



GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2026

DEL 1 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026





Cada día, cada miembro de nuestro equipo desempeña un papel vital para hacer realidad nuestra misión y nuestros valores fundamentales. Nos complace sinceramente reconocer su invaluable aporte ofreciéndole un paquete integral de beneficios para usted y sus seres queridos.

Le invitamos a revisar la información sobre los beneficios que figura en esta guía. Nuestros planes de beneficios son solo una de las muchas formas en que podemos mostrarle nuestra preocupación por usted y su familia.

Contenido de la Guía

CONTACTOS IMPORTANTES	2
ELEGIBILIDAD Y CAMBIOS A MITAD DE AÑO	3
CÓMO INSCRIBIRSE CON EMPLOYEE NAVIGATOR	4
TÉRMINOS Y DEFINICIONES	5
APORTES DEL EMPLEADO	6
PLAN MÉDICO	7-15
CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)	16-17
TELEMEDICINA	18-19
PLAN DENTAL	20
PLAN DE VISIÓN	21
SEGURO DE VIDA Y AD&D	22-23
SEGURO POR DISCAPACIDAD	24
SEGURO CONTRA ACCIDENTES Y DE ENFERMEDADES GRAVES	25-26

Contactos importantes

Nuestros contactos de beneficios y las aseguradoras socias colaboran estrechamente con Recursos Humanos para garantizar que sus necesidades de beneficios se atiendan de forma rápida y completa. Si tiene alguna pregunta o necesita más información sobre sus beneficios, póngase en contacto con las personas mencionadas a continuación.

Si tiene alguna pregunta, por favor, póngase en contacto con:

Katy Leigh

Ejecutiva de cuentas de Brown & Brown
(615) 507-1418 | Katy.Leigh@bbrown.com

Liz Reeves

Gestor de cuentas de Brown & Brown
(629) 215-8388 | Liz.Reeves@bbrown.com

Javier Martinez

Director de Recursos Humanos
(615) 321-2037 ext.802 | Javier.Martinez@sfmtservice.com

Beneficio	Aseguradora	Teléfono	Sitio web
Planes médicos	BlueCross BlueShield of Tennessee	(800) 565-9140	www.bcbst.com
SIN COSTO Telemedicina <i>Para quienes están inscritos en cobertura médica</i>	Teladoc	(800) 835-2362	https://bcbst.com/teladoc/
SIN COSTO Telemedicina <i>Para quienes renuncian Cobertura médica</i>	First Stop Health	(888) 691-7867	www.fshealth.com
Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	Paylocity	(800) 631-3539	https://access.paylocity.com/
Plan dental	Mutual of Omaha	(800) 927-9197	www.mutualofomaha.com/dental
Plan de visión	Mutual of Omaha	(833) 279-4358	www.mutualofomaha.com/vision
Seguro de vida y AD&D	Mutual of Omaha	(800) 877-5176	www.mutualofomaha.com
Seguro por discapacidad	Mutual of Omaha	(800) 877-5176	www.mutualofomaha.com
Seguro contra Accidentes y de enfermedades graves	Allstate Benefits <i>parte de The Standard</i>	(800) 521-3535	https://mybenefits.standard.com/

Elegibilidad y cambios a mitad de año

Elegibilidad a los beneficios

Todos los empleados *a tiempo completo* que trabajan al menos 30 horas por semana son elegibles para participar en nuestros planes de beneficios. Los participantes elegibles incluyen empleados, cónyuges e hijos dependientes hasta los 26 años.

- La cobertura que elige durante la inscripción abierta comienza el **1 de enero de 2026**.
- Como nuevo empleado de *SFM o Serva Security*, la cobertura comienza el **primer día del mes siguiente a su fecha de contratación**.
- Como nuevo empleado de *ServiceFM*, la cobertura comienza el **primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo regular**.
- La cobertura finaliza si deja de cumplir los requisitos de elegibilidad, se interrumpen los aportes o se cancela la póliza de seguro grupal.

Modificación de beneficios fuera del período de inscripción abierta

Los beneficios que usted elija durante el plan de beneficios de **2026** permanecerán vigentes hasta el **31 de diciembre de 2026**. No podrá realizar cambios en los beneficios que elija hasta el siguiente período de inscripción abierta, a menos que experimente un evento habilitante. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) ofrece a los empleados oportunidades adicionales para inscribirse en un plan médico grupal si sufren la pérdida de otra cobertura o determinados eventos de vida. Si rechaza la cobertura en este momento para usted o para sus dependientes elegibles, es posible que pueda inscribirse y/o a sus dependientes elegibles en una cobertura en una fecha posterior, si se produce una pérdida de otra cobertura. Si experimenta un "cambio de estado" admitido, debe realizar cualquier cambio de inscripción o de beneficios asociado en un plazo de **30 días** a partir del evento, excepto si se trata de un evento relacionado con el derecho a Medicare o Medicaid, en cuyo caso debe realizar los cambios en un plazo de 60 días a partir del evento. Tiene derecho a elegir cobertura durante el año del plan si la cobertura de Medicaid/Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) suya o de su dependiente finaliza debido a la interrupción de la elegibilidad en virtud del programa o si se vuelve elegible para recibir un subsidio de asistencia para primas de Medicaid/CHIP (si está disponible en su estado), siempre que solicite la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la pérdida de cobertura o de la elegibilidad para el subsidio de primas.

Eventos de vida habilitantes

Un evento habilitante es un evento personal que puede obligarle a añadir o suprimir la cobertura para usted y/o sus dependientes.

Los eventos de vida habilitantes incluyen:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo dependiente
- Fallecimiento del cónyuge o de un hijo dependiente
- Ganancia o pérdida de cobertura para usted o sus dependientes elegibles
- Cuando un hijo dependiente cumple 26 años

Fecha límite importante para cambios por eventos habilitantes

Debe realizar cualquier cambio de cobertura en un plazo de 30 días a partir del evento habilitante. Comuníquese este cambio a Recursos Humanos, con toda la información que disponga, dentro del plazo de **30 días**, excepto si se trata de un evento relacionado con el derecho a Medicare o Medicaid, en cuyo caso deberá realizar los cambios en un plazo de 60 días a partir del evento.

Debe incluir la documentación que justifique el evento habilitante. Si no cumple el plazo o no presenta la documentación justificativa, no se aprobarán los cambios. Por favor, póngase en contacto con Recursos Humanos en un plazo de **30 días** si tiene alguna duda o cree que puede optar a un cambio de elección.

Revisión y actualización de sus beneficiarios

Actualizar periódicamente las designaciones de beneficiarios de cuentas financieras como seguros de vida y planes de jubilación es crucial para garantizar que los activos vayan a los destinatarios previstos.

Hay beneficiarios primarios, que reciben primero los activos y beneficios, y beneficiarios contingentes, que los reciben si los beneficiarios primarios no están disponibles.

Para evitar errores comunes, actualice las designaciones de beneficiarios después de cambios importantes en la vida, como matrimonio, divorcio, fallecimiento de un cónyuge o hijo, nacimiento de un hijo o evento similar que altere su familia. También debe actualizar su lista de beneficiarios si un beneficiario cambia su nombre (por ejemplo, por matrimonio).

Busque orientación de su departamento de RR. HH., ejecutivo de cuentas de Brown & Brown o asesor legal si no está seguro de cómo realizar cambios en sus beneficiarios.

Identificador de la compañía: SFMService

Paso 1: Visite: www.employeenavigator.com

Nuevos usuarios: Haga clic en el enlace de registro del correo electrónico enviado por su administrador o seleccione "Registrarse como nuevo usuario" en la pantalla de inicio de sesión del Employee Navigator para crear una nueva cuenta y elegir su nombre de usuario y contraseña exclusivos.

Usuarios ya registrados: Inicie sesión con el nombre de usuario y la contraseña con los que se registró anteriormente. Puede reestablecer una contraseña olvidada en la pantalla de inicio de sesión si es necesario.

Paso 2: ¡Bienvenido!

Después de iniciar sesión, haga clic en "Comencemos" para completar las tareas requeridas.

Paso 3: Incorporación (si aplica)

Complete todas las tareas de incorporación asignadas antes de inscribirse en sus beneficios. Una vez que haya completado las tareas pendientes, haga clic en "Iniciar inscripción".

Paso 4: Información personal

Después de hacer clic en "Iniciar inscripción", tendrá que completar la información personal y sobre los dependientes antes de pasar a las elecciones de beneficios.

Paso 5: Elección de beneficios

Para inscribir a los dependientes en un beneficio, haga clic en la casilla situada junto al nombre de la persona dependiente en "¿A quién inscribo?".

Debajo de los dependientes, puede consultar los planes disponibles, así como el costo por pago de cada beneficio. Para elegir un beneficio, haga clic en "Seleccionar plan" debajo del costo del plan.

Paso 6: Formularios

Si ha elegido beneficios que requieren la designación de un beneficiario, un médico de cabecera o completar un formulario de una Constancia de Asegurabilidad, se le pedirá que incluya más detalles.

Paso 7: Revisar y confirmar las elecciones

En la página de resumen de inscripción, revise los beneficios que ha seleccionado para asegurarse de que se reflejan correctamente. Haga clic en "Firmar y aceptar" para completar su inscripción. Puede imprimir un resumen de sus elecciones para sus archivos o conectarse en cualquier momento del año para ver su resumen en línea.

Términos y definiciones

Antes de repasar nuestros beneficios, eche un vistazo a algunos términos que pueden resultarle útiles para comprender y comparar los planes que le ofrecemos. Si aprende algunos términos clave sobre seguros, estará más informado y comprenderá mejor qué incluye exactamente la cobertura de su seguro.



Deducible: monto de los gastos de atención médica que tiene que pagar con su propio dinero antes de que su plan empiece a pagar algo.



Deducible integrado: un deducible integrado asigna un deducible separado a cada individuo cubierto dentro de una familia y los beneficios se aplican después de que se alcanza el deducible individual. Esto puede aplicarse o no a sus planes.



Coaseguro: después del deducible (si aplica), usted y el plan comparten los gastos. Por ejemplo, si el plan paga el 50%, su cuota de coaseguro es del 50%. Se le facturará el coaseguro después de la visita.



Copago: cuota fija que se paga en lugar del coaseguro por algunos servicios de atención médica, por ejemplo, una visita al consultorio del médico. Usted abona el copago al momento de recibir la atención médica.



Máximo de gastos de bolsillo: lo protege de las grandes facturas médicas. Una vez que los gastos "de su propio bolsillo" alcanzan este monto, el plan paga el 100% de la mayoría de los gastos elegibles durante el resto del año del plan.



Dentro y fuera de la red: los servicios dentro de la red siempre serán la opción más barata. Los servicios fuera de la red costarán más o puede que no estén cubiertos.



Facturación de saldo: los proveedores dentro de la red no pueden facturar más de lo permitido por el plan, pero los proveedores fuera de la red sí. Por ejemplo, si la tarifa del proveedor es de \$100, pero el plan solo permite \$70, un proveedor fuera de la red puede facturarle los \$30 adicionales. Es lo que se denomina facturación de saldo.

Aportes del empleado

A continuación, se muestra un desglose de los costos de nuestros planes médicos, dentales, de visión y contra accidentes. Se mostrarán las tarifas basadas en la edad, el salario y el consumo de tabaco **en Employee Navigator**.

Nuestro paquete de beneficios está diseñado de conformidad con la "Sección 125" del Código del IRS. Esto le permite aprovechar las leyes federales y estatales al adquirir algunos de sus beneficios con dinero antes de impuestos. De conformidad con la Sección 125, cualquier aporte requerido para **cobertura médica, dental, de visión y HSA** se realizará con dinero antes de impuestos.

RECORDATORIO: solo puede cambiar sus elecciones de beneficios antes de impuestos una vez al año, durante la inscripción abierta, a menos que experimente un "cambio de estado" admitido.

BlueCross BlueShield of Tennessee Medical Cost Per 24 Deductions	BCBST Copay Plan Network S	BCBST Copay Plan Network P	BCBST HDHP Network S	BCBST HDHP Network P
Solo Empleado	\$130.62	\$148.18	\$79.01	\$91.70
Empleado + cónyuge	\$384.01	\$419.42	\$248.88	\$281.02
Empleado + hijo(s)	\$334.64	\$371.39	\$216.88	\$249.44
Empleado + familia	\$563.81	\$606.16	\$359.69	\$413.69

Los planes médicos que ofrece **SFM** a través de **BlueCross BlueShield of Tennessee** se consideran asequibles según la Ley de Atención Médica Asequible (ACA). Si usted renuncia a la cobertura médica grupal para usted y solicita un seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos, no será elegible para los subsidios. Para más información, consulte su paquete de Avisos sobre beneficios anual para ver el aviso de cobertura del Mercado de Seguros Médicos.

Costo dental de Mutual of Omaha por 24 deducciones	
Solo empleado	\$13.78
Empleado + cónyuge	\$30.32
Empleado + hijo(s)	\$24.81
Empleado + familia	\$45.19

Costo de la visión de Mutual of Omaha por 24 deducciones	
Solo empleado	\$1.88
Empleado + cónyuge	\$3.25
Empleado + hijo(s)	\$3.38
Empleado + familia	\$5.19

Costo del seguro contra accidentes de Allstate por 24 deducciones	
Solo empleado	\$5.78
Empleado + cónyuge	\$10.00
Empleado + hijo(s)	\$14.50
Empleado + familia	\$19.20

Plan médico dentro de la red

Los beneficios de nuestro plan médico se proporcionan a través de la **Red S o Red P de BlueCross BlueShield of Tennessee**. La siguiente tabla detalla cómo se pagan algunos de los servicios más comunes en los proveedores y centros dentro de la red. Pagarás menos por la atención cuando veas a un proveedor dentro de la red.

Busca un proveedor médico: bcbst.com/findadoctor

¿Elegible para Medicare? Por favor, revisa las preguntas frecuentes de Medicare D y tu paquete anual de avisos, **que se encuentran en Employee Navigator o están disponibles en Recursos Humanos antes de tomar tu decisión**, ya que esto puede influir en cuánto pagas por la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.

Beneficios médicos dentro de la red	Plan de copago Disponibile con la Red S O la Red P	Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) Disponibile con la Red S O la Red P
Deducible por año calendario (se restablece el 1 de enero)		
Individual / Familiar	\$3000 / \$6000 Embedded	\$5000 / \$10000 Embedded
Máximo de gastos de bolsillo (incluye deducibles, copagos y coaseguros)		
Individual / Familiar	\$6000 / \$12000	\$7000 / \$14000
Coaseguro		
El plan paga / Usted paga	50% / 50% después del deducible	50% / 50% después del deducible
Atención preventiva	Se cubre al 100%	
Visita al consultorio del médico de atención primaria	\$35 de copago	Pagas 50% después del deducible
Visita al consultorio del especialista	\$75 de copago	Pagas 50% después del deducible
Atención médico virtual	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de urgencias	\$75 de copago	Pagas 50% después del deducible
Sala de emergencias	\$250 de copago	Pagas 50% después del deducible
Servicios de hospitalización	Pagas 50% después del deducible	Pagas 50% después del deducible
Servicios ambulatorios de radiodiagnóstico y laboratorio	\$25 de copago	Pagas 50% después del deducible
Major Lab: resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones y tomografías computarizadas	Pagas 50% después del deducible	Pagas 50% después del deducible
Prescription Drugs (30-Day Supply)		
Preventive	-	\$10 / \$35 / \$60
Tier 1 Generic	\$10 de copago	Pagas 50% después del deducible
Tier 2 Preferred Brand	\$35 de copago	Pagas 50% después del deducible
Tier 3 Non-Preferred Brand	\$50 de copago	Pagas 50% después del deducible
Tier 4 Preferred Specialty	\$100 de copago	Pagas 50% después del deducible
Rx Mail Order (90-Day Supply)	Copago minorista de 3 veces	Pagas 50% después del deducible

Plan médico fuera de la red

Para su comodidad, la siguiente tabla describe cómo se pagan algunos de los servicios más comunes en proveedores e instalaciones fuera de la red. Pagará menos por la atención que reciba de un médico dentro de la red.

Beneficios médicos fuera de la red	Plan de copago <i>Disponible con la Red S O la Red P</i>	Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) <i>Disponible con la Red S O la Red P</i>
Deducible por año calendario		
Individual / Familiar	\$6000 / \$12000	\$10000 / \$20000
Máximo de gastos de bolsillo por calendario (incluye deducibles, copagos y coseguro)		
Individual / Familiar	\$18000 / \$36000	\$21000 / \$42000
Atención preventiva	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Visita al consultorio del médico de atención primaria	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Visita al consultorio del especialista	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Telemedicina y asesoramiento virtual de First Stop Health	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Atención de urgencias	\$250 de copago	Usted paga el 50% después del deducible
Sala de emergencias	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible
Servicios de hospitalización	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Servicios hospitalarios ambulatorios	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Servicios ambulatorios de radiodiagnóstico y laboratorio	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Major Lab: resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones y tomografías computarizadas	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Medicamentos con receta (suministro para 30 días)		
Tier 1 Generic	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Tier 2 Preferred Brand	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Tier 3 Non-Preferred Brand	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Tier 4 Preferred Specialty	No se cubre	No se cubre

Por favor, consulte la documentación de su plan para conocer todos los detalles y las exclusiones.

Hospitales dentro de la red

Nashville | 37212

Las listas que figuran a continuación se basan en los datos registrados más recientemente en el sitio web de BCBST. Esta lista se basa en hospitales ubicados a menos de 50 millas del código postal mencionado anteriormente. Siempre verifique el proveedor y el centro antes de solicitar tratamiento. Al viajar fuera de Tennessee, todos los centros de BlueCross BlueShield se considerarán dentro de la red.

Encuentre un proveedor médico: [bcbst.com/findadoctor](https://www.bcbst.com/findadoctor)

La Red S	La Red P
<i>Hospitales a menos de 50 millas del código postal 37212</i>	<i>Hospitales a menos de 50 millas del código postal 37212</i>
• Ascension Saint Thomas Hickman Hospital • Ascension Saint Thomas Hospital • Ascension Saint Thomas Rutherford Hospital • Ascension Saint Thomas Stones River Hospital LLC • Houston County Community Hospital • Macon County General Hospital • Marshall Medical Center • Maury Regional Medical Center • Nashville General Hospital • Riverview Regional Medical Center • Select Specialty Hospital Nashville LLC • St Thomas Hospital for Spinal Surgery • Sumner Regional Medical Center • Tennova Healthcare Clarksville • Trousdale Medical Center • TrustPoint Hospital • Vanderbilt Bedford Hospital • Vanderbilt Children's Hospital • Vanderbilt University Medical Center • Vanderbilt Wilson County Hospital • Williamson Medical Center	• Ascension Saint Thomas Hickman Hospital • Ascension Saint Thomas Hospital • Ascension Saint Thomas Rutherford Hospital • Ascension Saint Thomas Stones River Hospital LLC • Centennial Medical Center at Ashland City • Horizon Medical Center • Houston County Community Hospital • Macon County General Hospital • Marshall Medical Center • Maury Regional Medical Center • Nashville General Hospital • NorthCrest Medical Center • Riverview Regional Medical Center • Select Specialty Hospital Nashville LLC • St Thomas Hospital for Spinal Surgery • Sumner Regional Medical Center • Tennova Healthcare Clarksville • TriStar Centennial Medical Center • TriStar Hendersonville Medical Center • TriStar Skyline Medical Center • TriStar Southern Hills Medical Center • TriStar Stonecrest Medical Center • TriStar Summit Medical Center • Trousdale Medical Center • TrustPoint Hospital • Unity Medical Center • Vanderbilt Bedford Hospital • Vanderbilt Children's Hospital • Vanderbilt University Medical Center • Vanderbilt Wilson County Hospital • Williamson Medical Center

LA ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA

Tome el control de su salud, sin costo alguno para usted.

La atención preventiva es una de las medidas más importantes que puede tomar para mantener su salud y bienestar. Además, estás cubierta al 100 %, lo que significa que no hay costos de bolsillo para usted ni su familia, incluso si tiene un plan con un deducible más alto. Ya sea un chequeo anual, vacunas o exámenes de detección, la atención preventiva garantiza que los problemas de salud se detecten de manera temprana, lo que le brinda tranquilidad y reduce los gastos de atención médica del futuro.

¿Qué puede incluir la atención preventiva?

Atención preventiva para adultos	Atención preventiva para niños
Visitas anuales de bienestar: una oportunidad para consultar con su médico y analizar su salud general, sus antecedentes familiares y sus hábitos de estilo de vida. Exámenes de presión arterial, colesterol y diabetes: la detección temprana es clave para controlar enfermedades crónicas. Vacunas: vacunas contra la gripe, refuerzos contra el tétano y más para protegerlo contra enfermedades. Exámenes de detección de cáncer: las mamografías y colonoscopias son esenciales para la detección temprana. Programas para dejar de fumar: obtenga ayuda para dejar de fumar sin preocuparse por el costo.	Visitas de control del niño sano: controles regulares para hacer un seguimiento del crecimiento y desarrollo de su hijo. Vacunas: protegen a sus hijos de enfermedades prevenibles como el sarampión, la polio y la tos ferina. Exámenes de la vista y del oído: las pruebas tempranas pueden ayudar a identificar problemas que pueden afectar la capacidad de su hijo para aprender y crecer. Evaluaciones del desarrollo: ayudándole y su médico se aseguran de que su hijo esté logrando hitos importantes.

¿Por qué es importante la atención preventiva?

La atención preventiva no se trata solo de hoy, sino de su futuro. Al aprovechar los servicios preventivos cubiertos por su plan, usted:



- **Ahorra dinero:** la atención preventiva está cubierta al 100 %, por lo que no pagará nada de su bolsillo por estos servicios importantes.
- **Detecta problemas de salud a tiempo:** afecciones como la presión arterial alta, la diabetes y el cáncer son mucho más fáciles de controlar cuando se detectan a tiempo.
- **Mantiene su bienestar general:** los controles y exámenes regulares pueden ayudarlo a mantenerse al tanto de su salud y evitar situaciones de emergencia en el futuro.

Recuerde: la atención preventiva está disponible sin costo para usted y su familia, ¡así que aproveche al máximo! Ya sea que esté programando un chequeo anual, llevando a sus hijos a sus controles de niño sano o haciéndose una prueba de detección recomendada, la atención médica preventiva es una manera inteligente y fácil de proteger su salud sin preocuparse por el costo.

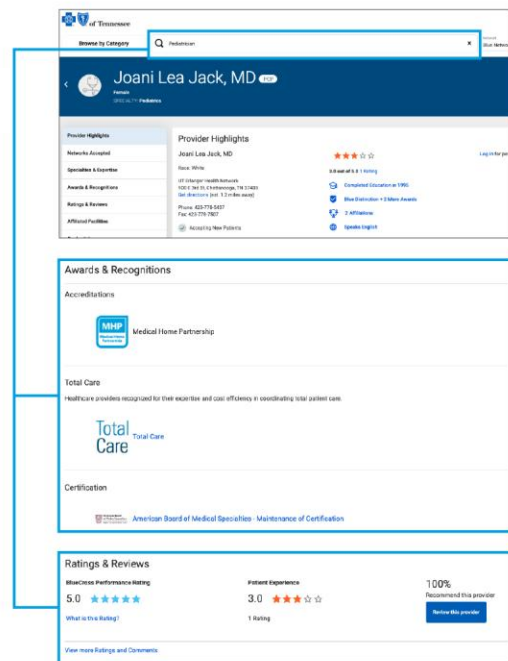
Encontrar un médico en tu red es tan fácil como 1-2-3



Ve a bcbst.com/findadoctor.

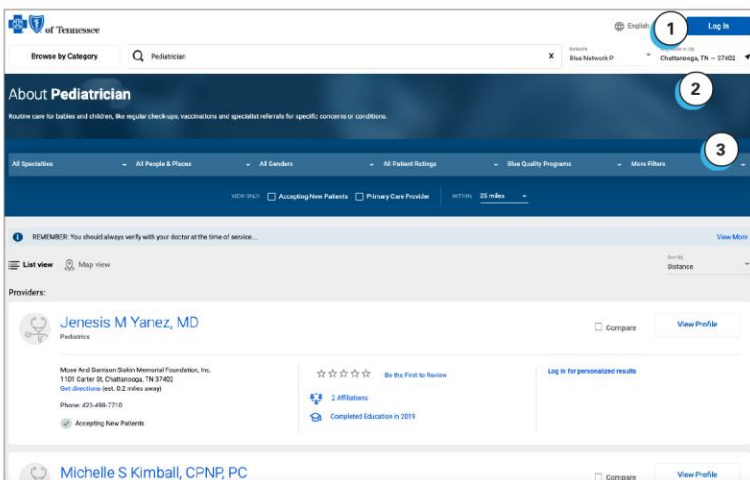
Elige los proveedores de red en tres pasos rápidos.

- 1 Inicia sesión para incluir la información de tu red. Cuando empieces tu búsqueda.
- 2 Navega por categoría o busca por proveedor. Nombre, especialidad, etc.
- 3 Reduce tus resultados usando el filtro. En la parte superior de la página de resultados de búsqueda.



¿Sabe lo que eres buscas?

Usa la barra de búsqueda para ver detalles específicos sobre tu médico o instalación, ver puntuaciones de calidad, leer opiniones publicadas por otros miembros y estimación de la coste de un procedimiento.



La aplicación móvil de: BCBSTN Potencia en el Palma de tu mano



La aplicación BlueCross BlueShield of Tennessee lo hace más fácil que nunca obtener la información de salud que necesita, cuando lo necesites.

Con nuestro diseño fresco y fácil de usar, obtiene:

- › **Chat en línea en vivo:** obtenga ayuda de un agente en vivo de su equipo de atención
- › **Todos sus detalles en un solo lugar:** toda la cobertura y los costos de su plan por adelantado
- › **Tarjeta de identificación digital:** vea y comparta su tarjeta de identificación de miembro con un solo toque
- › **Encuentre atención y costos:** Encuentre proveedores cerca de usted y cuánto es probable que pagar por su atención
- › **Fácil acceso a la telesalud:** enlace fácil de encontrar para programar citas médicas virtuales



Escanee el código QR o visite el App Store® o Google Play® para descargar la aplicación de forma gratuita.
Inicie sesión con su bcbst.com nombre de usuario y contraseña.





Regístrate
a partir del
01/01/26

Recompensas

Es fácil ganar recompensas tomando decisiones saludables. Elige tus actividades saludables y observa cómo se acumulan tus recompensas. Cuanto más hagas, más ganarás: hasta 300 dólares en efectivo de recompensas en 2026.

Lo que puedes ganar cada trimestre:

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Recompensas totales por trimestre
Puntos	1,000	4,000	10,000	15,000	
Recompensas	¡Buen trabajo!	\$25	¡Sigue así!	\$50	\$75

Máximo anual de recompensas en efectivo: \$75 x 4 trimestres = \$300

¡Usa tu
Recompensas
en efectivo!



Visita la
tienda



Donar
la



Obtén una
tarjeta de
regalo

~personify[™]
HEALTH

Formas de ganar:

Busca cómo ganar en tu cuenta para ver una lista completa de todas las formas en que puedes ganar puntos.

Haz cosas saludables:

Gana puntos:

Empezar	Primera vez usando la app móvil Personify	100
	Completar la evaluación personal de salud *necesaria para empezar a acumular puntos	250
	Conectar/sincronizar el primer dispositivo de actividad	100
Diario	Sube pasos desde tu rastreador de actividad (por cada 1.000 pasos)	10
	Haz tus Tarjetas Diarias (2 al día)	40
	Haz un seguimiento de tus hábitos saludables (3 al día)	30
	Sueño en pista cada noche	20
	Duerme > 7 horas por noche	50
	Sincronizar 30 minutos activos	100
	Paso de Viaje Completo	20
Mensual	Completa 10 tarjetas diarias en un mes ★	100
	Completa 20 tarjetas diarias en un mes ★	200
	Haz un seguimiento de hábitos saludables 20 días al mes ★	200
	Seguimiento del sueño 20 días al mes ★	200
	Triple Tracker de 20 días: 10.000 pasos/30 minutos activos/30 minutos de entrenamiento ★	500
	Toma medidas validadas y infórmalas mensualmente	100
	Completar una experiencia de vídeo o audio (hasta 4 al mes)	50
Trimestral	Fija tus intereses una vez por trimestre	50
Anual	Examen Anual de Prevención	250
	Cribados de cáncer (cuello uterino, mamografía, colon y próstata)	250
	Vacuna contra la gripe	100
	A1c	150
	Prueba de función renal	150

★ ¡Gana puntos extra!

Iniciar sesión y completar actividades a diario realmente da sus frutos. Busca actividades con una estrella. Participar en estas actividades varias veces al mes te otorga puntos extra.

¿Quién es elegible?

Todos los suscriptores y cónyuges inscritos son elegibles para participar en el programa de bienestar y recibir recompensas.

A partir del 01/01/26, regístrate en
join.personifyhealth.com/BCBST

Ahorrar hoy con nuestro programa de descuentos para socios



Como miembro de BlueCross, obtienes descuentos exclusivos en productos y servicios de bienestar a través de nuestro programa de descuentos exclusivos para socios.

Están disponibles en grandes cadenas nacionales y en tus favoritos locales. Por ejemplo, únete a nuestro programa de membresía en gimnasios para entrenar en cualquiera de las 10.000 instalaciones de todo el país por solo 19 dólares y 19-99 dólares al mes*.



Puedes ver todo lo disponible Descuentos iniciando sesión en bcbst.com/memberdiscounts, o a través de la app BCBSTN.

Encuentra descuentos en cosas como:

- › Ropa y Calzado
- › Fitness
- › Audición y Visión
- › Hogar y Familia
- › Nutrición
- › Cuidado Personal
- › Viajes

Estos descuentos cambian con frecuencia, así que puedes volver a consultar regularmente o elegir recibir un correo electrónico semana lleno de nuevos descuentos para ti.

*Las ubicaciones participantes varían según el nivel. Consulta la lista completa de ubicaciones participantes en bcbst.com/memberdiscounts.

Cuenta de ahorros para gastos médicos

Si está inscrito en el **plan con deducible alto (HDHP)** y ha elegido una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) a través de **Paylocity**, sus aportes están exentos de impuestos, lo que significa que ahorra tanto en impuestos FICA como en impuestos federales cuando aporta a través de la nómina. Los fondos de su HSA se pueden utilizar para pagar gastos médicos, dentales o de visión no reembolsados para usted y sus dependientes, ya sea que estén cubiertos o no por su plan médico. Incluso puede utilizar los fondos para pagar las primas de COBRA, atención a largo plazo y Medicare (pero no Medigap). Su HSA funciona como una cuenta bancaria personal: no existe la regla de "úselo o piérdalo". Los fondos permanecen en su cuenta hasta que los necesite, aunque cambie de trabajo o se jubile.

¿Sabía que...? ¡La empresa equipara hasta \$600 de sus aportes a la HSA!

Para brindarle un mayor control sobre sus gastos de atención médica y brindarle un camino hacia la seguridad financiera futura, nuestro plan médico con deducible alto (HDHP) está acompañado por una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). La HSA sirve como una herramienta valiosa para que usted ahorre para diversas necesidades de atención médica, y nosotros equipararemos generosamente sus aportes a la HSA, dólar por dólar, **hasta \$600 por año**, o \$50 por mes.

¿Quién puede abrir y financiar una HSA?

Cualquiera que:

- esté cubierto por un HDHP admitido; y
- no esté cubierto por otro plan médico que no sea un HDHP admitido, incluidos Medicare, Medicaid, TriCare, VA y/o una cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica, incluida la FSA de un cónyuge.

¿Cuánto puedo aportar a una HSA? El IRS establece un límite de aporte cada año calendario.

Para 2026, los límites de aporte son:

- \$4400 para la cobertura individual: solo usted en el plan
- \$8750 para la cobertura familiar: usted y cualquier número de dependientes
- *Este límite incluye tanto lo que usted aporta como cualquier aporte realizado por su empleador.*

Si tiene 55 años o más, puede aportar hasta \$1000 más que los límites indicados aquí

¿Qué pasa si establezco una HSA a mitad de año? Por lo general, sus aportes a la HSA se determinan mensualmente. Si establece una HSA a mitad de año, podrá realizar el aporte de todo el año, siempre que sea elegible el 1 de diciembre de ese año y siga siendo elegible para realizar aportes a la HSA durante el siguiente año calendario.

¿Cómo realizo aportes a mi HSA? Puede aportar a su HSA mediante deducciones de nómina.

¿Dónde puedo encontrar una lista de gastos admitidos? Consulte la lista que se encuentra en [irs.gov](https://www.irs.gov), busque la Publicación 502.

¿Cuándo puedo empezar a utilizar los fondos de mi HSA?

Puede utilizar los fondos de su HSA cuando estén disponibles. Puede reembolsarse los gastos admitidos del HDHP meses o incluso años después si conservó los recibos y su HSA se estableció cuando ocurrió el gasto.

¿Puedo utilizar mi HSA para pagar gastos no admitidos? Los retiros de gastos no admitidos están sujetos al impuesto a la renta y a una multa del 20% hasta los 65 años. Después de los 65 años, los retiros de gastos no admitidos no están sujetos a multas, pero siguen estando sujetos al impuesto a la renta.

¿Qué sucede con mi HSA si dejo a mi empleador? La HSA es de su propiedad. Si sigue cumpliendo los requisitos de elegibilidad para financiar la cuenta, puede seguir realizando aportes a su HSA. Si ya no es elegible para financiar la cuenta, aún es elegible para gastar el dinero (libre de impuestos) en gastos admitidos.

¿Puedo utilizar el dinero de mi HSA para pagar los gastos de atención médica de mis dependientes? Puede utilizar el dinero de su HSA para pagar los gastos de atención médica de su cónyuge elegible y/o de sus hijos dependientes, incluso si no están cubiertos como dependientes suyos. Consulte la Sección 152 del Código de Impuestos Internos para determinar si su cónyuge y/o hijo son dependientes elegibles.

¿Pueden las parejas establecer una HSA "conjunta" y ambos realizar aportes, incluidos los aportes de "nivelación"? Las HSA "conjuntas" no están permitidas. Cada cónyuge debería considerar la posibilidad de establecer una HSA a su propio nombre. De este modo, ambos pueden realizar aportes de nivelación a partir de los 55 años.

¡BIENVENIDO A SU NUEVA CUENTA HSA!

El propósito de esta carta es darle la bienvenida y proporcionarle una descripción general de los beneficios que recibirá como titular de una cuenta de ahorros para gastos médicos de Paylocity. WEX Health Inc es el encargado de las cuentas de inversión y HSA de Paylocity. Nuestra experiencia y enfoque en excelentes procesos de administración y servicio al cliente, junto con nuestros socios de confianza y excelente tecnología, ayudan a brindarle estos beneficios:

- Un práctico acceso a su HSA a través de un portal fácil de utilizar para gestionar cambios de elecciones en línea y seguimiento de gastos
- Un portal de inversión integrado, lo que significa que solo tendrá que recordar un nombre de usuario y una contraseña
- Una selección de múltiples fondos mutuos reconocidos en varias categorías de inversión
- Transferencias automáticas entre las cuentas de efectivo y de inversión para que sus fondos estén siempre disponibles y no necesite recordar mover los fondos entre cuentas
- Fácil acceso a sus fondos con la tarjeta de débito y distribuciones en línea con depósito directo
- Administración sin papel e informes del Resumen de la cuenta en línea

CÓMO UTILIZAR LOS FONDOS DE SU CUENTA:

Tarjeta de débito: puede utilizar su tarjeta de beneficios Paylocity para acceder a los fondos de la HSA para pagar gastos médicos elegibles. Esta tarjeta de débito se puede utilizar en cualquier comercio elegible para atención médica que cumpla con el IAS para artículos relacionados con la atención médica. El uso de su tarjeta le ayuda a mantener efectivo en su billetera y hace que pagar los gastos de atención médica calificados con los fondos de su HSA sea fácil.



Móvil: gestione su información de atención médica de manera práctica, en cualquier momento y lugar, con la aplicación móvil de la cuenta de beneficios de Paylocity. La aplicación móvil le permite consultar fácilmente los saldos de sus cuentas, presentar reclamos y mucho más, esté donde esté. Quédate tranquilo sabiendo que nunca se almacena la información confidencial de su cuenta en el dispositivo y que se utiliza un cifrado seguro para proteger todas las transmisiones.

Si tiene preguntas adicionales, por favor, comuníquese con el Equipo de Servicio al Cliente de Paylocity al (800) 631-FLEX o BATHSAoperations@paylocity.com.

¡Le deseamos buena salud y bienestar!

PRÓXIMOS PASOS REQUERIDOS

Por favor, consulte las siguientes instrucciones para configurar su cuenta HSA:

1. Su **tarjeta de beneficios de Paylocity** llegará (en un envío separado) en aproximadamente 7 a 10 días hábiles. *Si ya tiene un servicio TPA con Paylocity, no recibirá una nueva tarjeta.*
2. **Para terminar de configurar su HSA, debe iniciar sesión en el Portal de autoservicio.**

Una vez que haya iniciado sesión en el Portal de autoservicio:

1. Haga clic en Spending Accounts (Cuentas de gastos).
2. Lea y acepte el Acuerdo de custodia, la divulgación electrónica y los requisitos de la Ley Patriota.
3. Haga clic en la pestaña Account Settings (Configuración de la cuenta) en la parte superior de la pantalla.
 - a. Ingrese la información del beneficiario.
 - b. Revise/agregue dependiente(s).
 - c. Ingrese la información de su cuenta bancaria personal para realizar transferencias de cuenta en línea.
 - i. El método principal de pago es la tarjeta de débito.
 - ii. El método de pago alternativo será la cuenta bancaria identificada como su Cuenta principal.
4. Acceda a los formularios de la HSA en el portal de autoservicio
 - a. Haga clic en Spending Account (Cuentas de gastos).
 - b. En el menú Help (Ayuda), seleccione Knowledge Base (Base de conocimiento).
 - c. Busque recursos de la HSA para los servicios flexibles de Paylocity.

Disponible sin costo para los empleados que estén inscritos en la cobertura médica.

Hable con los médicos siempre que lo necesite



Utilice Teladoc™ Health cuando no sea una emergencia y no pueda acudir a la consulta de un médico. **Está disponible 24/7 y normalmente pagará menos de lo que pagaría por una visita al consultorio o a una clínica de urgencias.**

Teladoc Health puede utilizarse para cosas como:

- › Alergias, resfriados, fiebre y gripe
- › Estreñimiento o diarrea
- › Problemas respiratorios o de sinusitis
- › Dolores de oído
- › Apoyo a la salud mental
- › Infecciones urinarias
- › Náuseas y vómitos
- › Conjuntivitis
- › Afecciones cutáneas (erupciones o picaduras de insectos)



¿Cómo se utiliza Teladoc Health?

Puede comenzar usando el chat de video en línea o nuestra aplicación gratuita BCBSTN. Simplemente tenga a mano su tarjeta de identificación de afiliado. Empezar es fácil. Regístrese iniciando sesión en nuestra aplicación BCBSTN o en **bcbst.com/Teladoc** y elija **Hablar con un médico ahora**. También puede llamar al **1-800-TELADOC**.

La primera vez que utilice Teladoc Health, tendrá que rellenar una breve encuesta sobre su historial médico y crear una cuenta. La próxima vez que la utilice, podrá conectarse a través de nuestra aplicación y hablar con un médico en cuestión de minutos.



**Activa tu
cuenta**



¡Usa los últimos 4 dígitos de tu
SSN para reclamar tu cuenta!

firststophealth.com | (888) 691-7867

Atención 24/7 cuando la necesites.

Obtén atención conveniente para tu cuerpo y mente, todo a través de teléfono o video. First Stop Health está disponible para todos los empleados elegibles y sus familiares inmediatos. ¡Así es, usar nuestro servicio cuesta \$0!



Visitas médicas bajo demanda

Recibir la atención que necesitas no debería ser complicado. ¡Médicos certificados están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, por teléfono o video!



Diagnóstico y tratamiento

Obtén apoyo inmediato, incluidas recetas cuando sea apropiado*, para:

- Dolor de garganta
- Tos
- Problemas sinusales
- Erupciones en la piel
- Infecciones urinarias (UTI)
- Reposición de recetas*
- Conjuntivitis (Ojo Rojo)
- Fiebre
- Dolor de oído
- Resfriado y gripe
- Consultas médicas
- ¡Y más!

*Disponible sin costo
alguno para empleados
que renuncien a la
cobertura médica.*

Plan dental

Nuestros beneficios del plan dental se brindan a través de la **Red de preferencia mutua de Mutual of Omaha**. La siguiente tabla describe cómo se pagan algunos de los servicios más comunes en proveedores y centros dentro y fuera de la red. Pagará menos por la atención cuando consulte a un proveedor dentro de la red, ya que puede estar sujeto a facturación de saldo cuando utilice un proveedor dental fuera de la red.

Encuentre a un proveedor dental: <https://www.mutualofomaha.com/dental>

Beneficios dentales	La Red de preferencia mutua y fuera de la red
Deducible por año calendario	
Individual / Familiar	\$50 / \$150
Máximo por año calendario	\$2000
Servicios preventivos (aplica al máximo del año calendario) como limpiezas, radiografías y exámenes	Sin costo para usted
Servicios básicos como empastes y extracciones	Usted paga el 20% después del deducible
Servicios mayores como coronas e implantes	Usted paga el 50% después del deducible
Programa de descuento para audición	
El programa de descuento para audición le ofrece a usted y a su familia productos auditivos con descuento, incluidos audífonos y baterías. Llame al (888) 534-1747 o visite www.amplifonusa.com/mutualofomaha ¡Para saber más!	



Por favor, consulte la documentación de su plan para conocer todos los detalles y las exclusiones.

Plan de visión

Nuestros beneficios del plan de visión se brindan a través de **Mutual of Omaha** respaldado por la **red EyeMed**. La siguiente tabla describe cómo se pagan algunos de los servicios más comunes en proveedores e instalaciones dentro y fuera de la red. Pagará menos por la atención que reciba de un proveedor dentro de la red.

Encuentre a un proveedor de visión: <https://www.mutualofomaha.com/vision>

Beneficios de visión	La Red de EyeMed	Fuera de la red Reembolsos
Exámenes y evaluaciones (una vez cada 12 meses)		
Examen	\$10 de copago	Hasta \$37
Examen de retina (sujeto a disponibilidad del proveedor)	Hasta \$39 de copago	No corresponde
Lentes y monturas de anteojos estándar (una vez cada 12 meses)		
Lentes monofocales	\$25 de copago	Hasta \$20
Lentes bifocales con línea	\$25 de copago	Hasta \$36
Lentes trifocales con línea	\$25 de copago	Hasta \$64
Lentes lenticulares con línea	\$25 de copago	Hasta \$64
Lentes progresivos estándar	\$65 de copago adicional	Hasta \$36
Monturas	Asignación de \$200 + 20% de descuento sobre el saldo restante	Hasta \$79
Lentes de contacto en lugar de anteojos (una vez cada 12 meses)		
Convencional optativo	Asignación de \$200 + 15% de descuento sobre el saldo restante	Hasta \$136
Medicamentos necesarios	Se cubre en su totalidad	Hasta \$210
Adaptación y examen de lentes de contacto	Hasta \$40 de copago + 10% de descuento sobre el precio de venta	No corresponde
Programa de descuento para audición		
El programa de descuento para audición le ofrece a usted y a su familia productos auditivos con descuento, incluidos audífonos y baterías. Llame al (888) 534-1747 o visite www.amplifonusa.com/mutualofomaha ¡Para saber más!		



Por favor, consulte la documentación de su plan para conocer todos los detalles y las exclusiones.

Seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Todos los empleados elegibles reciben un beneficio de seguro de vida y AD&D de \$15 000. Este beneficio se proporciona a través de **Mutual of Omaha** *sin costo alguno para usted*. Los beneficios del seguro de vida grupal y AD&D se reducen en un 50% a los 70 años.

Seguro de vida y AD&D voluntario

Mutual of Omaha ofrece servicios adicionales de seguro de vida y AD&D voluntario. *Cuando sea elegible por primera vez, puede inscribirse en los montos de cobertura a continuación sin evidencia de asegurable (EOI) si lo hace dentro de los 31 días. Cualquier monto que supere la emisión garantizada requerirá una EOI, que deberá completar y enviar dentro de los 31 días posteriores a la solicitud. Si elige el seguro de vida voluntario, su cobertura de AD&D voluntaria coincidirá con el monto de su seguro de vida.*

Durante la inscripción abierta, los empleados pueden aumentar la cobertura del seguro de vida voluntario en 2 incrementos, sin exceder el monto de emisión garantizada, sin EOI; cualquier monto en exceso requerirá una EOI.

La cobertura está disponible para usted y su(s) dependiente(s). Debe elegir la cobertura para usted mismo antes de elegir la cobertura para sus dependientes. Para que sus hijos reciban esta cobertura, deben añadirse como dependientes en Employee Navigator.

Las tarifas para esta cobertura se pueden encontrar en **Employee Navigator**. Las tarifas para cónyuges se basan en la edad del empleado.

Cobertura	Montos de los beneficios	Emisión garantizada Solo se aplica a los nuevos elegibles
Empleado	5 veces su salario anual en incrementos de \$10 000 hasta un máximo de \$100 000	\$100 000
Cónyuge <i>finaliza cuando el empleado cumple 70 años</i>	incrementos de \$5000 hasta un máximo de \$25 000; Sin superar el 100% del beneficio del empleado	\$25 000 Sin superar el 100% del beneficio del empleado
Hijos	\$10 000	\$10 000

Los beneficios del seguro de vida y AD&D voluntario se reducen en un 35% a los 70 años, en un 55% a los 75 años, en un 70% a los 80 años, en un 80% a los 85 años y en un 85% a los 90 años.

Ciertos beneficios pueden incluir requisitos de trabajo activo bajo los cuales la cobertura del seguro no comienza a menos que y hasta que un empleado esté trabajando activamente. Sin perjuicio de cualquier disposición contraria contenida en la Guía de Beneficios, se deben cumplir todos los requisitos de trabajo activo y/o empleo activo aplicables conforme a un plan. Además, la cobertura del seguro para dependientes elegibles puede retrasarse si están confinados (en casa, en un hospital o en cualquier otra institución o centro) o discapacitados en la fecha en que de otra manera comenzaría el seguro, de acuerdo con los términos de la póliza.

Existen opciones de conversión y portabilidad. Póngase en contacto con Recursos Humanos para obtener más información en los 30 días siguientes a su salida.

Por favor, consulte la documentación de su plan para conocer todos los detalles y las exclusiones.



¡No olvides actualizar a tus beneficiarios!

La vida se mueve rápido. Probablemente nombraste a un beneficiario al contratar un seguro de vida, un plan de jubilación o una cuenta financiera. Pero ¿cuándo fue la última vez que lo revisaste? Mantener esta información actualizada garantiza que las personas adecuadas se beneficien cuando llegue el momento.

»» ¿Qué es un beneficiario?

Un beneficiario es la persona (o grupo de personas) que recibirá su pago de seguro de vida, ahorros para la jubilación u otros activos financieros después de su fallecimiento, y hay dos tipos de beneficiarios:

Beneficiario principal: El primero en la fila para recibir los beneficios. Puede nombrar a más de uno y compartirán los bienes.

Beneficiario Contingente: El plan de respaldo. Estas personas solo reciben bienes si el beneficiario principal no puede (por ejemplo, si fallece).

Tus opciones de beneficiario prevalecen sobre tu testamento. Si la información de tu beneficiario no está actualizada, tus bienes podrían terminar en manos de alguien que no deseabas, como un ex o un familiar lejano. Peor aún, si no figura nadie en la lista, el dinero sigue un orden predeterminado (cónyuge > hijos > padres > hermanos). Mantener la información de tu beneficiario actualizada les ahorra estrés, tiempo y posibles problemas posteriores a tus seres queridos.

Actualice su información después de eventos importantes como:



Casarse o divorciarse



Tener o adoptar un hijo



La muerte de un beneficiario



Cambio de nombre del beneficiario

Cómo actualizar sus beneficiarios

¡Actualizar la información de tus beneficiarios es más fácil de lo que crees! Simplemente contacta con tu departamento de Recursos Humanos para iniciar el proceso.

Mantener la información de tus beneficiarios actualizada no lleva mucho tiempo, pero puede ahorrarles muchos problemas a tus seres queridos.

Tómate cinco minutos hoy para comprobarlo; ¡vale la pena!

Seguro por discapacidad

Nuestro seguro por discapacidad a corto plazo (STD) y nuestro seguro por discapacidad a largo plazo (LTD) se proporcionan de forma voluntaria a través de **Mutual of Omaha**, y usted es responsable de pagar el costo de estas coberturas a través de una deducción de nómina después de impuestos. Las tarifas para esta cobertura se pueden encontrar en **Employee Navigator**.

En caso de que usted quede discapacitado debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, se proporcionan beneficios de ingresos por discapacidad como fuente de ingresos. Usted no será elegible para recibir beneficios por discapacidad a corto plazo si está recibiendo beneficios de compensación laboral.

Tenga en cuenta que si renuncia al seguro por discapacidad a largo plazo cuando es elegible inicialmente, se le solicitará que envíe un cuestionario de salud a Mutual of Omaha si así lo elige en el futuro.

Seguro por discapacidad a corto plazo voluntario	Beneficios
Los beneficios comienzan	En el día 15 de lesión o enfermedad discapacitante
Beneficios pagaderos	11 semanas
Porcentaje de ingresos sustituidos	60% de los ingresos semanales mientras se cumpla la definición de discapacidad
Beneficio semanal máximo	Hasta \$1000 por semana
Limitación por afección preexistente	Cualquier afección por la que reciba atención médica en los 3 meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura que resulte en una solicitud de reembolso durante los primeros 12 meses de cobertura no estaría cubierta.

Seguro por discapacidad a largo plazo voluntario	Beneficios	
Los beneficios comienzan	El día 91 de la enfermedad o lesión discapacitante	
Beneficios pagaderos	Edad al momento de la discapacidad	Período máximo de beneficio
	Menos de 65 años	5 años
	Entre 65 y 68 años	hasta los 70 años
	69 y más	1 año
Porcentaje de ingresos sustituidos	60% de los ingresos mensuales mientras se cumpla la definición de discapacidad	
Beneficio mensual máximo	Hasta \$6000 por mes	
Período de ocupación propia	2 años	
Limitación por afección preexistente	Cualquier afección por la que reciba atención médica en los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura y que dé lugar a un reclamo durante los 12 primeros meses de cobertura, no estaría cubierta.	

Los montos de los beneficios pueden verse reducidos por otros ingresos, como las licencias por enfermedad y los ingresos estatales por discapacidad.

Ciertos beneficios pueden incluir requisitos de trabajo activo bajo los cuales la cobertura del seguro no comienza a menos que y hasta que un empleado esté trabajando activamente. Sin perjuicio de cualquier disposición contraria contenida en la Guía de Beneficios, se deben cumplir todos los requisitos de trabajo activo y/o empleo activo aplicables conforme a un plan.

Consulte los documentos de su plan para obtener detalles completos, otras reducciones de ingresos y exclusiones.

Seguro contra accidentes

Los accidentes pueden ocurrir en cualquier momento y el tratamiento y la recuperación pueden ser costosos. Si está cubierto por un seguro contra accidentes de **Allstate Benefits (parte de The Standard)**, recibirá un beneficio en efectivo cuando reciba tratamiento por una lesión cubierta fuera del trabajo. Como beneficio voluntario, usted paga el costo de esta cobertura a través de una deducción de nómina después de impuestos.

Si bien la póliza cubre más de 50 lesiones específicas relacionadas con accidentes, la siguiente tabla ofrece un breve resumen de algunos de los tratamientos más comunes relacionados con accidentes.

Seguro contra accidentes voluntario	Beneficios <i>Los beneficios se pagan una vez por accidente a menos que se indique lo contrario aquí o en los documentos del plan</i>
Beneficio de bienestar Cada año, cada familiar que tenga cobertura por accidente puede recibir un beneficio de bienestar por someterse a una prueba de detección de enfermedades cubierta	\$50 por participante por año
Hospitalización inicial (paga una vez al año)	\$1250
Hospitalización diaria (paga diariamente)	\$250
Cuidados intensivos (pago diariamente)	\$500
Tratamiento en sala de emergencias	\$200
Ambulancia aérea	\$600
Ambulancia terrestre	\$200
Beneficio por quemaduras	Hasta \$1000
Beneficio por coma con asistencia respiratoria	\$20 000
Beneficio por dislocación	Hasta \$4000
Beneficio por fractura	Hasta \$4000
Terapia ocupacional o del habla (paga diariamente)	\$60
Radiografías	\$200

Ciertos beneficios pueden incluir requisitos de trabajo activo bajo los cuales la cobertura del seguro no comienza a menos que y hasta que un empleado esté trabajando activamente. Sin perjuicio de cualquier disposición contraria contenida en la Guía de Beneficios, se deben cumplir todos los requisitos de trabajo activo y/o empleo activo aplicables conforme a un plan. Además, la cobertura del seguro para dependientes elegibles puede retrasarse si están confinados (en casa, en un hospital o en cualquier otra institución o centro) o discapacitados en la fecha en que de otra manera comenzaría el seguro, de acuerdo con los términos de la póliza.

Existen opciones de portabilidad. Póngase en contacto con Recursos Humanos en los 30 días siguientes a su salida para obtener más información sobre cómo llevarse su cobertura una vez finalizado su contrato laboral.

Algunas condiciones, limitaciones y exclusiones afectarán su elegibilidad para recibir beneficios de este plan voluntario. Consulte la documentación de su plan para conocer todos los detalles y las exclusiones del plan.

Seguro de enfermedades graves

Una enfermedad grave puede cambiarle la vida y generar gastos inesperados que no están cubiertos por su seguro médico. Recuperarse de una enfermedad puede ralentizar su ritmo de trabajo, pero no reducirá sus facturas mensuales. El seguro de enfermedades graves de **Allstate Benefits (parte de The Standard)** puede ayudar a proteger sus finanzas pagándole un beneficio en efectivo si se le diagnostica una enfermedad grave cubierta. Además, puede utilizar este beneficio como quiera. Como beneficio voluntario, usted paga el costo de esta cobertura a través de una deducción de nómina.

Las tarifas se basan en la edad y el consumo de tabaco y se pueden encontrar en **Employee Navigator**. Para que sus hijos reciban esta cobertura, *deben* agregarse como dependientes durante la inscripción.

Tenga en cuenta que si renuncias a la cobertura de enfermedades graves cuando eres elegible inicialmente, puede que tengas que enviar un cuestionario de salud a Allstate Benefits si decides elegir en el futuro.

Beneficios del seguro de enfermedades graves voluntario	Opción 1	Opción 2
Beneficio máximo	\$10000	\$20000
Beneficio de bienestar	\$25 por participante por año	
Cáncer invasivo	\$10000	\$20000
Tumor cerebral benigno	\$10000	\$20000
Carcinoma in situ	\$2500	\$5000
Cáncer de piel	\$250	\$250
Ataque cardíaco o derrame cerebrovascular	\$10000	\$20000
Insuficiencia renal terminal	\$10000	\$20000
Trasplante de órgano importante	\$10000	\$20000
Enfermedad de Alzheimer/Parkinson avanzada	\$10000	\$20000
Coma	\$10000	\$20000
Parálisis o pérdida total de la audición, la vista o el habla	\$10000	\$20000

Ciertos beneficios pueden incluir requisitos de trabajo activo bajo los cuales la cobertura del seguro no comienza a menos que y hasta que un empleado esté trabajando activamente. Sin perjuicio de cualquier disposición contraria contenida en la Guía de Beneficios, se deben cumplir todos los requisitos de trabajo activo y/o empleo activo aplicables conforme a un plan. Además, la cobertura del seguro para dependientes elegibles puede retrasarse si están confinados (en casa, en un hospital o en cualquier otra institución o centro) o discapacitados en la fecha en que de otra manera comenzaría el seguro, de acuerdo con los términos de la póliza.

Existen opciones de portabilidad. Póngase en contacto con Recursos Humanos en los 30 días siguientes a su salida para obtener más información sobre cómo llevarse su cobertura una vez finalizado su contrato laboral.

Algunas condiciones, limitaciones y exclusiones afectarán su elegibilidad para recibir beneficios de este plan voluntario. Consulte la documentación de su plan para conocer todos los detalles y las exclusiones del plan.

Conflictos con la documentación del plan

Esta guía de beneficios está diseñada para proporcionar información básica sobre los planes y programas de beneficios disponibles para los empleados elegibles. Este documento simplemente resume los planes y programas de beneficios para empleados y no detalla todos los términos, condiciones, restricciones y exclusiones contenidos en los documentos del plan, los contratos con las aseguradoras o las Descripciones Resumidas del Plan (SPD) (la "documentación del plan") para los diversos planes y programas de beneficios. Se ha hecho todo lo razonablemente posible para garantizar la exactitud de la información contenida en este documento; sin embargo, en caso de discrepancia entre la información de este documento y la documentación del plan, prevalecerán las disposiciones descritas en la documentación del plan. Este documento no crea ningún derecho contractual para ningún empleado actual o anterior ni para ninguna otra persona. Las disposiciones de la documentación del plan aplicable regirán la determinación de los derechos de cualquier persona bajo cualquier plan o programa de beneficios para empleados. Se reserva el derecho de modificar o cancelar cualquiera de sus planes y programas de beneficios para empleados en cualquier momento y sin previo aviso ni causa.

Avisos anuales

*Los empleados pueden acceder a estos avisos en **Employee Navigator**. También puede solicitar una copia impresa de los avisos requeridos comunicándose con Recursos Humanos.*