrese de registrarse en el sitio web de OptumRx en optumrx.com para cotizar medicamentos, administrar sus recetas de pedido por correo, comparar medicamentos y más.

- Si se inscribe en un plan administrado por una compañía de seguros que no sea una de las ya mencionadas, sus beneficios de farmacia estarán administrados por esa compañía de seguros.

	BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Medicamentos preventivos	\$0*	\$0*	\$0*	\$0*
Suministro minorista de 30 días - Usted paga				
Nivel 1 (por lo general son medicamentos de marca y opciones con el costo más bajo)	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$12	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$10
Nivel 2 (por lo general son medicamentos de marca y opciones con costo medio)	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$60	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$40
Nivel 3 (por lo general son medicamentos de marca y opciones con el costo más alto)	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$80	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$60
Suministro de pedido por correo de 90 días - Usted paga				
Nivel 1 (por lo general son medicamentos de marca y opciones con el costo más bajo)	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$30	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$25
Nivel 2 (por lo general son medicamentos de marca y opciones con costo medio)	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$150	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$100
Nivel 3 (por lo general son medicamentos de marca y opciones con el costo más alto)	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$200	100% hasta que alcance el deducible y luego paga 25%	\$150

*Los medicamentos preventivos los determina OptumRx o la compañía de seguros a nivel regional. Debe tener la receta de un médico para el medicamento, aun para productos que se vendan sin receta (OTC), y debe usar una farmacia minorista dentro de la red o el servicio de pedido por correo.

Si desea una mirada más detallada de estos planes y coberturas adicionales, visite [Your Benefits Resources](#).



Una mirada más de cerca

La cobertura de los medicamentos varía según la compañía de seguros. Confirme la cobertura con OptumRx (para Aetna, Anthem BCBS, Cigna o UnitedHealthcare) o para su compañía de seguro médico. Para los medicamentos especializados, comuníquese con su compañía de seguro médico para saber su proceso específico.

Los miembros del plan Bronze Plus y Gold que usen pedidos por correo de 90 días se van a beneficiar al momento de la compra con copagos más bajos y un costo de su bolsillo más bajo. Para quienes estén inscritos en el plan Bronze o Silver, todo el dinero de sus medicamentos con receta se va a acumular para su deducible, lo cual le ayuda a alcanzar más pronto dicho monto.



Medicamento de mantenimiento

Para empleados que se inscriban con Aetna, Anthem BCBS, Cigna o UnitedHealthcare. El programa **CVS90 Savers de OptumRx** le brinda la opción de surtir un suministro de tres meses (90 días) de los medicamentos que toma con regularidad con el servicio a domicilio de Optum (Optum Home Delivery) o en una farmacia CVS. Su tiempo para inscribirse está limitado. Su plan cubre dos resurtidos con un mes de gracia con una farmacia minorista. Después de que se acabe el resurtido de gracia, pagará el precio completo de su medicamento. Si desea obtener más información visite optumrx.com.





Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Una Cuenta de ahorros para gastos médicos es una manera inteligente de ahorrar para el futuro. Cuando separa en la actualidad algo de dinero de cada cheque de pago, tendrá fondos de ayuda para cubrir los gastos de atención médica calificada que surjan. Además, es libre de impuestos, así que su dinero trabaja más arduamente para usted. La HSA de su compañía la administra [WEX](#).

Si se inscribe en un nivel de cobertura Bronze o Silver, será elegible para inscribirse en la HSA para separar dinero libre de impuestos para pagar gastos como copagos, deducibles y seguro médico, dental y de la vista.²

Límites a las contribuciones a la HSA en 2026

Nivel de cobertura	Límites del IRS en 2026
Empleado solamente	\$4,400
Empleado + Hijos	\$8,750
Empleado + Cónyuge/pareja doméstica	\$8,750
Empleado + Familia	\$8,750
Contribuciones adicionales (55 años o más)	\$1,000

Su contribución de empleado se financia cada periodo de pago. Si tiene 55 años de edad o más, puede hacer contribuciones adicionales (catch-up) de hasta \$1,000 en cada año del plan.

Una HSA tiene beneficios adicionales: es libre de impuestos cuando inicia, mientras aumenta y cuando la gasta. ¡Es su dinero siempre y usted determina su deducción! Mire este [video](#) para aprender más sobre los beneficios de contribuir a una HSA.

¿Necesita enviar un reclamo?

Cada año, la fecha para enviar un reclamo a [WEX](#) es el 31 de diciembre para los gastos incurridos en el mismo año calendario.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Cuenta FSA para cuidado de la salud

Su compañía ofrece dos FSA con ventajas fiscales: FSA para cuidado de la salud y FSA para cuidado de dependientes. Las dos son administradas por [WEX](#).

La FSA para cuidado de la salud le permite separar dinero de su cheque de nómina antes de impuestos para reembolsarse a sí mismo por gastos médicos, dentales y de la vista que califiquen. Cuando participa en una cuenta FSA, usted contribuye parte de su sueldo mediante la conveniencia de deducciones de nómina. La cantidad máxima que puede contribuir es \$3,400. Estas contribuciones son antes de que se deduzcan los impuestos federales y del Seguro Social, así que usted paga menos en impuestos.

Puede hacer cambios a su FSA para cuidado de la salud por los siguientes eventos de vida calificados, que incluyen nacimiento, órdenes de manutención infantil médicas calificadas (QMCSO), matrimonio y divorcio.

Cuenta FSA para cuidado de dependientes

La FSA para cuidado de dependientes se puede usar para reembolsarse a sí mismo por gastos que califiquen para cuidado de menores y dependientes, como el cuidado después de la escuela y el cuidado diurno de adultos. La FSA para cuidado de dependientes no se puede usar para reembolsar gastos de atención médica. Sin embargo, se puede usar para cubrir gastos para un dependiente calificado que tenga menos de 13 años. Puede usar esta cuenta sin estar inscrito en una cobertura médica. La cantidad máxima que puede contribuir al año es \$7,500. Puede hacer cambios a su FSA para cuidado de dependientes por los siguientes eventos de vida calificados, que incluyen cambios en el costo del cuidado de menores, o por iniciar o perder una relación de pareja doméstica.

Aviso importante: ¡Planifique con cuidado! A diferencia de una HSA, el dinero que se quede en una FSA al final de año no se le devuelve, así que es importante que calcule detenidamente sus gastos elegibles anticipados para el año siguiente. Mire este [video](#) con la descripción general de los planes de las cuentas FSA.

¿Necesita enviar un reclamo?

Todos los reclamos de la FSA para gastos incurridos en el año en curso deben enviarse antes del 31 de marzo del año siguiente por medio de [WEX](#).

Beneficios de transporte interurbano

El programa de beneficios de transporte interurbano, administrado por [WEX](#), le permite separar dinero antes y después de impuestos en una cuenta de ahorros para pagar gastos relacionados con el transporte interurbano hacia y desde el trabajo para transporte público, viajes compartidos y costos de estacionamiento relacionados con el trabajo.

Cuando se inscribe en el programa de beneficios de transporte interurbano, usted paga los costos de transporte interurbano con dinero antes de impuestos, hasta el límite fiscal del IRS de \$340 por mes. Los planes de beneficios de transporte interurbano funcionan de un mes al otro; puede hacer cambios en cualquier momento. Si se da cuenta que está gastando más o menos de lo esperado en algún momento del año, simplemente cambie el monto de su elección. Las elecciones de beneficios de transporte interurbano pueden hacerse o cambiarse en cualquier momento a lo largo del año en [Your Benefits Resources](#).

² Si los participantes eligen agregar fondos de su sueldo para pagar su cuenta HSA en el portal WEX, podría tener consecuencias negativas, como exceder los límites del IRS.



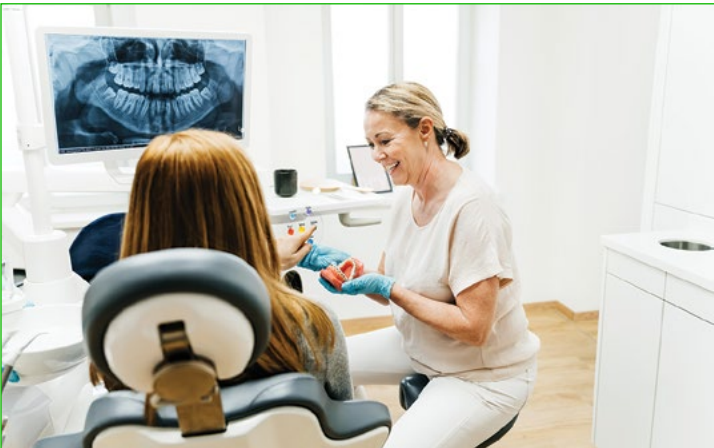
¡Mantenga sana su sonrisa! Elija el plan dental (Bronze, Silver o Gold) que sea más adecuado para sus necesidades y presupuesto. Las opciones varían según las primas, los deducibles, el coaseguro y los copagos. Puede inscribirse usted mismo, a su cónyuge/pareja doméstica elegible y a sus hijos. Cada aseguradora a nivel nacional (Aetna, Cigna, Delta Dental, MetLife, UnitedHealthcare) tiene sus propias redes de proveedores. Conozca más en el sitio web [Make It Yours](#).

Comparación de los beneficios dentales

	BRONZE	SILVER	GOLD
Deducible anual y límites del plan			
Deducible anual (individual/familiar)	\$100/\$300	\$100/\$300	\$50/\$150
Máximo anual (individual/familiar)	\$1,000 por persona	\$1,500 por persona	\$2,500 por persona
Máximo de por vida para ortodoncia*	Sin cobertura	\$1,500 por menor	\$2,000 por persona
Beneficios dentro de la red - Usted paga			
Atención preventiva	\$0 Cubierto al 100%, sin deducible	\$0 Cubierto al 100%, sin deducible	\$0 Cubierto al 100%, sin deducible
Atención de restauración menor (por ej., empastes, tratamiento de conducto radicular, tratamiento para la enfermedad de las encías y cirugía oral)	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Atención de restauración mayor (por ej., implantes, dentaduras)	100%; sin cobertura	40% después del deducible	20% después del deducible
Ortodoncia	100%; sin cobertura	50%, sin deducible; hijos hasta 19 años solamente	50%, sin deducible; para niños y adultos

*Si cambia de compañía de seguros, cualquier gasto en ortodoncia que haya incurrido con su aseguradora actual contará para su nuevo máximo de por vida para ortodoncia con la nueva aseguradora.

Si desea una mirada más detallada de estos planes y coberturas adicionales, visite [Your Benefits Resources](#).



Opciones del plan de la vista



Elija entre tres niveles de cobertura de la vista (Bronze, Silver, Gold) que ofrecen las aseguradoras nacionales y regionales como EyeMed, MetLife, UnitedHealthcare y VSP Vision Care. Estas opciones varían desde exámenes solamente hasta cobertura completa para anteojos, armazones y lentes de contacto. Antes de elegir, verifique si su médico oculista o tienda minorista actual forma parte de la red. Visite el sitio web [Make It Yours](#) para conocer más sobre cada una de las aseguradoras.

Comparación de los beneficios de la vista

	BRONZE	SILVER	GOLD
Beneficios dentro de la red - Usted paga			
Examen de la vista de rutina (uno por año del plan)	\$0; con cobertura del 100%	\$10	Con cobertura del 100%
Armazones (uno por año del plan)	Puede aplicarse un descuento	Todos los costos por arriba de la asignación de \$150*	Todos los costos por arriba de la asignación de \$200*
Anteojos (una vez por año del plan; los anteojos de primera calidad pueden costar más) - Usted paga			
Una graduación	Puede aplicarse un descuento	\$20	\$10
Bifocales	Puede aplicarse un descuento	\$20	\$10
Trifocales	Puede aplicarse un descuento	\$20	\$10
Progresivo estándar**	Puede aplicarse un descuento	\$20	\$10
Lenticulares	Puede aplicarse un descuento	\$20	\$10
Mejoras de lentes - Usted paga			
Tratamiento para luz UV	Puede aplicarse un descuento	Varía según la aseguradora	Varía según la aseguradora
Tinte - sólido y gradiente	Puede aplicarse un descuento	Varía según la aseguradora	Varía según la aseguradora
Recubrimiento estándar de plástico antirrayones	Puede aplicarse un descuento	Varía según la aseguradora	Varía según la aseguradora
Recubrimiento estándar antirreflejante	Puede aplicarse un descuento	Varía según la aseguradora	Varía según la aseguradora
Policarbonato estándar - adultos	Puede aplicarse un descuento	Varía según la aseguradora	Varía según la aseguradora
Policarbonato estándar - niños	Puede aplicarse un descuento	\$0	\$0
Otros agregados	Puede aplicarse un descuento	Descuento solamente	Descuento solamente
Lentes de contacto - Usted paga			
Medicamento necesarios	100%; sin cobertura	\$20	\$10
Electivos	100%; sin cobertura	Todos los costos por arriba de la asignación de \$150*	Todos los costos por arriba de la asignación de \$200*
Ajuste y evaluación	Puede aplicarse un descuento	\$20	\$10
Cirugía con láser - Usted paga			
Opcionales	15% de descuento en el precio minorista o 5%	Opcionales	15% de descuento en el precio minorista o 5%

*La asignación para un beneficio de la vista es un monto fijo en dólares que cubre su plan de seguro de la vista para artículos específicos. Si el artículo que elige cuesta más que la asignación, usted pagará la diferencia. Puede usar la cuenta FSA/HSA (tarjeta de débito de WEX) como ayuda para pagar artículos como armazones para lentes o lentes de contacto, pero no para las dos cosas.

**Los beneficios de la vista son para progresivos estándar. Los progresivos mejorados pudieran costar más y van a variar según la compañía de seguros.

Si desea una mirada más detallada de estos planes y coberturas adicionales, visite [Your Benefits Resources](#).





Programas adicionales de bienestar



Protección de sus ingresos..... 13

Infórmese acerca de sus beneficios de seguro de vida, contra accidentes y de enfermedad.



Sus beneficios de bienestar total..... 14

Infórmese acerca de su Programa de Asistencia para Empleados y su socio de salud financiera.



Otros beneficios..... 15

Revise todos sus beneficios disponibles para ayudar en la manutención de la familia y cuidado de mascotas, servicios de hipoteca y mucho más.





Seguro de vida

Su compañía proporciona automáticamente un seguro básico de vida a través de Securian Financiamiento sin costo para usted. Si es elegible, considere elegir un seguro opcional de vida para usted y sus dependientes con cobertura para proteger los ingresos de su familia contra lo inesperado. Si desea una mirada más detallada de sus beneficios de seguro de vida, visite [Your Benefits Resources](#).

Beneficios contra accidentes y de enfermedad

Los beneficios de incapacidad de corto plazo (STD) reemplazan una parte de sus ingresos si usted no puede trabajar debido a un embarazo, una enfermedad o una lesión que no esté relacionada con el trabajo. Su compañía provee automáticamente cobertura de STD sin costo para usted. Los beneficios se pueden pagar hasta por 26 semanas en caso de una incapacidad, siempre y cuando esté bajo la atención de un médico. El departamento de Recursos Humanos puede proporcionar los detalles de elegibilidad y cobertura.

Reducción por la edad

De los 65 hasta los 70 años, su beneficio de vida se reduce a 67%. De los 70 años en adelante, el beneficio se reduce a 50%. Esta reducción en el beneficio (a los 65 y a los 70) no se aplica a la cobertura suplementaria que elija para su cónyuge.

Designación de beneficiarios

Asegúrese de designar a alguien como su beneficiario. Si no designa a un beneficiario, los beneficios del seguro de vida pudieran no llegarles a sus seres queridos. Para establecer a un beneficiario, inicie una sesión en su cuenta en [Your Benefits Resources](#).





Programa de Asistencia para Empleados

Todos los empleados elegibles para los beneficios pueden acceder al EAP sin costo, aun sin tener cobertura de seguro médico. El EAP ofrece asesoramiento confidencial y referencias para problemas emocionales. También brinda recursos para preguntas financieras y legales, cuidados, crianza, opciones educativas, relaciones en la casa y el trabajo, adicciones, abuso en el consumo de sustancias y salud mental.

Los servicios incluyen ocho consultas en persona o virtuales gratis, por problema, por año. El apoyo confidencial está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono o en línea. Comuníquese con Optum al 888-224-5672 o visite liveandworkwell.com, con el código de acceso GAF.



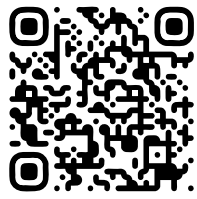
Aplicación Calm

El EAP de Optum también ofrece a los empleados acceso gratuito a la aplicación Calm. Calm puede ayudarle a enfrentar el estrés, obtener una buena noche de sueño y a sentirse más presente en su vida.

Con la conveniencia de una aplicación, puede usar Calm cuando se adapte a su horario, para trabajar en lo que sea más importante para usted.

¿Listo para comenzar?

Usuarios nuevos: Para registrarse y descargar la aplicación, escanee el código QR. Después de crear su cuenta, se le pedirá que ingrese su código de acceso de la compañía: GAF.



Usuarios existentes:

1. Abra la aplicación Calm
2. Vaya a: Profile > Settings > Link Organization Subscription (Perfil-Ajustes-Enlazar la suscripción de la organización)
3. Ingrese el código de la organización "Optum EWS"
4. En el campo "group code" (código de grupo) ingrese el código de acceso de la compañía: GAF

Quotient Wealth Partners

Quotient Wealth Partners es un beneficio de asesoría financiera gratuita para todos los empleados, para ayudarle a maximizar beneficios y alcanzar metas financieras. Ofrecen manejo completo del patrimonio, planificación de la jubilación, optimización de impuestos, planificación inteligente de la distribución y planificación del caudal hereditario.

A usted no le cuesta usar Quotient, a menos que elija asociarse con ellos en los servicios de manejo de inversiones financieras. Para obtener más información llame al 888-895-4797 o escriba a info@quotientwealth.com.





BenefitHub

Disfrute del acceso a descuentos, recompensas y beneficios a nivel local y nacional en miles de las marcas de su preferencia en diversas categorías como viajes, automóviles, belleza y spa, seguro de mascotas, restaurantes y más. Para registrarse, inicie una sesión en gaf.benefithub.com y use el código de referencia JXJVCC.

Inside Rx Pets

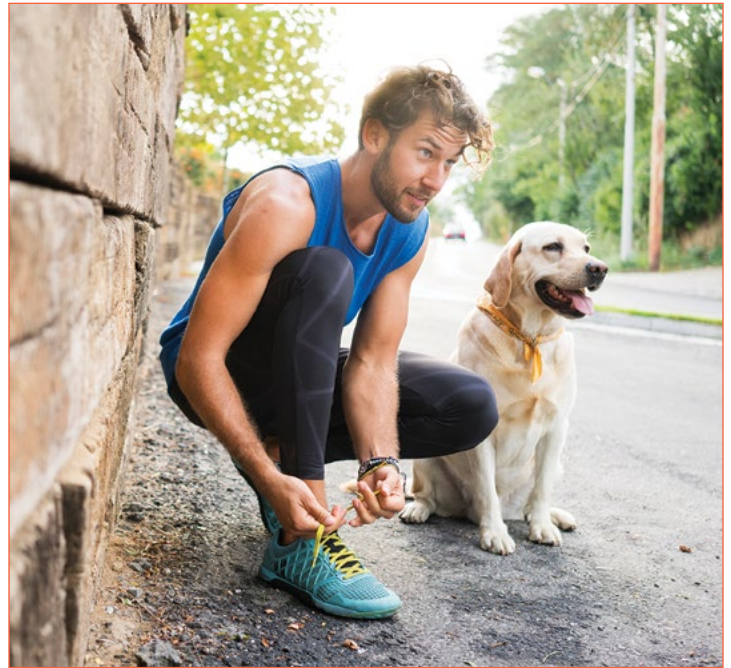
Inside Rx Pets ofrece una tarjeta de ahorros en recetas **gratuita** que permite ahorrar en los medicamentos de humanos que necesita su mascota, incluidos los que atienden padecimientos como ansiedad, artritis, cardiopatía y diabetes. Inicie una sesión en insiderxpets.com para obtener más información y acceder a su tarjeta de ahorros en recetas Inside Rx Pets.

Servicios de hipoteca

American Federal Mortgage, uno de los banqueros de hipotecas privados más grandes del país, ha puesto en práctica un programa de descuentos único que usted tiene disponible. Ya sea que piense comprar una casa nueva, refinanciar su casa actual o tan solo desee investigar opciones de financiamiento, American Federal está aquí para ayudar. Visite [American Federal Mortgage](https://americanfederalmortgage.com) para obtener más información.

Manejo de deudas de préstamos estudiantiles de Candidly

Candidly es una plataforma completa y **gratuita** que proporciona herramientas y recursos para ayudarle a manejar su deuda estudiantil. Le ayuda a descubrir, comparar y solicitar planes de pagos a nivel federal con base en sus ingresos, a pagar con más rapidez la deuda estudiantil, a comparar ofertas de refinanciamiento y mucho más. Para obtener más información, inicie una sesión en su cuenta en ownyourfuture.vanguard.com, seleccione **My Financial Wellness** (Mi bienestar financiero), y luego **Explore My Financial Wellness** (Explorar mi bienestar financiero).



Plan 529 de Vanguard

El Plan 529 de Vanguard ofrece una gama de opciones de ahorro e inversión, diseñadas para ayudarle a planificar y a ahorrar con eficacia para el futuro de sus hijos o para quien usted elija. Lo que hace único a los planes 529 es su capacidad de permitirle invertir y utilizar su dinero libre de impuestos, siempre y cuando se use en gastos de educación. El Plan 529 de Vanguard destaca por ofrecer estrategias que maximizan el valor de su dinero empleado en educación.

Para ayudarle a comenzar, Vanguard renuncia a la inversión inicial mínima de \$1,000 si se inscribe por medio del enlace especial para su compañía y configura las contribuciones automáticas recurrentes de tan solo \$50 al mes.

Si desea más información acerca del Plan 529 de Vanguard y aprovechar esta oferta especial, inicie una sesión en su cuenta en ownyourfuture.vanguard.com. Diríjase a **My Financial Wellness** (Mi bienestar financiero) y luego seleccione **Explore My Financial Wellness** (Explorar mi bienestar financiero). Desplácese a **The Vanguard 529 Plan** (Plan 529 de Vanguard) y haga clic en la **special offer** (oferta especial).





Plan de ahorros para la jubilación 401(k)



Elegibilidad

Una vez que se vuelve elegible para el plan, recibirá un paquete de bienvenida de Vanguard, el administrador de nuestro plan 401(k).

Contribuciones del empleado

Una vez que se vuelve elegible, puede fijar sus contribuciones o hacer cambios en todo momento durante el año iniciando sesión en su cuenta en ownyourfuture.vanguard.com o llamando a Vanguard al **800-523-1188**.

Puede realizar contribuciones al plan con dinero antes o después de impuestos (Roth) de su remuneración elegible. También puede decidir si difiere un porcentaje de sus ingresos de bonificaciones. Estas elecciones se hacen por separado de sus elecciones de ingresos regulares. Todas las elecciones de aplazamiento y los cambios tardan aproximadamente de uno a dos ciclos de nómina para que inicien.

Contribuciones adicionales del empleado (para personas de al menos 50 años)

Los límites de las contribuciones adicionales se basan en la edad. Quienes tengan de 50 a 59 años y de 64 en adelante pueden contribuir una cantidad y quienes tengan de 60 a 63 años pueden contribuir una cantidad mayor (vea el cuadro anexo). Los empleados que cumplen los requisitos de edad para las contribuciones adicionales serán elegibles automáticamente para las contribuciones adicionales extra y las contribuciones tendrán un máximo basado en su edad.



Contribuciones de la compañía

La compañía realiza contribuciones equivalentes a sus contribuciones antes de impuestos y Roth. Usted debe tener una elección activa de aplazamiento antes de impuestos y/o Roth (mayor de 0%) para recibir contribuciones equivalentes de la compañía. La compañía no hace contribuciones equivalentes después de impuestos. Para más información, consulte su Acuerdo de Negociación Colectiva (CBA).

Adquisición de derechos

Para más información, consulte su CBA o la Descripción Resumida del Plan (SPD). La SPD se puede encontrar en su cuenta en línea en ownyourfuture.vanguard.com. Debajo de la lengüeta “Explore” (Explorar), seleccione “Plan Communication” (Comunicaciones del plan). Se puede solicitar todos los anexos y los Resúmenes de Modificaciones Importantes (actualizaciones a la SPD) a su socio local de Recursos Humanos o al Equipo de Servicios de Recursos Humanos.

Opciones de inversión

Las contribuciones iniciales se invierten en los fondos fiduciarios para la jubilación con fecha definida de Vanguard, como alternativa de inversión predeterminada calificada (QDIA). Usted tiene la opción de seleccionar en cualquier momento opciones diferentes de fondos de inversión.

Traslados

Es posible que tenga la opción de transferir fondos de otro plan calificado a su cuenta 401(k) de este plan. Transferir el dinero hacia su cuenta 401(k) actual le permite administrar mejor y tener mejor visibilidad de sus fondos en un solo lugar. Para empezar una transferencia, inicie sesión en su cuenta en ownyourfuture.vanguard.com. Siempre es aconsejable recibir asesoramiento financiero para asegurarse de que la transferencia de los fondos no incurriera en impuestos o penalizaciones inesperados.

Designación de beneficiarios:

¡Asegúrese de que sus ahorros ganados con tanto esfuerzo les lleguen a sus seres queridos! Inicie una sesión en su cuenta en ownyourfuture.vanguard.com para elegir a los beneficiarios de su plan 401(k). Nota: Si está casado, su cónyuge es automáticamente su beneficiario primario, a menos que obtenga un consentimiento conyugal.

Tipos y límites de contribución al plan 401(k)		Límites de la contribución anual en 2026
Contribuciones del empleado		
Antes de impuestos y Roth después de impuestos	Elija de 0% a 75% de su sueldo regular y/o pago de bonificaciones	\$24,500
Contribuciones adicionales (Catch-Up): Edades de 50 a 59 años y 64 y más*	Antes de impuestos y/o Roth después de impuestos	\$8,000
Contribuciones adicionales (Catch-Up): Edades de 60 a 63 años*	Antes de impuestos y/o Roth después de impuestos	\$11,250
Después de impuestos	Elija de 0% a 100% de su sueldo regular y/o pago de bonificaciones	\$22,300

*El IRS define su edad para fines de elegibilidad para las contribuciones adicionales según su edad al 31 de diciembre del mismo año (para el año del plan 2026, sería su edad al 31 de diciembre de 2026). Por ejemplo, para el año del plan 2026, si usted tendrá 64 años al 31 de diciembre de 2026, entonces su límite de contribución adicional será el límite de 50 a 59 años y 64 y más. Además, como novedad para 2026, los empleados con un ingreso según FICA del año anterior de \$150,000 o más deben designar contribuciones adicionales (catch-up) como Roth. Esto se realizará automáticamente.



Cambios a sus elecciones de aplazamiento, inversiones y designación de beneficiarios

Debe comunicarse con Vanguard si desea cambiar sus porcentajes de elección de aplazamiento; cambiar fondos para invertir sus aplazamientos y las contribuciones de la compañía; optar por no recibir o cambiar el aumento anual automático y designar a sus beneficiarios del plan 401(k). Para realizar estos cambios, puede comunicarse con Vanguard al 800-523-1188 o visitar ownyourfuture.vanguard.com. Los números del plan son: 097379 (GAF) y 095764 (SGI).





Contactos de beneficios

Si tiene una pregunta acerca de...	Contacto/Recurso	Grupo/Núm. de póliza	Teléfono de Servicios para los miembros	Portal/sitio web de miembros
<ul style="list-style-type: none">Inscripción y cambios en los beneficiosInformación del PlanPreguntas sobre coberturaServicios de defensoría	Your Benefits Resources	n/a	855-564-6155 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este De lunes a viernes	Acceda con un solo inicio de sesión mientras está en la red de su compañía. Fuera de la red de su compañía, inicie sesión directamente en: www.myhranywhere.com/benefits
<ul style="list-style-type: none">Opciones de atención médicaPreguntas frecuentesComparaciones lado a ladoVideos y artículos útiles	Micrositio de beneficios Make It Yours	n/a	n/a	https://gaf.makeityoursource.com
Segundas opiniones médicas	2nd.MD	n/a	866-841-2575	https://2nd.MD/gaf
Medicamentos con receta	OptumRx	RX GRP – RX7970	844-245-0452	https://optumrx.com
HSA, FSA, LSA y beneficios de transporte interurbano	WEX	n/a	866-451-3399	https://benefitslogin.wexhealth.com
Seguro de incapacidad	Lincoln Financial	PSA3-880-054466 Código de la compañía: Leave	888-408-7300	https://www.mylincolnportal.com
Seguro de vida	Securian Financial	70688	866-293-6047	https://www.securian.com
Programa de Asistencia para Empleados (EAP)	Optum	Código de acceso en la web: GAF	888-224-5672	https://www.liveandworkwell.com
Beneficios para formar una familia y apoyo en la menopausia	Kindbody	KINDFAMILY	855-747-1630	https://kindbody.com/activate-kindbody-benefit
Descuentos para el empleado	BenefitHub	JXJVCC	n/a	https://gaf.benefithub.com



Si tiene una pregunta acerca de...	Contacto/Recurso	Grupo/Núm. de póliza	Teléfono de Servicios para los miembros	Portal/sitio web de miembros
Programa de descuento en recetas para mascotas	Inside Rx Pets	Haga clic en "Get Savings Card" (Obtener tarjeta de ahorro) para descargar la tarjeta de descuento	n/a	https://insiderxpets.com
Servicios de hipoteca	American Federal Mortgage	Con licencia en NY, NJ, CT, PA, MA, DE, MD, NC, SC, FL	862-259-3138 Pregunte por Carl Casperson	https://www.americanfedmortgage.com/corporateincentive-program Correo electrónico: ccasperson@amfedmtg.com
Asesoramiento financiero	Quotient	n/a	866-895-4797	https://quotientwealth.com Correo electrónico: info@quotientwealth.com
401(k)	Vanguard	Número del plan: 091409 (Sindicato de GAF), 095764 (Todos de SGI)	800-523-1188	https://ownyourfuture.vanguard.com



¿Todavía necesita ayuda?

Si tiene preguntas o necesita apoyo en la inscripción, comuníquese a Your Benefits Resources al 855-564-6155 (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este), visite el sitio web Your Benefits Resources o use la aplicación de Alight Mobile. La herramienta "Help Me Choose" (Ayúdeme a elegir) está disponible para recomendaciones personalizadas. Para asuntos de cobertura más complejos, comuníquese con nuestro **Equipo de abogacía de Alight** a AlightHealthPro@alight.com o llame al 866-300-6530 para comunicarse con un profesional de la salud (Health Pro). Los representantes pueden explicarle cómo funcionan los beneficios, ayudarle a encontrar excelentes médicos, resolver problemas de cobranza y mucho más.

Si no ha encontrado la información que busca por medio de Your Benefits Resources y los contactos, o si todavía necesita ayuda, busque a **Servicios de Recursos Humanos**. Se puede comunicar con un HRXpert al 833-479-7378 (opción 5), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Este. Como alternativa, también puede abrir una boleta por medio de [HRConnect](#).





Avisos generales

Aviso sobre la Women's Health and Cancer Rights Act (Ley de derechos de la mujer en materia de salud y cáncer)

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, pudiera tener derecho a ciertos beneficios en virtud de las disposiciones de la Ley de derechos de la mujer en materia de salud y cáncer de 1998. Para las mujeres que reciban beneficios relacionados con mastectomías, la cobertura será suministrada de la forma que se determine en consultas entre el médico tratante y la paciente, para cirugías y tratamientos que califiquen.

Estos beneficios se suministrarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos suministrados en virtud de su plan médico.

Notificación de derechos de inscripción especial según la ley HIPAA

Si declina la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otro seguro médico o cobertura de plan médico de grupo, pudiera inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura antedicha (o si el empleador deja de contribuir para dicha cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, es necesario solicitar inscripción en un plazo de 31 días después de que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir para dicha cobertura).

Además, si usted obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, pudieran inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es necesario solicitar la inscripción en un plazo de 31 días (o cualquier plazo mayor que se aplique en virtud del plan) después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Aviso sobre las prácticas de privacidad de la ley HIPAA

En este aviso se describe cómo la información médica suya pudiera ser utilizada y divulgada y cómo puede obtener acceso a esta información.

Además, esto es para recordar a los participantes y beneficiarios que los planes médicos han emitido un Aviso de Privacidad del Plan Médico que describe la forma en que los planes médicos de grupo usan y divulgan la Información de salud protegida (PHI). Lea detenidamente el aviso completo, que está disponible en [Your Benefits Resources](#).

Aviso importante de Standard Industries acerca de su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Standard Industries (GAF) y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad.

Existen dos aspectos importantes que debe conocer acerca de su cobertura actual y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

En 2006, la cobertura de medicamentos con receta de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos con receta de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.

GAF ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta que ofrece el Plan de salud y bienestar de GAF pague, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considera como Cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Divulgación de facturación sin sorpresas Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas inesperadas

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, usted está protegido contra el cobro de saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coaseguro y/o deducible de su plan. Si desea más información, visite [Your Benefits Resources](#).



Aviso general sobre los derechos de continuación de cobertura de COBRA

El derecho a la continuación de cobertura COBRA fue creado por una ley federal: la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 - COBRA). La continuación de cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura médica de grupo de otra manera hubiese terminado. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y en virtud de la ley federal, le recomendamos consultar la descripción resumida de su Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Puede haber otras opciones disponibles para usted cuando pierde la cobertura médica de grupo. Por ejemplo, podría ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de seguros de salud. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros de salud, puede calificar para menores costos en sus primas mensuales y menores gastos de su bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan médico de grupo para el cual usted sea elegible (tal como un plan de su cónyuge), incluso si dicho plan por lo general no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura del Plan, que de otra manera terminaría, debido a un evento de vida. Esto se conoce como un “evento calificado”. Después de un evento calificado, la continuación de cobertura COBRA deberá ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si se pierde la cobertura en virtud del Plan debido al evento calificado. Si desea más información y para ver una lista de eventos calificados para este aviso, visite Your Benefits Resources.

Transparencia en la divulgación pública de la cobertura

Manténgase informado. Conozca información importante acerca de los montos permitidos, costos compartidos, elementos y servicios cubiertos y proveedores fuera de la red, para que no tenga sorpresas. Puede saber más acerca del cálculo de costos y el monto que a final de cuentas se le pudiera requerir que pague viendo el Aviso de transparencia en la cobertura en Your Benefits Resources.

Ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid y el Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program - CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud a través de su empleador, el estado donde usted reside puede tener un programa de ayuda para el pago de primas para ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán ser elegibles para estos programas de ayuda para el pago de

primas, pero quizá pueda adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Si desea obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en uno de los estados que se indican más adelante, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si está disponible la ayuda con las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y considera que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque el 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para obtener detalles sobre cómo inscribirse.

Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pudiese ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no estuviese inscrito. Esto se llama una oportunidad de “inscripción especial”, y usted debe solicitar la cobertura en un plazo no mayor de 60 días después de determinarse su elegibilidad para recibir la ayuda con las primas. Si tiene preguntas acerca de cómo inscribirse en su plan del empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted reside en uno de los estados siguientes que se encuentran en el [aviso de CHIP](#) en línea, quizá sea elegible para recibir ayuda para el pago de las primas del plan médico de su empleador. Revise que la lista de estados del aviso esté vigente al 31 de julio de 2025. Comuníquese con la oficina en su estado para obtener más información sobre elegibilidad.

Declaración sobre la Ley de simplificación de trámites administrativos

De conformidad con la Paperwork Reduction Act (Ley de simplificación de trámites administrativos) de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación de información muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuestos (Office of Management and Budget - OMB). El Departamento indica que una agencia Federal no puede realizar ni patrocinar actividades de recopilación de información a menos que tenga la aprobación de la OMB en virtud de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA), y muestre un número de control válido de OMB, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de OMB. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualesquier otras disposiciones de ley, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir una solicitud de recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control válido de OMB. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de los informes públicos para esta



recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado, en promedio. Se exhorta a las partes interesadas a que envíen comentarios respecto de la carga estimada o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir esta carga, a U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico ebbsa.opr@dol.gov y con referencia al Número de control OMB 1210-0137.

Número de control OMB 1210-0137 (caduca el 31 de enero de 2026)

