



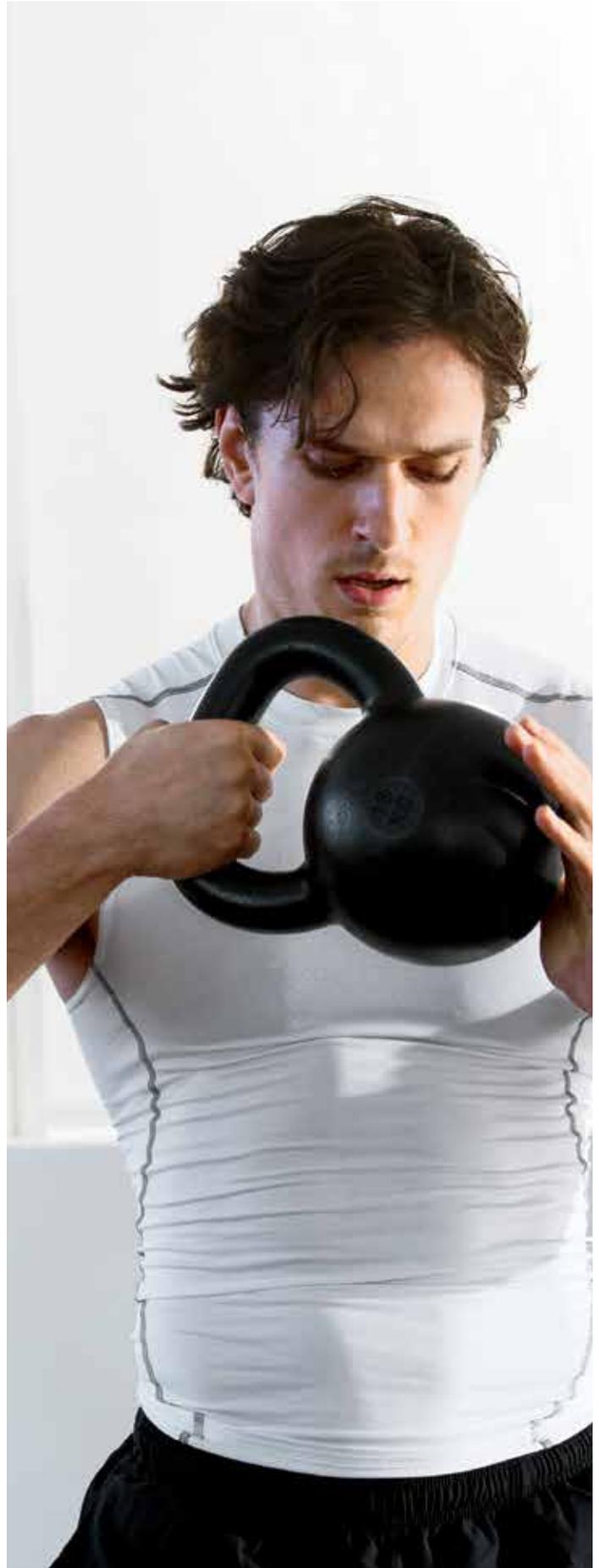
2019/2020

Información del plan de beneficios

Beneficios médicos y flexibles
administrados por

HEALTHEZ.

Esta guía de beneficios describe la mayoría de los planes de beneficios disponibles para usted como miembro del equipo de Life Time. Los detalles de estos planes se encuentran en los documentos oficiales del plan, incluidos algunos contratos de seguro. El objetivo de esta guía es solo cubrir los puntos principales de cada plan. No contiene todos los detalles que se incluyen en la descripción resumida del plan. Si hubiese alguna duda sobre cualquiera de estos planes, o si hubiese algún conflicto entre la información de esta guía y el lenguaje formal de los documentos de los planes, prevalecerán los documentos del respectivo plan. Tenga en cuenta que los beneficios descritos en esta guía, incluidos el tipo y diseño de los planes, se pueden cambiar en cualquier momento a discreción de Life Time.





2019/2020

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA DE LIFE TIME

Cobertura de seguro médico de cónyuge/pareja doméstica

Si el cónyuge/pareja doméstica de un miembro del equipo de Life Time tiene disponible cobertura de seguro médico grupal patrocinada por su empleador, entonces el cónyuge/pareja doméstica ya no califica para la cobertura médica de Life Time; esto a partir del 1 de octubre de 2016.

Si a su cónyuge/pareja doméstica no se le ofrece cobertura de seguro médico grupal patrocinada por el empleador, debe actualizar este formulario **anualmente** antes de que él/ella pueda continuar con cobertura del plan de seguro médico de Life Time. Si su cónyuge/pareja doméstica tiene seguro médico disponible a través de su empleador y elige no inscribirse, su cónyuge/pareja doméstica no podrá inscribirse bajo el plan de Life Time Fitness. Si tiene preguntas sobre este Formulario de verificación de elegibilidad, llame al Equipo de beneficios de Life Time al 952.401.2316.

Complete las partes A y B de este formulario (si corresponde) y adjúntelo a su inscripción de beneficios en Workday.

Si no adjunta este formulario, no se aprobará su inscripción, Life Time eliminará automáticamente la cobertura médica de su cónyuge/pareja doméstica.

Si su cónyuge/pareja doméstica es elegible para la cobertura del empleador en una fecha posterior o pierde la cobertura, usted debe completar un nuevo Formulario de verificación de elegibilidad y presentarlo junto con un acontecimiento de vida en Workday dentro de los 30 días posteriores a la fecha del acontecimiento.

PARTE A – El miembro del equipo completa este lado primero

Nombre del miembro del equipo: _____ Nombre del cónyuge/pareja doméstica: _____

De las siguientes opciones, marque solo UNA que corresponda en su caso:

1. Mi cónyuge/pareja doméstica: (Marque una)

_____ No está empleado/a

_____ Está jubilado/a y no tiene seguro médico a través de su empleador anterior o sistema de jubilación

_____ Es trabajador/a independiente y no tiene seguro médico

_____ Está empleado/a **solamente** por Life Time

Si corresponde esta sección, marque aquí y firme abajo de la Parte A. No necesita completar la Parte B

2. Mi cónyuge/pareja doméstica está empleado/a en _____ y: (Marque una)

_____ No le ofrecen seguro médico grupal para él/ella

_____ Está empleado/a, pero no es elegible para seguro médico con su empleador

Firme en la parte inferior del formulario y haga que el empleador de su cónyuge/pareja doméstica complete la Parte B

LEA ABAJO Y FIRME:

Reconocimiento de responsabilidad del miembro del equipo: He leído la información anterior referente al requisito del cónyuge/pareja doméstica para calificar para la cobertura de seguro médico. A mi leal saber y entender, reconozco que la información en este formulario es correcta. Entiendo que si entrego una declaración falsa u omito información, Life Time tendrá el derecho de recuperar cualquier pago en exceso y los honorarios legales incurridos, y que tanto mi empleo como la cobertura del seguro médico podrán ser rescindidos inmediatamente.

Firma del miembro del equipo: _____ Número del miembro: del equipo: _____

Fecha: _____

2019/2020

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA DE LIFE TIME

Cobertura de seguro médico de cónyuge/pareja doméstica

PARTE B – A completar por el empleador del cónyuge/pareja doméstica

Nombre del cónyuge/pareja doméstica: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

A quien corresponda:

Si el cónyuge/pareja doméstica de un empleado de Life Time tiene disponible cobertura de seguro médico grupal patrocinada por su empleador, entonces el cónyuge/pareja doméstica ya no es elegible para la cobertura de seguro médico de Life Time; esto a partir del 1 de octubre de 2016.

Nuestro empleado ha indicado que usted es el empleador de su cónyuge/pareja doméstica. Debido a nuestra cláusula de cónyuge/pareja doméstica indicada anteriormente, se requiere información adicional para realizar una evaluación adecuada de la elegibilidad del cónyuge/pareja doméstica.

1. ¿Proporciona cobertura de seguro médico grupal a sus empleados?

Sí _____ No _____

a. Si la respuesta es Sí, responda la pregunta 2.

b. Si responde No, firme, ponga la fecha y devuelva el formulario.

2. ¿El empleado antes mencionado es elegible para inscribirse en su programa de seguro médico?

Sí _____ No _____

a. Si la respuesta es Sí, responda la pregunta 3.

b. Si la respuesta es No, indique por qué: _____

Firme, ponga la fecha y devuelva el formulario.

3. ¿El empleado antes mencionado está cubierto bajo el seguro médico de su compañía?

Sí _____ No _____

a. Si la respuesta es Sí por favor brinde la información siguiente:

Compañía de seguros: _____

N.º de grupo: _____

Firma del representante del empleador

Fecha

Nombre y cargo en letra de imprenta

Número telefónico

SI ACTUALMENTE ES MIEMBRO DEL EQUIPO DE LIFE TIME:

El período de Inscripción abierta de Life Time para el año del plan 2019-2020 comienza el 5 de agosto de 2019 y finaliza el 22 de agosto de 2019. La fecha de entrada en vigor de la cobertura de beneficios que elija durante este período será el 1 de octubre de 2019. Las elecciones que realice durante este período de Inscripción abierta permanecerán vigentes hasta el 30 de septiembre de 2020, a menos que ocurra un Acontecimiento en su vida que califique (consulte la página 8).

Cada año durante el período de Inscripción abierta, cada miembro del equipo elegible de Life Time debe completar su inscripción en línea a través de Workday, incluso si considera descartar esta opción o si no quiere hacer cambios a su cobertura actual. Los planes de beneficios de Life Time requieren la inscripción activa de los miembros del equipo. Esto significa que usted debe reinscribirse en los beneficios para continuarlos en el siguiente año del plan. **Si no se inscribe durante la Inscripción abierta, sus beneficios médicos, dentales y de la vista, además de sus cuentas antes de impuestos terminarán el 30 de septiembre de 2019.**

¡Nuevo este año!

- Los Planes de salud con deducibles altos (HDHP 2000 y HDHP 5000) ahora contarán con una lista genérica de medicamentos preventivos. Esto le ofrece ahorros en las recetas que toma regularmente para prevenir ciertas afecciones de salud, como colesterol alto, presión arterial alta, diabetes y otras. El drug genérico aplicable estará disponible para usted sin costo antes de que se cumpla su deducible de acuerdo con las pautas del IRS.
- El período de espera de discapacidad a corto plazo se ha reducido de su período de espera anterior de 14 días. Su tipo de discapacidad determinará el período de espera de beneficios. Los beneficios comenzarán el día 1 de incapacidad causada por un accidente / lesión y el día 8 por una discapacidad causada por enfermedad / embarazo. **Tenga en cuenta: si no se inscribe para STD cuando es elegible por primera vez y elige inscribirse más tarde, estará sujeto a una multa por ingreso tardío.**

SI ES UN NUEVO MIEMBRO DEL EQUIPO DE LIFE TIME:

Bienvenido a Life Time. Este folleto es un resumen de nuestras ofertas de beneficios para los miembros de equipos a tiempo completo que sean elegibles. Para ver los documentos completos del plan, visite Workday y LT Grid. Los miembros del equipo nuevos son elegibles para beneficios el primer día del mes después de 60 días consecutivos como miembros del equipo activos y a tiempo completo. **Debe inscribirse antes de la fecha de inicio de su beneficio.** Se exige que todos los miembros de equipos completen la tarea de inscribirse durante el período de Inscripción abierta. Dependiendo de su fecha de contratación, es posible que tenga que completar su tarea como nuevo miembro del equipo y la tarea de inscripción abierta al mismo tiempo. Si tiene preguntas sobre el proceso de inscripción o cualquiera de los beneficios que ofrecemos, consulte Workday, LT Central, ltfbenefits.com o llame a Recursos Humanos al 888.848.7070.

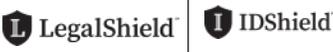
SI ES UN MIEMBRO DEL EQUIPO ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS DE LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (ACA):

Como miembro del equipo a tiempo parcial, puede ser elegible para el plan médico basado en su período de medición inicial o estándar de 12 meses, si durante ese período trabaja constantemente 130 horas por mes. Puede inscribir a sus dependientes elegibles en el mismo plan que elija para usted.

AVISO PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO:

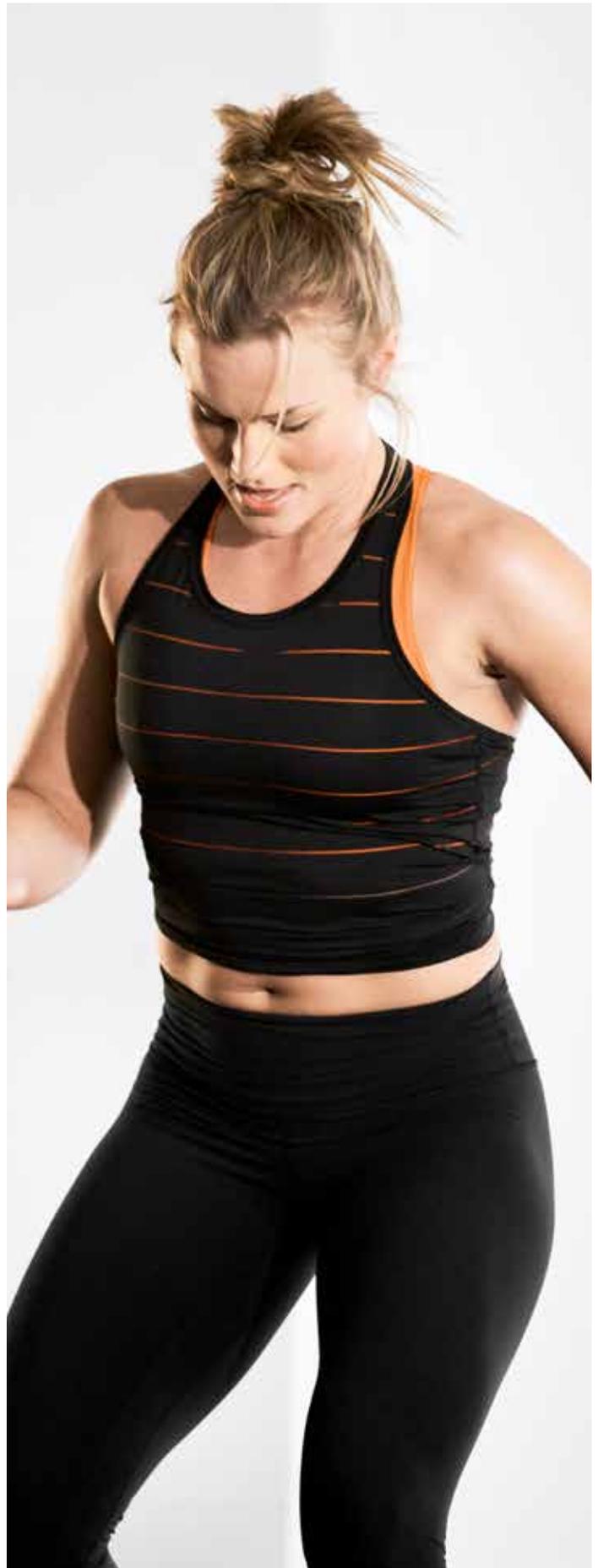
Si inscribe a su cónyuge o pareja doméstica en su plan médico, debe cargar el formulario de verificación completado que figura en las páginas 1 y 2 de este folleto, en Workday. Esto debe hacerse durante su inscripción inicial y debe renovarse cada año durante el período de inscripción abierta. No se harán excepciones.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE NUESTRO SOCIO DE BENEFICIOS

Compañía	Servicio	Número telefónico	Sitio web
 HEALTHY WAY OF LIFE	RRHH y Nómina de pago	888.848.7070	Consulte el sitio de Recursos Humanos y Beneficios en LTPulse
	Administrador de cuentas médicas y de gastos flexibles y Línea de enfermería	800.948.3253	ltfbenefits.com
	Servicios de tele-salud	866.703.1259	healthiestyou.com
 Boost Your Baby	Administración de casos de maternidad	800.808.4848	boostyourbaby.com
 EyeMed Vision Care	Administrador del seguro de la vista	866.800.5457	eyemed.com
 Delta Dental of Minnesota	Administrador del seguro dental	800.448.3815	deltadentalmn.org
 Optum	Administrador de la cuenta HSA	877.470.1771	mycdh.optum.com
 Fidelity Investments	401k	800.835.5095	401k.com
 CBIZ	Asesor del plan 401k	877.323.3867	cbiz.com
	Administrador de COBRA	800.815.3023, opc. 6	cbiz.com
 The Standard	Administrador del seguro de vida e incapacidad	888.937.4783	standard.com
 LifeWorks	Programa de asistencia a empleados	888.267.8126	lifeworks.com Ident. del usuario: Lifetime Contraseña: fitness
	Servicios legales/identidad		admin@itcprotects.com

CONTENIDO

Información de contacto	4
Su plan de beneficios	7
Cómo funcionan sus beneficios	7
Cuándo comienzan los beneficios	8
Cómo elegir sus beneficios	8
Cuándo termina la cobertura	8
Acontecimientos de cambio en su vida que califican.....	8
Cobertura médica.....	9
Healthiest You.....	11
Programas de administración de cuidados.....	12
Cobertura dental.....	13
Cobertura de la vista.....	15
Seguro voluntario de incapacidad temporal.....	17
Seguro voluntario de incapacidad de largo plazo	18
Seguro de vida.....	21
Cómo entender la cuenta de ahorros para la salud (HSA)	24
Cómo entender la cuenta de gastos flexibles (FSA).....	28
Beneficios de transporte.....	30
401k	32
Beneficio de adopción.....	32
Permiso sin goce de sueldo	32
Programa de asistencia a empleados.....	32
Seguro de asistencia para viajes FrontierMEDEX	32
Beneficios individuales voluntarios.....	33
Términos clave relativos a los beneficios	34
Servicio de pagos médicos HealthEZpay	35
Sea un héroe de los almuerzos escolares	36



MEMBRESÍA DE LIFE TIME

En Life Time, abogamos por vidas sanas y felices para nuestros miembros, incluidos, por supuesto, nuestros miembros de equipos. Entregamos nuestro apoyo a usted y a sus metas del programa Healthy Way of Life. Hacemos esto sin importar dónde usted viva, trabaje o juegue. Esto significa que, independientemente del nivel en el que trabaja en el club, recibirá una membresía de nivel Diamante.

Adiciones a la membresía. Los miembros del equipo reciben una membresía individual o familiar dependiendo del trabajo que realizan. Los cónyuges, las parejas domésticas y los hijos dependientes (de 25 años o menos) se pueden agregar a las membresías individuales (se requiere que los hijos dependientes tengan su propia membresía a los 26 años).

Recordatorios importantes

Las adiciones a la membresía se permiten solo para cónyuges, parejas domésticas e hijos dependientes (25 años y menos). Los parientes, compañeros de habitación, amigos u otros no se pueden agregar a una membresía.

Los hijos dependientes deben tener su propia membresía a los 26 años. Por lo tanto, si un hijo dependiente desea continuar con su membresía de Life Time, al cumplir los 26 años de edad debe establecer una membresía nueva y separada.

Preguntas. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con su mánager o contáctenos en **HRSupport@lt.life**.

Gracias, como siempre, por su pasión para cambiar vidas positivamente y por ser un miembro del equipo valioso.

SU PLAN DE BENEFICIOS

Life Time ofrece una amplia variedad de beneficios y le brinda la oportunidad de personalizar un paquete de beneficios que satisfaga sus necesidades personales.

CÓMO FUNCIONAN SUS BENEFICIOS

Requisitos de elegibilidad para obtener cobertura de miembro del equipo.

Una persona es elegible para cobertura de miembro del equipo desde el primer día en que:

1. es un miembro del equipo activo y a tiempo completo para el empleador. Un miembro del equipo a tiempo completo es aquel que normalmente tiene un horario de trabajo de por lo menos 36 horas a la semana (32 horas por semana en el caso de los miembros del equipo técnico del spa) y está en la nómina regular del empleador para ese período de pago. La elegibilidad para el beneficio de seguro médico también se obtiene si un miembro del equipo trabaja 30 horas o más durante los períodos de medición inicial o estándar, según lo define la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).
2. figura en una categoría elegible para cobertura.
3. completa el período de espera de empleo del **primer día del mes después de 60 días consecutivos** como empleado activo a tiempo completo. El "período de espera" es el tiempo entre la fecha de contratación y el primer día de cobertura bajo el plan.

Requisitos de elegibilidad para obtener cobertura de dependientes.

Cualquier miembro de la familia de un miembro del equipo es elegible para cobertura de dependientes el primer día en que el miembro del equipo es elegible para cobertura y cuando el miembro de la familia cumple con los requisitos correspondientes.

Life Time ofrece cobertura médica a su cónyuge legal o pareja doméstica que NO sea elegible para cobertura en otro lugar.

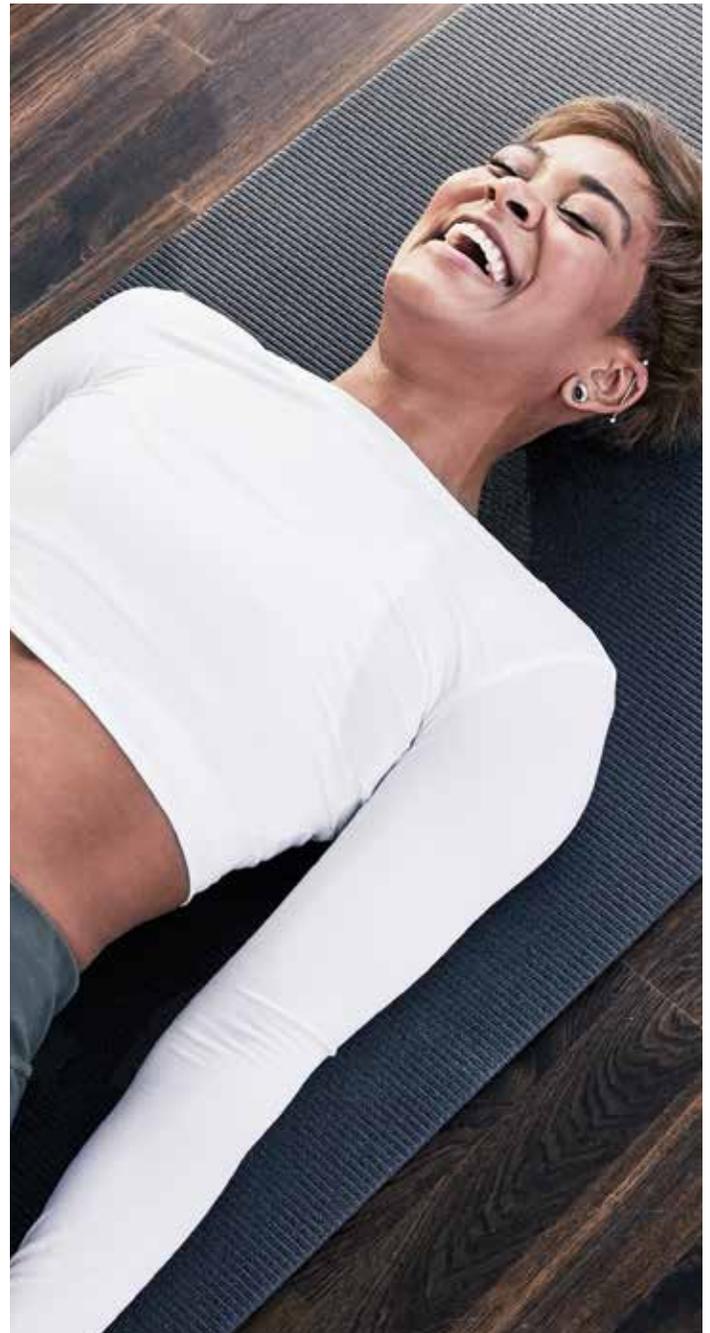
Su cónyuge o pareja doméstica puede tener cobertura en el plan de Life Time si:

- también es miembro del equipo de Life Time.
- no está empleado.
- está empleado, pero no es elegible para beneficios con su empleador actual.
- es elegible para Medicare o Medicaid.

Se requerirá documentación legal para la inscripción, que deberá cargar en el sistema Workday cuando se inscriba. Los hijos de parejas domésticas no se consideran dependientes a menos que el miembro del equipo sea el tutor legal.

En cualquier momento, el plan podría requerir prueba de que el cónyuge legal, la pareja doméstica o un hijo califica o continúa calificando como dependiente según se define en este plan.

Encontrará una lista completa de la documentación aceptable en Workday y LT Central.



CUÁNDO COMIENZAN LOS BENEFICIOS

Fecha de entrada en vigor de la cobertura del miembro del equipo.

Un miembro del equipo tendrá cobertura bajo este plan a partir del primer día del mes calendario posterior a la fecha en que el miembro del equipo cumpla con todo lo siguiente:

1. El requisito de elegibilidad
2. El requisito de miembro del equipo activo y a tiempo completo
3. Los requisitos de inscripción del Plan
4. Miembro del equipo por lo menos durante 60 días

CÓMO ELEGIR SUS BENEFICIOS

Verá un formulario de inscripción en su bandeja de entrada de Workday del 5 al 22 de agosto para completar la inscripción abierta o bien, en el caso de los miembros del equipo recientemente elegibles, se le entregará un formulario a 10 días de su fecha de contratación a tiempo completo. Para toda la cobertura pagada por el empleador, la inscripción en Workday se encuentra preseleccionada como inscrita. Además, la cobertura por incapacidad de corto plazo también se encuentra preseleccionada como inscrita. Puede renunciar a su seguro de vida e incapacidad en cualquier momento. Los planes de seguro de vida e incapacidad se pueden dejar en cualquier momento. Existe un período de inscripción abierta tanto para el seguro de vida como para el seguro de incapacidad de largo plazo para miembros del equipo cada 3 años si renuncia a la cobertura durante su elegibilidad inicial.

Su parte del costo se deduce automáticamente de su cheque de pago. Hay dos maneras de deducir el costo:

Después del descuento de impuestos

- Después de que se calculan sus impuestos (Seguro de vida adicional, Seguro de vida para dependiente y Seguro de Incapacidad a corto y a largo plazo)
- El pago de la cobertura de pareja doméstica se paga después de impuestos

Antes del descuento de impuestos

- Antes de que se calculen sus impuestos (primas de seguros médico, dental y de la vista, 401k, contribuciones a cuenta HSA (Optum solamente), contribuciones a cuentas de transporte, gastos flexibles y contribuciones a cuenta de gastos para el cuidado de dependientes)
- Existe una gran ventaja al pagar algunos beneficios con dinero libre de impuestos. Usar dinero antes de que se calculen sus impuestos reduce el monto de su salario que está sujeto a impuestos. Por lo tanto, paga menos impuestos.

CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA

Todos los beneficios terminan el último día del mes en que cesa su vínculo laboral con Life Time o cuando usted ya no es elegible para beneficios.

SEGURO MÉDICO

Para la mayoría de las personas, el seguro médico ya no es un "deseo", es una necesidad. Todos hemos sido testigos del aumento del costo de la atención médica a través de los años; por lo tanto, necesitamos un seguro que nos ayude a proteger no solo nuestro estado físico, sino también nuestro estado financiero.

Con el ofrecimiento de diversas combinaciones de deducibles, coberturas y niveles de pago, lo más probable es que haya una opción médica que le servirá a su familia para mantenerse física y financieramente en forma.

ACONTECIMIENTOS DE LA VIDA QUE CALIFICAN

En general, solo puede cambiar sus opciones de beneficios durante el período anual de inscripción de beneficios. Sin embargo, es posible que pueda cambiar ciertas opciones de beneficios a mitad de año si tiene un acontecimiento que califica para el cambio de estatus, por ejemplo:

- Su matrimonio
- Su divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo elegible
- Fallecimiento de su cónyuge o hijo con cobertura
- Cambio en la situación laboral de su cónyuge que afecta sus beneficios
- Cambio en su estado laboral que afecta sus beneficios
- Cambio en la elegibilidad de su hijo para los beneficios
- Recibir una Orden de Apoyo Médico Calificado a un Niño (QMCSO)

Debe avisar al departamento de Recursos Humanos de Life Time vía **Workday sobre cualquier cambio dentro de un plazo de 30 días a partir del cambio.**

Para obtener más información, consulte LT Central.

Para todas las licencias con o sin goce de sueldo, llame al Administrador de licencias de Life Time al 888.848.7070.

COBERTURA MÉDICA

HealthEZ: 800.948.3253

Ciertas características y beneficios son uniformes en todas las opciones de planes de salud ofrecidos a los miembros de equipos:

- Para tener cobertura, debe ver a un proveedor dentro de la red.
- Si elige proveedores que no pertenecen a la red, no tendrá cobertura, salvo en casos de emergencia donde esté en riesgo la vida.
- Todas las consultas preventivas tienen 100% de cobertura si son con los proveedores dentro de la red.
- Los anticonceptivos femeninos tienen 100% de cobertura en farmacias minoristas, proveedores dentro de la red y farmacias de entrega por correo.
- Los servicios sin cobertura no se contabilizan hacia los deducibles o los costos máximos de gastos de bolsillo.
- Los montos de los deducibles y copagos se contabilizan hacia el costo máximo de gastos de bolsillo.

SERVICIOS PREVENTIVOS

Los siguientes servicios preventivos tienen 100% de cobertura en todos los planes y están disponibles sin costo para usted u otras personas en su plan.

- Pruebas iniciales de presión arterial, diabetes y colesterol
- Pruebas de detección de cáncer (incluyendo mamografías y colonoscopías); para obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan
- Consultas regulares para el bienestar del bebé y niño desde el nacimiento hasta los 18 años de edad
- Vacunas de rutina
- Vacunas contra la gripe y neumonía

Redes de proveedores

La siguiente tabla muestra las redes de proveedores por estado.

Estado	Red	Sitio web
MN, ND, IA, WI occidental	America's PPO	americasppo.com
Central/ Eastern WI	HealthEOS	multiplan.com
AZ	Arizona Foundation for Medical Care	azfmc.com
IN	Sagamore	sagamorehn.com
FL	Evolutions Healthcare Systems	ehsppo.com
CO, MI	Cofinity	cofinity.net
OH	Ohio Health Choice	ohiohealthchoice.com
PA	InterGroup Services	igs.md
NY, NJ (incluyendo Princeton)	MagnaCare	clm.magnacare.com
Otros (incluyendo Princeton, NJ) y red de viajes	PHCS Network	multiplan.com

* Cuando se comunique con un proveedor, sírvase proporcionar la información de su red

* Los proveedores siguientes están excluidos de su plan con HealthEZ

Texas: Baylor Health Systems

Illinois: Rush University Medical

California: Sutter Health

COBERTURA MÉDICA

Sírvase tener en cuenta: El período del deducible es del 1 de octubre de 2019 al 30 de septiembre de 2020.

Opciones de planes médicos	Plan de copago	HDHP, \$2,000*	HDHP, \$5,000*
Tipo de plan	PPO Médicos/Hospitales	PPO Médicos/Hospitales	PPO Médicos/Hospitales
Deducible individual/familiar	\$1,000 / \$2,000	\$2,000 / \$4,000	\$5,000 / \$10,000
Coseguro individual/familiar	20%	20%	10%
Gastos de bolsillo individual/familiar: (Incluido el deducible)	\$3,000 / \$6,000	\$5,000 / \$10,000	\$6,450 / \$12,900
Servicios preventivos	Cobertura completa	Cobertura completa	Cobertura completa
Servicios en consultorio del médico (médico de atención primaria)	\$25 de copago, sin deducible	20% después del deducible	10% después del deducible
Servicios en consultorio del médico (médico de cuidados especializados)	\$50 de copago, sin deducible	20% después del deducible	10% después del deducible
Terapia física en LifeClinics	\$15 de copago, sin deducible	20% después del deducible	10% después del deducible
Atención terapia física en otros proveedores dentro de la red	\$25 de copago, sin deducible	20% después del deducible	10% después del deducible
Atención quiropráctica en LifeClinics	\$15 de copago, sin deducible	20% después del deducible	10% después del deducible
Atención quiropráctica en otros proveedores dentro de la red	\$50 de copago, sin deducible	20% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias	\$200 de copago, luego el deducible, 20%	20% después del deducible	10% después del deducible
Diagnóstico, radiografías, laboratorio como paciente ambulatorio	20% después del deducible	20% después del deducible	10% después del deducible
Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio	20% después del deducible	20% después del deducible	10% después del deducible
Servicios hospitalarios como paciente hospitalizado	20% después del deducible	20% después del deducible	10% después del deducible
HealthiestYou	\$0	\$25	\$25
Farmacia	Al por menor	Pedido por correo (por suministro de 90 días)	
Genérico	\$15 de copago	\$30 de copago	20% después del deducible / 10% después del deducible
Formulario de marca	\$60 de copago	\$120 de copago	20% después del deducible / 10% después del deducible
Marca no formulario	\$90 de copago	\$180 de copago	20% después del deducible / 10% después del deducible
Especialidad	20% de coseguro, hasta \$ 200	(solo disponible para un suministro de hasta 30 días)	20% después del deducible / 10% después del deducible
Preventivo Genérico	Copago aplicable arriba	Copago aplicable arriba	covered 100% / covered 100%
Primas (mensuales)			
Empleado	\$160.06	\$95.00	\$75.00
Empleado y cónyuge	\$313.45	\$200.00	\$175.00
Empleado e hijo(s)	\$253.43	\$150.00	\$140.00
Familia	\$453.50	\$300.00	\$250.00

*Opciones de planes de cuenta de ahorros para la salud (HSA): Según los requisitos del IRS, \$2,700 de deducible individual por el empleado más los planes de dependientes. No hay cobertura fuera de la red.

Información de farmacia

Caremark: 866.818.6911

¡NUEVO!

Los Planes de salud con deducibles altos (HDHP 2000 y HDHP 5000) ahora cuentan con una lista genérica de medicamentos preventivos. Esto le ofrece ahorros en las recetas que toma regularmente para prevenir ciertas afecciones de salud, como colesterol alto, presión arterial alta, diabetes y otras. Los medicamentos genéricos aplicables estarán disponibles para usted sin costo antes de que se cumpla su deducible de acuerdo con las pautas del IRS. Para ver una lista de estos medicamentos genéricos, visite LT Central.

La farmacia de Life Time es Caremark. Puede encontrar a Caremark en Internet en caremark.com o llame al 800.552.8159.

- Regístrese en línea en Caremark.com para recibir acceso las 24 horas del día a su historial de recetas, información de cobertura, estado de pedidos y renovaciones en línea, de forma segura y confidencial. Para registrarse necesitará su número de identificación de participante ubicado en su tarjeta de identificación de beneficios de HealthEZ.
- Caremark.com puede ayudarle a tomar decisiones informadas sobre su salud. Puede consultar información detallada sobre salud y medicamentos, y usar las herramientas interactivas y calculadoras de costos para revisar sus opciones de medicamentos recetados y de atención médica.
- Cuando haya iniciado sesión en Caremark.com, puede imprimir el formulario de pedido de medicamentos por correo. Envíelo a Caremark con la receta de su médico para un suministro de 90 días y su primer pedido llegará a la puerta de su casa. Una vez que su receta queda registrada, ordenar renovaciones en línea es conveniente, rápido y una excelente manera de administrar sus medicamentos a largo plazo. Los medicamentos especializados deben comprarse por correo o en una farmacia minorista.



Provisto a aquellos inscritos en el plan médico. HealthiestYou es un proveedor de servicios de tele-salud. Los miembros pueden usar el servicio para comunicarse con un médico las 24 horas del día, los 365 días del año.

Cómo usar este servicio

1. Simplemente descargue e inicie la aplicación GRATUITA y pulse el botón Solicitar consulta.
2. O bien, conéctese a member.healthiestYou.com para ver el número de teléfono de su médico personalizado o llame al 866.703.1259.
3. Dé su nombre y el nombre de la compañía para identificarse.
4. Explique los motivos de su llamada. Le harán algunas preguntas sobre su historial médico, además de otras preguntas relacionadas con sus síntomas actuales.
5. Un médico le devolverá la llamada dentro de un plazo de 3 horas al número que especifique.

¿Cuándo puede usar este servicio?

- Nuestro servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para que usted hable con un médico.
- No hay límites en la cantidad de llamadas que puede hacer y no hay costo por llamada cuando se inscribe en el plan médico con copagos.
- Si está en los planes médicos de deducible alto (HDHP), se aplica una tarifa de \$25 por consulta.
- Use el servicio siempre que tenga una pregunta de salud que requiera la atención de un médico y cada vez que experimente síntomas de alguna enfermedad aguda.

Algunas condiciones comunes que se tratan con frecuencia mediante el servicio de tele-salud:

- Preguntas de salud en general
- Bronquitis
- Dolor de oídos
- Dolor de garganta
- Conjuntivitis
- Sinusitis
- Infección de garganta por estreptococos
- Infecciones respiratorias
- Infecciones del tracto urinario
- Alergias

Cómo obtener lo MÁXIMO de este beneficio

Le recomendamos que descargue la aplicación en su iPhone o Android o ingrese nuestro número de teléfono gratuito en su teléfono, y llame cada vez que tenga preguntas o experimente síntomas de enfermedad. Ahorre dinero con el uso mínimo de las alternativas de mayor costo como, por ejemplo, consultas en instalaciones de cuidados urgentes y departamentos de emergencia en circunstancias en que la condición médica no es de emergencia. Minimice el tiempo de viaje y los gastos mientras espera cómodamente en su propio hogar u oficina. Obtenga la tranquilidad que otorga confirmar las opciones de salud con un médico.



PROGRAMAS DE ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS

Life Time le ofrece acceso a personal de enfermería capacitado para ayudarlo a navegar por el laberinto de enfermedades crónicas o complejas. Se requerirá la administración de cuidados activa en los casos de embarazos y otras enfermedades como diabetes, cáncer y enfermedades del corazón, por nombrar algunas. Para aquellos que entran en estas categorías, habrá una multa por no participar en un programa de administración de cuidados. Si le diagnostican una enfermedad compleja, no dude en llamar a la línea de enfermería de HealthEZ.

Algunas de las ofertas a través de la administración de cuidados incluyen:

Boost Your Baby

Boost Your Baby (boostyourbaby.com) conecta a mamás y papás con amplios recursos para padres e hijos. Además de información útil como por ejemplo, una nutrición adecuada y ejercicios suaves para el embarazo, tendrá acceso a Mommy Mentors, enfermeras especialistas y médicos que pueden brindarle apoyo especial e información.

Cuando esté embarazada, llame al 800.808.4848 y comuníquese con HealthEZ. Se completa una evaluación de alto riesgo con cada mujer que ingresa al programa de maternidad. El objetivo de este programa es promover bebés a término, saludables y padres felices e informados. **Si no participa en Boost Your Baby, se aplicará una multa de \$350 al momento del nacimiento del bebé.**

Administración de casos

Los administradores de casos de enfermería y dietistas certificados ayudan y educan a los miembros con problemas médicos y de conducta complejos, como trasplantes, cáncer y abuso de sustancias tóxicas. **Si no participa en administración de casos cuando se le pide, se aplicará una multa del 50% del pago regular del plan.**

Control de enfermedades

Las enfermeras proporcionan material informativo y educación a las personas con enfermedades como diabetes, enfermedades cardíacas, dolor lumbar y asma. Nuestro objetivo es que estas enfermedades no sigan progresando. **Si no participa en control de enfermedades cuando se le pide, se aplicará una multa del 50% del pago regular del plan.**

Revisión de la utilización

Este servicio brinda el monitoreo de las admisiones hospitalarias de pacientes y ciertos procedimientos ambulatorios.

Para obtener más información sobre los tipos de programas disponibles, llame a la línea directa de Beneficios de Life Time al 800.948.3253 y solicite hablar con el departamento de administración de cuidados.

LÍNEA DE ENFERMERÍA

Si necesita ayuda para decidir qué nivel de atención médica necesita para usted o su familia, puede llamar a nuestra línea de enfermería las 24 horas. Una enfermera registrada responderá sus preguntas y puede ayudarlo a conseguir un médico u otro proveedor de atención médica de la red de proveedores que utilice.

Si necesita atención médica inmediata para tratar una afección que pone en riesgo su vida o para prevenir daños permanentes, marque el 911.

Para hablar con una enfermera, llame al 800.948.3253.

Durante el horario normal de atención, informe a un representante de servicio al cliente que le gustaría hablar con una enfermera. Si llama después del horario de atención y contesta una grabación automática, presione 3 y será transferido a una enfermera.

COBERTURA DENTAL

Delta Dental: 800.448.3815

Los planes Life Time le brindan tres opciones de cobertura dental. Delta 80, Delta 100 y Delta Platinum. Delta Dental of Minnesota administra los planes. Hay dos redes de dentistas disponibles a través de Delta Dental of Minnesota, Delta Dental Premier y Delta PPO.

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Puedo ir a cualquier dentista?

Tiene la libertad de ir a cualquier dentista. Sin embargo, **los dentistas que participan en Delta Dental PPO y Delta Dental Premier han acordado no cobrar más que nuestro monto máximo permitido.** Esto puede resultar en gastos directos de su bolsillo más bajos. Si elige un dentista de la red Delta Dental PPO puede ahorrarle aún más dinero. Una ventaja adicional es que nunca tendrá que presentar una reclamación cuando usa un dentista participante; el dentista presenta la reclamación por usted.

A partir del año del plan 2017, si selecciona Delta Platinum, usted y cualquiera de sus dependientes con cobertura deben permanecer inscritos en ese plan durante un mínimo de dos años.

¿Cómo puedo encontrar un dentista participante?

Encontrar un dentista participante es fácil. Simplemente

visite deltadentalmn.org y use nuestra herramienta interactiva de búsqueda de dentista o llame al Servicio al cliente local al 651.406.5901 o llame gratis al 800.448.3815.

¿Qué sucede si visito a un dentista no participante?

Si los servicios dentales son provistos por un dentista no participante, usted será responsable de pagar la diferencia entre nuestro monto máximo permitido y lo que el dentista cobra. Es posible que sea responsable de enviar su propia reclamación. La dirección para enviar reclamaciones se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Delta Dental. Además, el reembolso de los servicios con cobertura se le pagará directamente a usted.

¿Qué sucede si tengo una emergencia fuera de los Estados Unidos?

Delta Dental incluye automáticamente cobertura internacional de emergencia en 137 países. Los representantes del servicio al cliente en inglés están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana para ayudar a los miembros a coordinar los cuidados de emergencia. Para obtener más información, visite deltadentalmn.org.

¿Cómo puedo saber si pagaron mi reclamación?

Visite DeltaDentalMN.org para obtener información y herramientas rápidas y fáciles sobre beneficios dentales. Además de consultar sobre las reclamaciones, otras funciones interactivas incluyen la investigación de elegibilidad y beneficios, recursos de salud bucal y mucho más. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener el estado de las reclamaciones y la información de pago.

¿Cómo se maneja el tratamiento en curso?

Para los servicios que se inician antes de la fecha de entrada en vigor del plan Delta Dental, el pago de la reclamación se basa en la fecha de finalización del servicio.

¿Cómo sé cuál es la cantidad que tendré que pagar?

Para los principales procedimientos dentales y servicios de ortodoncia, el dentista puede presentar un presupuesto de pre-tratamiento a Delta Dental of Minnesota para evaluar la determinación de los beneficios y la responsabilidad financiera antes del servicio.

Delta Dental of Minnesota			
Resumen de beneficios dentro de la red Delta PPO	Delta Platinum	Delta 100	Delta 80
Servicios de diagnóstico y preventivos Exámenes y limpiezas, radiografías, tratamientos con fluoruro, espaciadores, selladores	100%	100%	80%
Servicios básicos	90%	80%	80%
Endodoncia	90%	80%	80%
Periodoncia	90%	80%	80%
Cirugía oral	90%	80%	80%
Servicios restaurativos mayores	90%	50%	40%
Prótesis/Implantes Reparaciones y ajustes	90%	50%	40%
Prótesis/Implantes	90%	50%	40%
Ortodoncia Máxima Adulto Niño(s)	\$1,500 vida útil máxima \$5,000 vida útil máxima	\$0 \$2,000 vida útil máxima	\$0 \$0
Deducible (1 de oct. a 30 de sep.) Por persona/Por familia por año de cobertura Sin deducible para servicios preventivos y de diagnóstico o para ortodoncia	\$25 / \$50	\$50 / \$150	\$50 / \$150
Máximo del plan anual (1 de oct. a 30 de sep.) Por persona con cobertura	\$5,000	\$1,500	\$1,000
Máximo de por vida en ortodoncia Por persona con cobertura	\$1,500 Adulto \$5,000 Niño	\$2,000; niño solamente	N/D
Primas (mensuales)			
Empleado	\$54.00	\$43.85	\$20.01
Empleado y cónyuge	\$104.80	\$84.85	\$32.61
Empleado e hijo(s)	\$159.25	\$129.28	\$43.63
Familia	\$209.54	\$170.30	\$86.03

Este es un resumen de beneficios solamente y no garantiza la cobertura. Para obtener una lista completa de los servicios con cobertura y las limitaciones/exclusiones, consulte el Resumen del Plan de Beneficios Dentales.

Los gastos de su bolsillo pueden aumentar si el miembro utiliza un proveedor no participante. Para obtener el mayor nivel de beneficios y la menor cantidad de gastos de bolsillo, visite un proveedor de la red Delta Dental PPO.

A partir del año del plan 2017, si selecciona Delta Platinum, usted y cualquiera de sus dependientes con cobertura deben permanecer inscritos en ese plan durante un mínimo de dos años.

CUIDADOS DE LA VISTA POR EYEMED

EyeMed Vision Care: 866.800.5457

Su administrador de cuidados de la vista es EyeMed Vision Care. Puede encontrarlos en Internet en eyemed.com o llame al 866.800.5457.

Examen completo de la vista

Reciba un examen completo de la vista de un optometrista u oftalmólogo con licencia estatal cuando visite a un proveedor de la red participante.

Materiales

Par de Lentes para Anteojos

- Un par de lentes monofocales estándar, bifocales revestidos, trifocales revestidos o lenticulares estándar tiene cobertura completa del Plan mejorado. El Plan básico está sujeto a un copago de \$25 para lentes monofocales, bifocales, trifocales y lenticulares. Los lentes progresivos estándar tienen un copago de \$90 en el Plan básico y de \$65 en el Plan mejorado.
- El revestimiento estándar resistente a rayaduras tiene cobertura completa.
- Opciones de lentes: los lentes progresivos, de policarbonato, con tinte, revestimiento UV y antirreflejantes están sujetos a copagos adicionales.

Monturas

Reciba una asignación de \$140 para la montura, ya sea de proveedores de práctica privada como de proveedores de cadenas de tiendas minoristas, con un descuento del 20% sobre el saldo del monto asignado.

Lentes de contacto en lugar de lentes regulares

Lentes de contacto electivos

Los cobros de ajuste/evaluación están sujetos a un copago de \$40 por ajuste estándar y seguimiento; el ajuste y seguimiento premium tiene un 10% de descuento. Los miembros reciben una asignación de \$105, con un descuento del 15% aplicable al saldo que exceda de \$105 en lentes de contacto convencionales. Los lentes de contacto desechables también tienen una asignación de \$105, no obstante, los miembros pagan el 100% por cualquier monto sobre \$105.

Lentes de contacto médicamente necesarios

Cobertura completa. Los lentes de contacto necesarios se determinan a discreción del proveedor para una o más de las siguientes condiciones: Para corregir problemas de visión extrema que no se pueden corregir con anteojos;

para ciertas condiciones de anisometropía; para ciertas condiciones de queratocono. Si su proveedor considera que sus lentes de contacto son necesarios, debe pedirle a su proveedor que se comunique con EyeMed con respecto al reembolso que EyeMed realizará antes de comprar dichos lentes.

Cirugía refractiva para los ojos

Los miembros de EyeMed reciben un descuento del 15% del precio minorista, o 5% del precio promocional de cirugía refractiva para los ojos de numerosos proveedores en los Estados Unidos. Para encontrar un proveedor participante, especialista en cirugía ocular con láser, en su área, visite eyemedlasik.com o llame al 877.5LASER6.

Cuidados de la audición

Los miembros de EyeMed ahora tienen acceso a descuentos asequibles en cuidados de la audición a través de Amplifon, el mayor distribuidor de audífonos y servicios del mundo. El descuento de EyeMed para cuidados de la audición a través de Amplifon incluye:

- 40% de descuento en exámenes de audición en miles de lugares convenientes en todo el país
- Precios fijos, con descuento, en miles de audífonos, incluidos aquellos con la tecnología más reciente y avanzada
- Garantía de precio bajo: si encuentra el mismo producto a un precio inferior en otro lugar, Amplifon le asegura superar esa oferta en 5%
- Período de prueba de audífonos de 60 días, sin cobro de la tarifa de reabastecimiento
- Baterías gratuitas durante 2 años con la compra inicial
- Garantía de 3 años más cobertura contra pérdida y daños

Llame al 844.526.5432 para conseguir un proveedor de cuidados de la audición cerca de usted para programar un examen.

Importante recordar

- Los beneficios disponibles cada 12 o 24 meses se basan en la última fecha de servicio.
- Si bien no se requiere una tarjeta para los servicios, todos los miembros del equipo recibirán dos tarjetas de identificación personalizadas o pueden imprimir una tarjeta en eyemed.com.
- Puede maximizar sus beneficios y reducir sus gastos de bolsillo cuando visita a un proveedor dentro de la red (en comparación al mismo producto comprado en un proveedor fuera de la red). Puede elegir entre proveedores independientes y proveedores de cadenas de tiendas minoristas. Depende de usted.
- Puede encontrar el mejor proveedor para usted en

eyemed.com. El "Localizador inteligente" de EyeMed le facilita la búsqueda de un proveedor dentro de la red. Además, puede buscar según el horario de atención, los servicios ofrecidos, y productos y marcas específicos. Incluso puede programar una cita en línea.

- EyeMed ofrece una aplicación para miembros para los usuarios de iPhone y Android que permite encontrar proveedores, verificar beneficios o tener una tarjeta de identificación móvil.
- Si bien no se requiere una tarjeta para los servicios, los miembros tienen la opción de imprimir una tarjeta de identificación personalizada en eyemed.com. Con los Cuidados de la Vista de EyeMed, puede elegir entre proveedores de práctica privada y proveedores de cadenas de tiendas minoristas que forman parte de la red. Antes de utilizar el programa de cuidados de la vista de EyeMed, si desea identificar un proveedor de la red, visite el sitio web eyemed.com y elija el localizador de proveedores o llame al Servicio localizador de proveedores de EyeMed al 866.800.5457 y siga las instrucciones de voz.

- Los beneficios dentro de la red ahora están disponibles en línea a través de glasses.com y contactsdirect.com.

Antes de utilizar sus beneficios en un proveedor de la red, llame al proveedor y haga una cita. Informe al proveedor que usted es un participante de Cuidados de la Vista de EyeMed.

Seguro de la vista — EyeMed VIS

	Básico		Mejorado	
	Frecuencia	Copago	Frecuencia	Copago
Examen completo de la vista	1 cada 12 meses	\$10 de copago	1 cada 12 meses	\$0 de copago
Materiales				
Par de lentes para monturas	1 cada 12 meses	\$25	1 cada 12 meses	\$0 de copago
Monturas	1 cada 24 meses	Hasta \$140	1 cada 24 meses	Hasta \$140
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	1 cada 12 meses	Hasta \$105	1 cada 12 meses	Hasta \$105
Proveedor fuera de la red				
Examen	1 cada 12 meses	hasta \$40	1 cada 12 meses	hasta \$40
Lentes				
Monofocales	1 cada 12 meses	hasta \$40	1 cada 12 meses	hasta \$40
Bifocales	1 cada 12 meses	hasta \$60	1 cada 12 meses	hasta \$60
Trifocales	1 cada 12 meses	hasta \$80	1 cada 12 meses	hasta \$80
Lenticulares	1 cada 12 meses	hasta \$80	1 cada 12 meses	hasta \$80
Monturas	1 cada 24 meses	hasta \$45	1 cada 24 meses	hasta \$45
Lentes de contacto (en lugar de anteojos) tienen una asignación por separado, no un copago.				
Medicamente necesarios		hasta \$105 hasta \$210	1 cada 12 meses 1 cada 12 meses	hasta \$105 hasta \$210
Primas (mensuales)				
Empleado	\$5.04		\$7.52	
Empleado y cónyuge	\$8.32		\$12.32	
Empleado e hijo(s)	\$10.08		\$13.52	
Familia	\$15.60		\$20.96	

SEGURO VOLUNTARIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

The Standard: 888.937.4783

Será inscrito automáticamente para este beneficio en Workday. Para cambiar esta elección, puede renunciar a ello en Workday en cualquier momento. **Sírvase tener en cuenta: Si no se inscribe en STD cuando es elegible por primera vez y luego se inscribe, estará sujeto a una multa por ingreso tardío.**

Monto del beneficio del empleado

Si está incapacitado debido a una lesión o enfermedad con cobertura, será elegible para recibir un beneficio semanal, según lo indicado en su certificado. Esta cobertura es opcional, pero es una excelente oportunidad para comprar un seguro grupal por incapacidad temporal sobre la base de deducciones de la nómina de pago.

- 60.0% de su salario; el beneficio semanal máximo es de \$1,250/semana
- En Workday, esto se denomina: Incapacidad de corto plazo (STD) – Incapacidad de corto plazo de Standard Insurance Company (Empleado)

Definición de incapacidad

Usted se encuentra incapacitado de su propia ocupación si, como resultado de una enfermedad física, una lesión, un embarazo o un trastorno mental, no puede realizar con continuidad razonable los deberes esenciales de su propia ocupación; y usted sufre una pérdida de al menos 20% en sus ganancias antes de la incapacidad cuando trabajaba en su propia ocupación.

Período de espera de beneficios

Su tipo de discapacidad determinará el período de espera de beneficios. Los beneficios comenzarán el día 1 de una discapacidad causada por un accidente / lesión y el día 8 por una discapacidad causada por una enfermedad / embarazo. **Sírvase tener en cuenta: Si no se inscribe en STD cuando es elegible por primera vez y luego elige inscribirse, estará sujeto a una multa por ingreso tardío.** Esto significa que durante los primeros 12 meses de cobertura, los beneficios por incapacidad comenzarán el día 61 para las enfermedades y el día 1 para los accidentes. Después de estar asegurado durante 12 meses, el período de espera de beneficios volverá al día 1 o al día 8, dependiendo de la causa de su discapacidad.

Los beneficios de STD cubren solamente las lesiones y enfermedades no ocupacionales. El seguro de Compensación por accidentes de trabajo normalmente cubre cualquier accidente, lesión o enfermedad relacionada con el trabajo del empleado.

Sírvase tener en cuenta que su período de recuperación y período de beneficios por reclamaciones de maternidad se basan en su tipo de parto y el nivel de su ocupación. Por ejemplo, la recuperación estándar para ocupaciones sedentarias es de 6 semanas para el parto vaginal y de 8 semanas para el parto por cesárea. Si hay complicaciones, la duración de los beneficios podría extenderse más allá de las 6 u 8 semanas. Esto varía de una reclamación a otra.

Duración máxima del beneficio

El período más largo para el cual se pagan los beneficios de STD por cualquier período de incapacidad continua, ya sea por una o más causas, es de 83 o 90 días. Comienza al final del Período de espera de beneficios. No se pagan beneficios de STD después del Período de beneficio máximo, incluso si aún está incapacitado.

Se incluyen otros beneficios

El embarazo, el alcoholismo, la drogadicción y las enfermedades mentales y nerviosas se tratan de la misma forma que cualquier otra enfermedad. Antes de que comiencen los beneficios debe cumplirse la definición de incapacidad y debe completarse el período de espera de beneficios.

También se incluyen beneficios por incapacidad parcial. Usted se encuentra incapacitado de su propia ocupación si, como resultado de una enfermedad física, una lesión, un embarazo o un trastorno mental, no puede realizar con continuidad razonable los deberes esenciales de su propia ocupación; y usted sufre una pérdida de al menos 20% en sus ganancias antes de la incapacidad cuando trabajaba en su propia ocupación.

Para calificar para el beneficio, debe cumplir el período de espera de beneficios y ganar menos del 80% de sus ganancias previas a la incapacidad. Los beneficios por incapacidad parcial se reducen si las ganancias de su trabajo más los beneficios de STD exceden el 100% de sus ganancias previas a la incapacidad. Los beneficios finalizan en la fecha en que sus ingresos superan el 80% de sus ingresos previos a la incapacidad, la fecha en que finaliza el beneficio máximo o la fecha en que deja de estar incapacitado.

Elegibilidad para el programa

Todos los miembros del equipo a tiempo completo regularmente programados para trabajar por lo menos 36 horas cada semana (32 horas por semana en el caso de los miembros del equipo técnico del spa). Los miembros del equipo deben estar en condiciones de trabajar activamente el día antes de que la cobertura entre en

vigor. Se aplicará una fecha de entrada en vigor diferida si el miembro del equipo no trabaja activamente en la fecha en que el seguro entraría en vigor.

Esta cobertura se extiende a usted sin exigir evidencia de asegurabilidad, siempre y cuando cumpla con los requisitos de elegibilidad y se inscriba durante el período de elegibilidad. Si no se inscribe en esta cobertura cuando es inicialmente elegible y elige inscribirse en una fecha posterior, estará sujeto a la multa por ingreso tardío, según se describe en la sección Período de espera del beneficio STD en la página anterior. El 20% de los miembros del equipo elegibles deben participar para que este programa sea efectivo.

Cálculo de la prima mensual

John Doe tiene 33 años y gana \$500 por semana. Su costo por mes es \$10.50. $500 \times 60\% = 300 \times .0350 = \10.50 de deducción mensual.

Edad	Tasa de beneficio mensual
< 24	0.0464
25-29	0.0438
30-34	0.0413
35-39	0.0386
40-44	0.0541
45-49	0.0619
50-54	0.0773
55-59	0.0928
60-64	0.1056
65-69	0.1159
70-99	0.1236

$$\text{\$} ______ \times 60\% = \text{\$} ______ \times ______ = \text{\$} ______$$

Salario semanal x 60% = beneficios semanales x tasa de la tabla = prima mensual. El salario semanal máximo cubierto es de \$2,083. El beneficio semanal máximo es de \$1,250.

Exclusiones

Los beneficios no son pagaderos: si no está bajo el cuidado regular de un médico; si la incapacidad se debe a una lesión intencional autoinfligida; si la incapacidad se debe a una lesión o enfermedad con cobertura del seguro de Compensación por accidente de trabajo o como resultado de un empleo por salario y ganancias; si la incapacidad se debe a una guerra o participación en un delito grave o disturbios; o si recibe pagos bajo un plan de jubilación o continuación de salario patrocinado por su empleador.

SEGURO VOLUNTARIO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

The Standard: 888.937.4783

Su Administrador del seguro de incapacidad es The Standard. Puede encontrar a The Standard en Internet en standard.com o llame al 888.937.4783.

Monto del beneficio del empleado

Esta es una excelente oportunidad para comprar un seguro grupal de incapacidad a largo plazo (LTD) sobre la base de deducciones de la nómina de pago (este no es un beneficio anual de inscripción abierta).

- 60.0% de su salario; el monto máximo del beneficio es de \$8,000/mes
- En Workday, esto se denomina: Incapacidad a largo plazo (LTD) - Incapacidad a largo plazo de Standard Insurance Company (Empleado)

Los beneficios de LTD se reducen en base a cualquier otro ingreso para el que sea elegible por

- Incapacidad o jubilación del Seguro Social primario y familiar o cualquier otro plan o ley similar.
- Ley de Compensación por Accidente de Trabajo, ley de enfermedades ocupacionales o cualquier ley similar.
- Planes estatales de incapacidad o cualquier decreto o ley de beneficio obligatorio.
- Otros planes grupales de incapacidad o beneficios de jubilación a través de su empleador, y a veces, cualquier forma de empleo (a tiempo completo o parcial).

Período de espera de beneficios

Debe estar incapacitado por 90 días continuos antes de que se puedan pagar los beneficios LTD. Los beneficios de LTD no se pagan durante el Período de espera de beneficios.

Usted se encuentra incapacitado de su propia ocupación si, como resultado de una enfermedad física, una lesión, un embarazo o un trastorno mental, no puede realizar con continuidad razonable los deberes esenciales de su propia ocupación; y usted sufre una pérdida de al menos 20% en sus ganancias antes de la incapacidad cuando trabajaba en su propia ocupación. Su propio período de ocupación es de 24 meses.

Después de esto, queda incapacitado de todas las ocupaciones si, como resultado de una enfermedad física, una lesión, un embarazo o un trastorno mental, no puede realizar los deberes esenciales de cualquier ocupación con una continuidad razonable.

Cualquier ocupación significa: cualquier ocupación o empleo que pueda realizar, ya sea debido a educación, capacitación o experiencia, que está disponible en uno o más lugares en la economía nacional y en la que se espera que gane por lo menos el 60% de sus ganancias indexadas antes de la incapacidad, dentro de los 12 meses posteriores a su regreso al trabajo, independientemente de si está trabajando en esa o en cualquier otra ocupación.

Recuperación temporal

Es posible que se recupere temporalmente de su incapacidad y que vuelva a quedar incapacitado por la misma causa, o causas, sin que tenga que cumplir un nuevo período de espera de beneficios. La recuperación temporal significa que deja de estar incapacitado por un período no superior al permitido. Los períodos permitidos son un total de 90 días de recuperación durante el período de espera de beneficios y un total de 180 días durante el período de beneficio máximo.

Duración máxima del beneficio

Este es el período máximo durante el cual se le continuarán pagando los beneficios durante un período de incapacidad: hasta los 65 años o la edad normal de jubilación del Seguro Social. Esto está determinado por su edad al momento de su incapacidad.

Exclusión de condición preexistente

Para los miembros del equipo recién elegibles:

Condición preexistente significa una condición mental o física, ya sea diagnosticada o mal diagnosticada o no:

- Por la que usted ha hecho o por la que una persona razonablemente prudente habría hecho cualquiera de lo siguiente:
 - Consultar a un médico o a otro profesional médico autorizado;
 - Recibir tratamiento, servicio o consejos médicos;
 - Someterse a procedimientos de diagnóstico, incluidos los procedimientos autoadministrados;
 - Tomar remedios o medicamentos recetados.
- Que, como resultado de cualquier examen médico, incluido el examen de rutina, se haya descubierto o sospechado en cualquier momento durante el período de 90 días justo antes de que su seguro entrara en vigor.

Exclusión

Usted no tiene cobertura en caso de una incapacidad causada o contribuida por una Condición preexistente o por un tratamiento médico o quirúrgico de una Condición

preexistente a menos que, en la fecha en que quede incapacitado, usted:

- Ha estado asegurado continuamente bajo la Póliza grupal durante 12 meses; y
- Ha estado activo trabajando por lo menos durante un día completo después del término de esos 12 meses.

Para los inscritos tardíamente

Condición preexistente significa una condición mental o física, ya sea diagnosticada o mal diagnosticada o no:

- Por la que usted ha hecho o por la que una persona razonablemente prudente habría hecho cualquiera de lo siguiente:
 - Consultar a un médico o a otro profesional médico autorizado;
 - Recibir tratamiento, servicio o consejos médicos;
 - Someterse a procedimientos de diagnóstico, incluidos los procedimientos autoadministrados;
 - Tomar remedios o medicamentos recetados;
- Que, como resultado de cualquier examen médico, incluido el examen de rutina, se haya descubierto o sospechado en cualquier momento durante el período de 12 meses justo antes de que su seguro entrara en vigor.

Exclusión

Usted no tiene cobertura en caso de una incapacidad causada o contribuida por una Condición preexistente o por un tratamiento médico o quirúrgico de una Condición preexistente a menos que, en la fecha en que quede incapacitado, usted:

- Ha estado asegurado continuamente bajo la Póliza grupal durante 12 meses; y
- Ha estado activo trabajando por lo menos durante un día completo después del término de esos 12 meses.

Se incluyen otros beneficios

Otros servicios incluyen cobertura por embarazo, alcoholismo, drogadicción y enfermedades mentales y nerviosas. Los beneficios adicionales incluyen beneficios por incapacidad parcial, beneficio de ingresos para sobrevivientes, beneficio de vivienda con asistencia y conversión.

- Podría trabajar y aún ser elegible para los beneficios LTD. Esto a veces se denomina incapacidad parcial. Usted se encuentra incapacitado de su propia ocupación si, como resultado de una enfermedad física, una lesión, un embarazo o un trastorno mental, no puede realizar con continuidad razonable los

SEGURO DE VIDA BÁSICO A PLAZO FIJO Y CONTRA MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

The Standard: 888.937.4783

Como empleado elegible, se le inscribe automáticamente en el Seguro de vida básico a plazo fijo y contra muerte y desmembramiento accidental por un valor nominal de \$50,000. El Seguro de vida básico a plazo fijo y contra muerte y desmembramiento accidental se ofrece **SIN COSTO** para usted. Cuando se inscriba, asegúrese de agregar por lo menos un beneficiario en Workday. Puede cambiar sus beneficiarios en Workday en cualquier momento.

SEGURO DE VIDA A PLAZO FIJO ADICIONAL

The Standard: 888.937.4783

Monto del beneficio del empleado

Esta cobertura es un Seguro de vida a plazo fijo grupal. El beneficio del seguro de vida se paga al beneficiario designado al momento de su fallecimiento. La cobertura se otorga siempre y cuando se paguen las primas durante el período en que usted es elegible. No existe un valor efectivo asociado con este producto. Este seguro es opcional y puede adquirirlo usted y su cónyuge. En Workday, esto se denomina: Seguro de vida voluntario - Standard Insurance Company Employee Voluntary Life (Empleado) o Seguro voluntario contra muerte y desmembramiento accidental - Standard Insurance Company Voluntary Accidental Death and Dismemberment (Empleado).

- Las opciones de beneficio disponibles son \$40,000; \$60,000; \$80,000; \$100,000; \$150,000 o \$200,000.
- El seguro contra muerte y desmembramiento accidental está disponible en los mismos montos y debe elegirse por un monto igual o inferior al monto de beneficio del seguro de vida.
- Todos gozan de la emisión garantizada al momento de la elegibilidad inicial.

Si se inscribe o aumenta la cobertura más de 31 días después de ser elegible, se requerirá evidencia de asegurabilidad. Si no solicita la cobertura cuando es inicialmente elegible y elige solicitarla en una fecha posterior, podría ser responsable de los gastos asociados con la obtención de más información médica (el seguro de vida no es un beneficio anual de inscripción abierta).

Reducción de beneficios

Sus beneficios se reducirán en un 35% cuando alcance los 65 años, un 15% adicional de la cantidad original a los 70 años y un 15% adicional de la cantidad original a los 75 años. La cobertura termina cuando se jubila.

Cálculo de la prima mensual

John Doe tiene 33 años y eligió \$60,000 de Seguro de vida adicional y \$40,000 de seguro AD&D. Su costo por mes para un seguro de vida adicional es de \$60,000 x .000088 = \$ 5.28. Su costo por el seguro AD&D adicional es de \$40,000 x .00002 = \$0.80 por mes.

Edad del empleado	Por \$1,000 de cobertura
< 30	0.066
30-34	0.088
35-39	0.099
40-44	0.143
45-49	0.242
50-54	0.385
55-59	0.594
60-64	0.935
65-69	1.76
70-74	3.080
75 +	6.677
Tasa de AD&D	\$0.02

\$ _____ x _____ = \$ _____

Monto del seguro de vida adicional x tasa de la tabla = costo mensual.

Monto de beneficio del cónyuge

Las opciones de beneficios disponibles son \$20,000, \$30,000 o \$50,000. El seguro contra muerte y desmembramiento accidental está disponible en los mismos montos y debe elegirse por un monto igual o inferior al monto de beneficio del seguro de vida. El monto elegido es una Emisión garantizada si se inscribe dentro del plazo establecido. El beneficio de su cónyuge se reducirá en un 35% cuando alcance los 65 años, un 15% adicional de la cantidad original a los 70 años y un 15% adicional de la cantidad original a los 75 años.

En Workday, estos se denominan: Seguro de vida para cónyuge - Standard Insurance Company Spouse Voluntary Life (Cónyuge) o Seguro contra muerte y desmembramiento accidental para cónyuge - Standard Insurance Company Spouse Accidental Death and Dismemberment (Cónyuge). (Este no es un beneficio

anual de inscripción abierta).

Sírvase tener en cuenta: Los miembros del equipo de Life Time que están casados entre sí y ambos son elegibles para recibir beneficios, solo podrán obtener el seguro de vida como miembro del equipo. No puede elegir el Seguro de vida para cónyuge, a menos que su cónyuge pierda la elegibilidad. Si tiene hijos, solo uno de los dos puede elegir la cobertura de los hijos.

Cálculo de la prima mensual

La esposa de John Doe tiene 35 años y eligió \$30,000 de Seguro de vida adicional y \$30,000 de seguro AD&D. Su costo por período de pago del seguro de vida adicional para su esposa es de $\$30,000 \times .000099 = \2.97 por mes. Su costo por el seguro AD&D para su esposa es de $\$30,000 \times .00002 = \0.60 por mes.

Edad del cónyuge	Por \$1,000 de cobertura
< 30	0.066
30–34	0.088
35–39	0.099
40–44	0.143
45–49	0.242
50–54	0.385
55–59	0.594
60–64	0.935
65–69	1.76
70–74	3.080
75 +	6.677
Tasa de AD&D	\$0.02

\$_____ x _____ = \$_____

Monto del seguro de vida adicional x tasa de la tabla = costo mensual. Monto del seguro AD&D adicional x tasa de la tabla = costo mensual.

Monto del beneficio para hijo dependiente

- \$10,000 para hijo desde el nacimiento hasta los 26 años si es soltero.
- En Workday, esto se denomina: Seguro de Vida para hijo – Standard Insurance Company Dependent Child Voluntary Life (Hijo).

Sírvase tener en cuenta: En el caso de los miembros del equipo de Life Time que están casados entre sí y ambos son elegibles para recibir beneficios, solo uno podrá obtener el seguro para el hijo.

Cálculo de la prima mensual

John Doe eligió el seguro de vida para sus tres hijos. Su costo por mes para el seguro de vida para hijo es de \$1.00. La tasa del seguro de vida para hijo es de \$1.00 por \$10,000 de cobertura, independientemente de la cantidad de hijos elegibles que tenga.

Se incluyen otros beneficios

Renuncia de la prima

La cobertura de seguro de vida continúa sin pago de prima hasta la Edad de jubilación normal del Seguro Social (SSNRA) si queda incapacitado de manera total y permanente de todas las ocupaciones para las que está razonablemente calificado. La discapacidad total debe comenzar antes de los 60 años y debe continuar durante 6 meses antes de que el beneficio entre en vigor.

Beneficio por Muerte Adelantada

Se dispone de un beneficio por muerte adelantada si un miembro del equipo ha calificado para Exención de prima. Cuando un miembro del equipo es diagnosticado como enfermo terminal (tiene 12 meses o menos de vida), el miembro del equipo puede retirar hasta el 75% de la cobertura del seguro de vida hasta un máximo de \$500,000. NOTA: El recibo de un beneficio por muerte adelantada reducirá la cantidad pagadera al momento del fallecimiento y puede generar ingresos gravables o afectar la elegibilidad para ciertos beneficios del gobierno. Consulte con su asesor de impuestos o abogado antes de ejercer esta opción.

Elegibilidad para el programa

Todos los miembros del equipo a tiempo completo regularmente programados para trabajar por lo menos 36 horas cada semana (32 horas en el caso de los miembros del equipo técnico del spa). Los miembros del equipo deben estar en condiciones de trabajar activamente el día antes de que la cobertura entre en vigor. Se aplicará una fecha de entrada en vigor diferida si el miembro del equipo no trabaja activamente en la fecha en que el seguro entraría en vigor.

Portabilidad

Si finaliza su empleo en Life Time, puede ser elegible para comprar una cobertura portátil de seguro grupal. Debe presentar su solicitud dentro de un plazo de 31 días después de haber perdido la cobertura. Consulte el Certificado de cobertura para obtener más detalles.

Conversión

Si su cobertura o la de sus dependientes finaliza o se reduce por motivos distintos a la falta de pago de la prima o por el pago del beneficio por muerte adelantada, podrá comprar una póliza individual de seguro de vida sin evidencia de asegurabilidad. La elección de conversión debe realizarse dentro del plazo de 31 días después de la pérdida de cobertura. Consulte el Certificado de cobertura para obtener más detalles.



CUENTAS DE GASTOS ANTES DE DEDUCIR IMPUESTOS

CÓMO ENTENDER LA CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Optum: 877.470.1771

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA), combinada con un plan de salud de deducible alto, le ofrece una serie de características exclusivas que le permiten controlar sus opciones de atención médica y el gasto de su dinero en salud. **Las cuentas HSA son propiedad exclusiva de los miembros y no son parte de una cuenta grupal. Optum es el custodio de las cuentas HSA de Life Time. Puede comunicarse con Optum al teléfono 877.470.1771 o en línea en mycdh.optum.com.**

En Workday, esto se denomina: Cuenta de ahorros para la salud (HSA) Optum Health Savings Account. Optum cobra una comisión de mantenimiento mensual que se deduce de su cuenta HSA.

¿Qué es una cuenta HSA y cómo funciona?

Una HSA es una cuenta con ventajas fiscales establecida para pagar gastos médicos calificados para aquellos que tienen un plan de salud de deducible alto (HDHP). Con dinero de esta cuenta podrá pagar los gastos de atención médica hasta alcanzar el máximo de su deducible. Luego, de acuerdo con los términos de su plan de salud, su compañía de seguros paga los gastos con cobertura que exceden de su deducible. Todos los fondos que no se utilicen son de su propiedad, debe mantenerlos en su cuenta HSA y se acumulan para sus gastos de salud futuros.

¿Quién califica para una HSA?

Una persona elegible es cualquiera que:

- tiene cobertura de un plan de salud de deducible alto
- no tiene cobertura de otro plan que no sea HDHP
- no está inscrito actualmente en Medicare o TRICARE
- no ha recibido beneficios médicos a través del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) durante los últimos tres meses
- no puede ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona

¿Quién califica como dependiente?

Una persona generalmente califica como su dependiente para fines de una cuenta HSA si la reclama como una exención en su declaración de impuestos federales. Consulte la publicación 502 del IRS para conocer las excepciones, disponible en irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf.

¿Qué es un “plan de salud de deducible alto” (HDHP)?

Un HDHP es un plan de salud que cumple ciertos requisitos con respecto a los deducibles y gastos de su propio bolsillo. Nuestro plan HDHP de \$2,000 y el plan HDHP de \$5,000 son planes HDHP autorizados, según lo definen las reglas del IRS. Visite treas.gov y busque “Cuentas de ahorros para la salud” para encontrar la información más actualizada.

¿Qué otro tipo de cobertura médica hace que una persona no sea elegible para una HSA?

Generalmente, una persona no es elegible para una HSA si la persona, mientras tiene cobertura bajo un HDHP, también está cubierta por un plan de salud (ya sea como individuo, cónyuge o dependiente) que no es un HDHP.

¿Qué otros tipos de cobertura de salud puede mantener una persona sin perder la elegibilidad para una HSA?

Una persona no deja de ser elegible para una HSA simplemente porque, además de un HDHP, la persona tiene cobertura para otro beneficio proporcionado por un “seguro permitido”. El seguro permitido es un seguro bajo el cual sustancialmente toda la cobertura proporcionada se relaciona con responsabilidades incurridas bajo las leyes de compensación por accidentes de trabajo, responsabilidades civiles extracontractuales, relacionadas con la propiedad o el uso de la propiedad (por ejemplo, seguro de automóvil), seguro contra una afección o enfermedad específica y seguro que paga una cantidad fija por día (u otro período) de hospitalización.

¿Para qué puedo usar la HSA?

La HSA se puede usar para:

- pagar los gastos médicos, dentales y de la vista, y ciertos medicamentos de venta libre y con receta autorizados, como se define en la Publicación 502 del IRS
- como ingreso suplementario, pero el dinero que se retira es imponible y, si tiene menos de 65 años, estará sujeto a una multa del 20%

¿Qué pasa si uso mi HSA para pagar algo que no sea un gasto médico autorizado?

Si tiene menos de 65 años, estará sujeto al impuesto a la renta aplicable y a una multa del 20%.

¿Las primas del seguro de salud son gastos médicos autorizados?

Por lo general, las primas del seguro de salud no son gastos médicos autorizados. Las excepciones incluyen seguro de cuidado a largo plazo autorizado, cobertura de continuación del cuidado de la salud COBRA, cualquier plan de salud que mantenga mientras recibe compensación por desempleo bajo la ley federal o estatal y, en el caso de las personas mayores de 65 años de edad (tengan o no derecho a Medicare) las primas de cualquier seguro médico para jubilados patrocinado por un empleador para cubrir la Parte A o B de Medicare o Medicare HMO. Por el contrario, las primas para las pólizas Medigap no son gastos médicos autorizados.

CONTRIBUCIONES A UNA CUENTA HSA

¿Quién puede contribuir a una HSA?

Cualquier persona puede contribuir a la HSA de una persona elegible. Por ejemplo, si un miembro del equipo establece una HSA; el miembro del equipo, su empleador o ambos pueden contribuir a la cuenta HSA del miembro del equipo en un año determinado. Los familiares también pueden hacer contribuciones a una HSA en nombre de otro miembro de la familia, siempre que ese miembro sea una persona elegible. Las contribuciones se pueden cambiar en Workday cada período de pago. Usted puede hacer contribuciones antes de impuestos, hasta los 65 años.

¿Puedo inscribirme en una cuenta HSA y en una cuenta de gastos flexibles para la salud (FSA)?

Si se inscribe en una HSA y en una FSA o en un Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA), no puede hacer contribuciones deducibles a la HSA por ese período de cobertura si la FSA o HRA son acuerdos de "propósito general" que pagan o reembolsan los gastos médicos autorizados. Sin embargo, todavía puede hacer contribuciones deducibles a una HSA, incluso si también tiene cobertura de una FSA o HRA, si esos arreglos son cuentas FSA o HRA de "propósito limitado" que restringen los reembolsos a ciertos "beneficios permitidos" como, por ejemplo, beneficios de la vista, dentales o de cuidados preventivos. Otras combinaciones permitidas incluyen "cuentas HRA suspendidas" y cuentas FSA o HRA "posdeducibles". Póngase en contacto con su asesor legal o de impuestos para revisar estas situaciones.

¿Cuánto puedo contribuir a mi HSA?

En 2019, su contribución anual a la HSA no podrá exceder los límites del IRS de \$3,500 para la cobertura individual o \$7,000 para la cobertura familiar. En 2020, el límite de la cobertura individual aumenta a \$3,550 y a \$7,100 para la cobertura familiar. Los límites del IRS se ajustan anualmente según la inflación. Visite [treas.gov](https://www.treas.gov) y haga clic en "Cuentas de ahorros para la salud" para ver las actualizaciones.

Si abro mi HSA el 1 de junio, ¿cuál es el monto de mi contribución permitida para ese año?

Las contribuciones anuales máximas a una cuenta HSA se pueden realizar en cualquier momento del año, independientemente de cuándo se abrió la cuenta HSA durante ese año. Por ejemplo, si un individuo abre una HSA el 1 de junio, se puede hacer la contribución completa para ese año y después se puede hacer otra contribución completa después del 1 de enero del año siguiente. Se pueden aplicar multas si la cobertura de HDHP no continúa durante los 12 meses. Los límites deducibles de impuestos y el deducible autorizado del HDHP se ajustan anualmente según la inflación. Visite www.treas.gov y haga clic en "Cuentas de ahorros para la salud" para ver las actualizaciones.

¿Puedo cambiar mis contribuciones a mi cuenta HSA durante el año?

Por lo general, si realiza contribuciones a través del plan de servicios flexibles (cafetería plan) de un empleador, no estará sujeto a las reglas de "cambio de estatus" aplicables a otros beneficios autorizados. Si no contribuye a su HSA a través de un plan de servicios flexibles, puede iniciar, detener o modificar sus contribuciones en cualquier momento.

Puede cambiar la contribución de su HSA en cada período de pago si lo desea. Para cambiar su contribución, cree un Acontecimiento de vida en Workday y siga los pasos correspondientes. Puede encontrar instrucciones adicionales en Workday y LT Central.

¿Cómo realizo mis contribuciones?

Las contribuciones se pueden realizar a través de deducciones de la nómina de pago de su empleador, o bien usted puede contribuir directamente a su HSA.

¿Las contribuciones de HSA que realicé a través de depósitos en lockbox o en línea a través de eContribute aparecerán en mi W-2?

No. Las contribuciones hechas por cualquiera de estos métodos se consideran contribuciones después de impuestos para fines de informes de W-2. Para recibir el beneficio fiscal de las contribuciones que hizo después de impuestos, debe reclamarlas en su declaración de impuestos.

¿Cuándo se pueden hacer las contribuciones a la HSA? ¿Existe un plazo para las contribuciones a una cuenta HSA en un año tributario?

Para una HSA establecida, las contribuciones para el año tributario se pueden hacer en uno o más pagos en cualquier momento después del comienzo del año y antes de la fecha límite (sin extensiones) para presentar la declaración de impuestos federales de la persona elegible para ese año. Para la mayoría de los contribuyentes, esta fecha es el 15 de abril del año siguiente al año que se realizaron las contribuciones.

¿Qué sucede cuando las contribuciones a una cuenta HSA exceden el monto máximo que puede deducirse o excluirse del ingreso bruto en un año tributario?

Las contribuciones de una persona a una HSA, o si se realizan en nombre de una persona a una HSA, no son deducibles de impuestos cuando exceden los límites. Las contribuciones de un empleador a la cuenta HSA de un miembro del equipo se incluyen en el ingreso bruto del miembro del equipo si exceden los límites o si se realizan en nombre de un miembro del equipo que no es una persona elegible. Además, si no se retira de manera oportuna, se impone un impuesto indirecto tasado anualmente del 6% sobre el titular de la cuenta por exceso de contribuciones por parte del titular y del empleador.

¿Qué son las contribuciones de nivelación para las personas de 55 años o más?

Para las personas entre 55 y 65 años de edad, el límite de contribución a una HSA es de \$1,000 en el año calendario 2010 y en los años subsiguientes.

Si mi cónyuge tiene 55 años o más, ¿soy elegible para realizar la contribución de nivelación?

No. El titular de la cuenta principal debe tener 55 años o más para poder realizar la contribución de nivelación.

¿Qué sucede con el saldo restante de mi cuenta al final del año?

Cualquier saldo restante se transferirá al año siguiente (no está sujeto al requisito de "úsalo o piérdelo").

¿Puedo aportar fondos de mi Acuerdo Individual de Jubilación (IRA) a mi HSA?

Durante su vida, se le permite hacer una contribución única de una de sus cuentas IRA a una de sus cuentas HSA. Las contribuciones deben hacerse mediante una transferencia directa entre los fiduciarios. La transferencia de una cuenta IRA no se incluirá en los ingresos ni estará sujeta a impuestos adicionales debido al retiro anticipado. La transferencia se limita a la contribución anual máxima establecida para una HSA y el monto contribuido no se puede deducir. Se pueden aplicar multas si la cobertura de HDHP no continúa durante los 12 meses.

¿Se permiten contribuciones de transferencia de cuentas MSA Archer y otras cuentas HSA?

Sí. Las contribuciones de transferencia de cuentas MSA Archer y otras cuentas HSA están permitidas. Las contribuciones de transferencia elegibles deben hacerse en efectivo y no están sujetas a los límites de contribución anuales.

DISTRIBUCIONES

¿Cuándo puedo iniciar distribuciones desde una HSA?

Una vez que su cuenta esté provista de fondos y hayamos recibido su solicitud firmada, puede iniciar distribuciones desde la HSA en cualquier momento.

¿Cuáles son los gastos médicos autorizados que son elegibles para distribuciones libres de impuestos?

Los gastos médicos autorizados son los gastos pagados por el titular de la cuenta para el diagnóstico, la curación, la mitigación, el tratamiento o la prevención de una enfermedad. Ejemplos de estos gastos son ciertos medicamentos de venta libre y recetados, el transporte hasta los proveedores de atención médica, los gastos autorizados para cuidados a largo plazo y ciertas primas de seguros de salud. Dichos gastos son "gastos médicos autorizados" solo si no son elegibles para seguro o para cualquier otro tipo de cobertura. Para obtener más información, visite irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf.

¿Cómo se gravan las distribuciones de una cuenta HSA?

Las distribuciones de una cuenta HSA utilizada exclusivamente para pagar gastos médicos autorizados del titular de la cuenta, su cónyuge o dependientes están exentas de impuestos y no se incluyen en el ingreso bruto. Por lo general, los montos retenidos en una HSA se pueden usar para gastos médicos autorizados y son excluibles de los ingresos brutos, incluso si la persona no es elegible actualmente para hacer contribuciones a la cuenta HSA.

Sin embargo, cualquier cantidad de la distribución no utilizada exclusivamente para pagar los gastos médicos autorizados del titular de la cuenta, el cónyuge o dependientes puede incluirse en los ingresos brutos del titular de la cuenta. Dichas distribuciones están sujetas a un impuesto adicional del 10% sobre el monto incluido, salvo en el caso de distribuciones realizadas después del fallecimiento, la incapacidad o el cumplimiento de 65 años de edad del titular de la cuenta.

¿Se requieren informes fiscales para una HSA?

Sí. Junto con su declaración de impuestos cada año, se debe completar el formulario 8889 del IRS para informar el total de depósitos y retiros de su cuenta. No tiene que detallar este formulario para completarlo.

¿Cuáles son las reglas fiscales de una HSA?

Una cuenta HSA le proporciona un triple ahorro de impuestos ya que permite:

- deducciones de impuestos de los ingresos brutos cuando contribuye a su HSA
- ganancias libres de impuestos a través de intereses e inversiones
- retiros libres de cargos para gastos médicos autorizados

¿Qué sucede con mi HSA si fallezco?

Después del fallecimiento, la propiedad de la HSA se transfiere al beneficiario designado.

¿Cuáles son las consecuencias de los impuestos sobre la renta para el beneficiario después del fallecimiento del titular de la cuenta HSA?

Cualquier saldo en la HSA del titular de cuenta fallecido pasa a ser propiedad de la persona mencionada en la HSA como beneficiario de la cuenta. Si el cónyuge sobreviviente del titular de la cuenta es el beneficiario designado de la

HSA, la HSA se trata como si el cónyuge sobreviviente fuera el titular de la cuenta, y las distribuciones que se utilicen para los gastos médicos autorizados no estarían sujetas a impuestos sobre la renta.

Si, a consecuencia del fallecimiento del titular de la cuenta, la HSA pasa a una persona que no sea el cónyuge sobreviviente del titular de la cuenta, la HSA deja de ser una HSA a partir de la fecha de fallecimiento del titular y la persona debe incluir en sus ingresos brutos el valor justo de mercado de los activos en la HSA a la fecha del fallecimiento.

¿Quién es responsable de determinar si las distribuciones de la HSA se usan exclusivamente para gastos médicos autorizados?

Como titular de una cuenta HSA, debe asegurarse de que las distribuciones se utilizan para gastos médicos autorizados y debería guardar los recibos para demostrar que las distribuciones se hicieron para esos fines. Usted es responsable de asegurarse de que las contribuciones a la HSA no excedan los límites establecidos por el IRS.

Si cambio de empleador, ¿qué sucede con mi HSA?

Como usted es el propietario de la HSA, si cambia de empleador puede continuar manteniendo la cuenta.

¿Cómo se entregarán los estados de cuenta de la HSA y con qué frecuencia?

Los estados de cuenta mensuales que detallan los depósitos y retiros de la HSA estarán disponibles en línea o puede optar por recibirlos en forma impresa por un cobro adicional.

¿Puedo usar los fondos de la cuenta HSA para reembolsarme (yo mismo) los gastos médicos autorizados incurridos antes de mi inscripción en la HSA?

No. Los gastos médicos autorizados solo pueden reembolsarse, libres de impuestos, si se incurren después de la fecha de establecimiento de su HSA.

CÓMO ENTENDER LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

HealthEZ: 800.948.3253

Reembolsos: service@healthez.com

¡Ahorre dólares imponibles cada año que se inscriba!

Cuando se inscribe en una Cuenta de gastos flexibles, puede pagar sus gastos de transporte público, médicos, dentales o de cuidado de dependientes (guardería) con dinero retenido de su cheque de pago. Puede contribuir hasta \$2,700 en su cuenta médica de gastos flexibles. El dinero retenido no está sujeto al Seguro Social (FICA) ni a los impuestos federales o estatales sobre la renta.

Los gastos médicos y de cuidado de dependientes (guardería) que paga actualmente son solo parcialmente deducibles de impuestos, como mucho. El dinero que pone en su cuenta FSA está exento de sus ingresos imponibles.

Tan sólo unos pocos pasos sencillos

Calcule sus gastos anuales en atención médica y/o guardería, y en transporte público.

- Elija las cantidades en Workday que desea retener de su cheque. En Workday, esto se denomina: Cuenta de Reembolso por atención médica - HealthEZ Full Medical Care Reimbursement Account. En Workday, la FSA para el cuidado de dependientes se llama: Cuenta de Reembolso por cuidado de dependientes - HealthEZ Dependent Care Reimbursement Account.
- Cuando desee realizar una compra autorizada desde su FSA, use su tarjeta de débito Benny en cualquier proveedor participante y no tendrá que enviar un recibo para el reembolso. Visite myBenny.com para obtener más información.
- Después de haber incurrido en un gasto de atención médica o de cuidado de dependientes, complete el formulario de reclamación de reembolso disponible en ltfbenefits.com.
- Envíe el formulario de reclamo en línea, fax (952.896.0372), correo (7201 W. 78th St. Bloomington, MN 55439) o correo electrónico a service@healthez.com
- Procesaremos su reclamación, y si los gastos son autorizados, se le emitirá un cheque de reembolso de acuerdo con el calendario de pagos. Opción de depósito directo disponible.

¿Cómo funciona?

Cada vez que le pagan su salario, el dinero que eligió retener de su cheque se pone en una cuenta de reembolsos. Durante el año, a medida que incurre en gastos médicos o de guardería, usted envía las reclamaciones a HealthEZ. Dichos gastos se le reembolsan de su cuenta de reembolsos. Recuerde, ese dinero es libre de impuestos.

Datos importantes

- Debe enviar recibos o una Explicación de beneficios que demuestre la fecha del servicio y el monto del pago de su responsabilidad. O bien, haga que su proveedor de guardería firme el formulario de reembolso.
- Todos los gastos deben incurrirse dentro del año del plan de beneficios actual.
- Puede inscribirse solamente al momento de la contratación, si se produce un acontecimiento de vida que califique o durante el período de Inscripción abierta.
- Cualquier dinero no utilizado al término del año se pierde.
- Si recibe un salario alto, su cuenta de gastos flexibles/guardería podría verse reducida debido a requisitos federales de medición.

Estoy inscrito/en proceso de inscribirme en una HSA. ¿Todavía puedo usar una FSA?

Aquellos que han elegido participar en el beneficio de HSA pueden presentar ciertos gastos bajo una cuenta FSA limitada. Los gastos elegibles para la FSA limitada son solo los gastos dentales, de la vista y de atención preventiva. Asegúrese de seleccionar la opción correcta en el Formulario de inscripción. El resto de sus gastos médicos se reembolsan a través de su cuenta HSA. En Workday, esto se denomina: Reembolso por atención médica - HealthEZ Limited Medical Reimbursement Account.

¿QUÉ GASTOS ESTÁN AUTORIZADOS?

Gastos autorizados – Médicos

- La mayoría de los gastos médicos o dentales que no tienen cobertura del seguro, incluidos los costos hospitalarios, los deducibles, los cuidados de enfermería y los gastos de enfermería
- Cuidado de la vista (exámenes, anteojos y lentes de contacto)
- Cuidado dental (exámenes, radiografías, empastes y coronas)
- Consulta con quiropráctico
- Prótesis
- Medicamentos recetados y suministros

- Tratamiento y/o terapia psiquiátricos
- Gastos de transporte relacionados con la enfermedad
- Cuidados de audición, incluidos exámenes y audífonos

Requisitos – Cuidado de dependientes

- Si está casado, tanto usted como su cónyuge deben trabajar o ser un estudiante a tiempo completo.
- Su hijo generalmente debe ser menor de 13 años de edad. Si el dependiente no es un niño, entonces debe ser física o mentalmente incapaz de cuidarse por sí mismo.
- Debe incurrir en este gasto de guardería porque tiene que trabajar.
- Debe proporcionar los números de identificación de su guardería o del proveedor privado para fines fiscales.
- El proveedor no puede ser uno de sus propios hijos, a menos que este tenga 19 años de edad o más.

¿Cuánto puede ahorrar?

Esta tabla muestra los ahorros que puede obtener si se inscribe en una Cuenta de gastos flexibles. Suponga que ha estimado sus gastos médicos y dentales en \$1,500.

Sin plan flexible		Con plan flexible
\$24,000	Salario anual	\$24,000
\$0	Gasto antes de impuestos	\$1,500
\$24,000	Ingreso imponible	\$22,500
	Menos	
\$3,600	Impuesto federal al 15%	\$3,375
\$1,836	Impuesto FICA al 7.65%	\$1,721
\$504	Impuesto estatal al 2.1%	\$473
\$5,940	Total de impuestos	\$5,569
\$1,500	Gasto después de impuestos	\$0
\$16,560	Pago líquido neto	\$16,931
	¡Ahorros anuales para usted!	\$371

Nota: Las tasas de impuestos federales y estatales varían según los niveles de ingresos y el estado de residencia. El ejemplo supone una tasa impositiva federal mínima y una tasa impositiva estatal del 2.1%. Consulte con su asesor de planes de beneficios flexibles o su contador para calcular el monto real.

PREGUNTAS SOBRE LA FSA

¿Existe un límite anual para el gasto en cuidado de dependientes?

Sí, el máximo que puede elegir es de \$5,000. Si se inscribe en una cuenta de cuidado de dependientes (guardería), no puede reclamar el crédito de cuidado infantil en su declaración de impuestos por los gastos reembolsados de su FSA. Consulte con su asesor de impuestos para ver cuál sería mejor para usted.

¿Puedo cambiar mi elección durante el año?

En general, no. Hay algunas excepciones, como el nacimiento de un hijo o si su cónyuge pierde su trabajo. Si se produce este "cambio de vida importante", debe reportarlo al Departamento de Recursos Humanos de su compañía dentro de un plazo de 30 días.

¿Los medicamentos de venta libre son reembolsables?

Puede pagar ciertos gastos de medicamentos de venta libre y recetados como se define en la Publicación 502 del IRS. Una lista completa de medicamentos permitidos está disponible en línea en lfbenefits.com.

BENEFICIOS DE TRANSPORTE

HealthEZ: 800.948.3253

Contribución de Life Time

Life Time igualará las contribuciones hasta \$20 por mes. Por ejemplo, si necesita \$100 por mes para comprar un pase de autobús, debe elegir \$80 y Life Time contribuirá con \$20. En Workday, esto se denomina: Cuenta para gastos de transporte - HealthEZ Bus/Van Pool Spending Account o Transportation Spending Account - HealthEZ Parking Spending Account Plan.

¿Qué beneficios específicos de transporte provee el plan?

- Los beneficios de Pase de transporte permiten que un miembro del equipo pague, con dinero antes de impuestos, por su parte del costo de la cobertura de gastos de Pase de transporte autorizados; es decir, pases de transporte masivo, vales, etc., para transportarse hasta el trabajo;
- Los beneficios de Vehículo de transporte al trabajo por carretera (Van Pool) permiten al miembro del equipo pagar, con dinero antes de impuestos, sus gastos del Vehículo de transporte al trabajo por carretera para ir al trabajo; y
- Los Gastos de estacionamiento autorizados permiten que un miembro del equipo pague, con dinero antes de impuestos, por su parte del costo de los Gastos de estacionamiento autorizados. Life Time reembolsa los gastos de transporte que cubren un período de un mes o más. En consecuencia, el Plan no reembolsa el pago de estacionamiento diario o de parquímetro.

¿Qué son los gastos de transporte?

Gastos de transporte son los gastos incurridos o pagados durante el mes de una elección vigente, siempre que usted sea un miembro del equipo al momento en que se le proporcione el Beneficio de transporte. (Los beneficios de transporte se proporcionan en la fecha en que recibe un Pase de transporte [como se define a continuación] o un medio similar, o en cualquier otro caso, la fecha en que usa el Beneficio de transporte). Los gastos de transporte incluyen gastos de Pase de transporte, gastos del Vehículo de transporte al trabajo por carretera y gastos de estacionamiento autorizado, que se definen de la siguiente manera:

- Los gastos en Pase de transporte son los gastos incurridos o pagados por un pase, ficha, tarjeta, vale o medio similar (Pase de transporte) para el transporte (a) en medios de transporte masivo (como tren, autobús,

metro o ferry), de propiedad pública o no; o (b) provisto por cualquier persona en el negocio de transportar personas por una tarifa o contrato, si dicho transporte se provee en un vehículo con una capacidad de por lo menos seis adultos (sin contar al conductor).

- Los gastos en Vehículo de transporte al trabajo por carretera (Van Pool) son gastos incurridos o pagados para el transporte en un Vehículo de transporte al trabajo por carretera si tal transporte está relacionado con el viaje entre su residencia y el lugar de trabajo. Un Vehículo de transporte al trabajo por carretera es cualquier vehículo con una capacidad mínima para seis adultos (sin incluir al conductor), donde al menos el 80% del millaje anual se usa para transportar a los miembros de equipos entre sus residencias y sus lugares de trabajo, y para viajes durante los cuales la cantidad de miembros de equipos transportados para esos fines es al menos la mitad de la capacidad de asientos del vehículo (sin incluir al conductor).
- Los Gastos de estacionamiento autorizados son los gastos incurridos o pagados para estacionar en o cerca del lugar de trabajo habitual del Empleador, o los gastos incurridos para estacionar su automóvil en un lugar desde el cual se transporta hasta su lugar de trabajo habitual mediante (a) viaje compartido; (b) un Vehículo de transporte al trabajo por carretera; (c) medios de transporte masivo; o (d) transporte proporcionado por cualquier persona en el negocio de transportar personas por una tarifa o contrato, si dicho transporte se realiza en un Vehículo de transporte al trabajo por carretera. No puede presentar gastos incurridos por otras personas. El Plan no reembolsa el pago de estacionamiento diario o de parquímetro.

¿Qué debo hacer para recibir el reembolso de mis gastos de transporte?

Un gasto de transporte se paga cuando se ha provisto el servicio y usted paga formalmente el servicio; no se paga cuando usted formalmente recibe una factura o le cobran por el servicio. Presente la reclamación al Administrador en el Formulario de reembolso que se le proporcionará. También debe incluir las cuentas, facturas, estados de cuenta de terceros, recibos de estacionamiento, pases de transporte usados u otra prueba de pago que muestre los montos de dichos pagos, junto con cualquier documentación adicional que el administrador pueda solicitar, que demuestre que se incurrió o se pagó los servicios de transporte, y la cantidad de dichos gastos. Tenga en cuenta que, por ley, es posible que el administrador no pueda reembolsarle los gastos de un Pase de transporte si hubiese un "vale" (o algo similar) disponible.

¿Qué ocurre si me excedo en el cálculo de mis gastos de transporte?

Si su solicitud de reembolso fue menor que su saldo actual de la cuenta de transporte, las cantidades no utilizadas en su cuenta de transporte se transferirán y estarán disponibles para reembolsos futuros, siempre y cuando continúe participando en el plan. Es posible que necesite ajustar la elección para el próximo Periodo de cobertura mensual con el fin de agotar el saldo excedente de su Cuenta de transporte. Por ejemplo, si su elección mensual de estacionamiento (y el gasto mensual anticipado) es de \$100, pero solo incurre en gastos de transporte de \$75 en enero, es posible que desee cambiar su elección de febrero a \$75 para usar el excedente de \$25 de enero. Posteriormente puede aumentar su elección de nuevo a \$100 para marzo, antes del 1 de marzo.

¿Qué ocurre si el cálculo de mis gastos de transporte es menor?

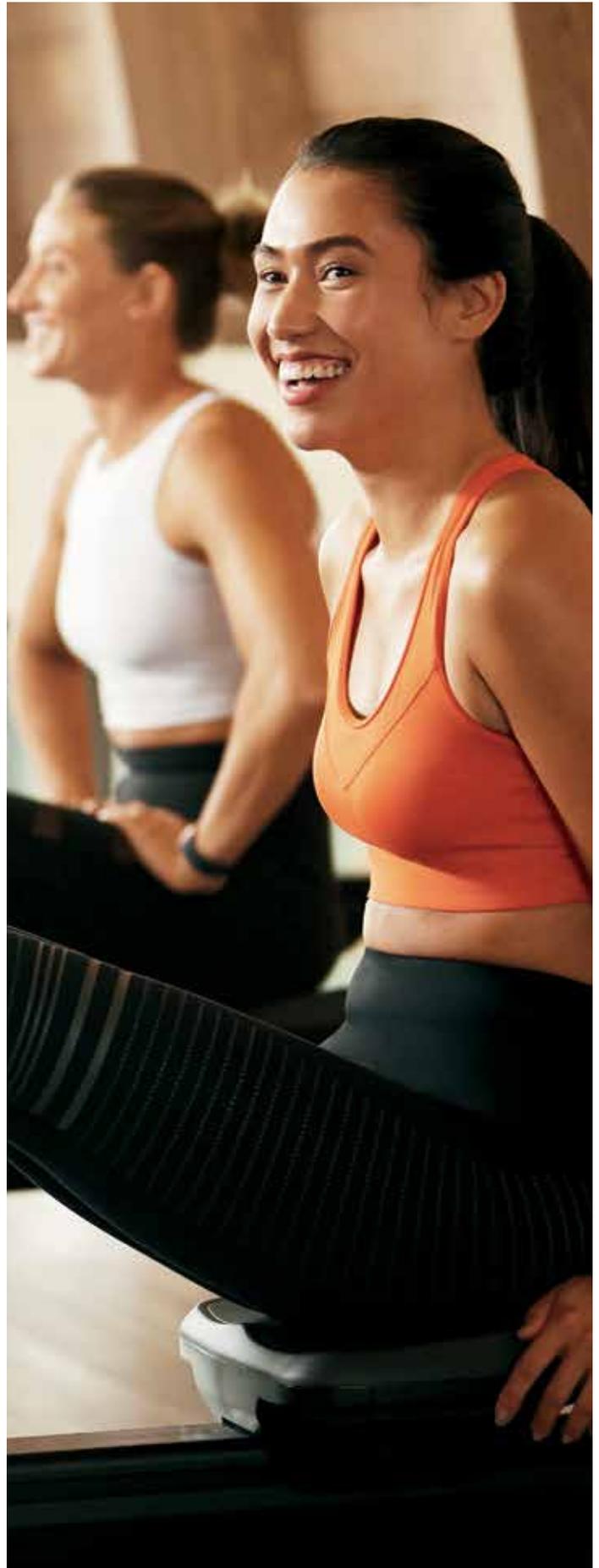
Si su solicitud de reembolso fue por un monto menor al monto máximo mensual (descrito anteriormente), pero más que el saldo actual en su Cuenta de transporte, la parte excedente del reembolso se transferirá a los siguientes meses a pagar a medida que se ajusta su saldo (sujeto al máximo mensual descrito anteriormente). Sin embargo, recuerde que no se le puede reembolsar ningún gasto total por sobre los créditos disponibles en su Cuenta de transporte.

Límites

Transporte/Van Pool: hasta \$265 por mes y puede aumentar o disminuir cada mes durante el año del plan.

Estacionamiento: hasta \$265 por mes y puede aumentar o disminuir cada mes durante el año del plan.

New York City Transit/Van Pool: Hasta \$265 por mes y puede aumentar o disminuir cada mes durante el año de



401k

Fidelity: 800.835.5095

El Administrador de su plan 401k es Fidelity Investments. Puede encontrar a Fidelity Investments en Internet en 401k.com o llame al 800.835.5095. Su Asesor del plan 401k es CBIZ. Puede encontrar a CBIZ en cbiz.com o llame al 877.323.3867.

Life Time tiene un plan 401k que iguala las cantidades que los miembros del equipo aportan al plan. El plan de Life Time le permite ahorrar para su jubilación con impuestos diferidos. Todas las contribuciones y ganancias dentro del plan 401k de Life Time no son imponibles al momento de la deducción, lo que brinda ahorros tributarios ahora. Puede inscribirse si tiene 21 años de edad. La inscripción se realiza en el sitio web de Fidelity 401k.com. Pueden encontrar instrucciones adicionales para la inscripción en Workday y LT Central.

Puede recibir asesoramiento financiero GRATUITO, imparcial y profesional de CBIZ. Puede llamar al 877.323.3867 para hacer cualquier pregunta relacionada con el plan 401k, como por ejemplo: ¿Cuánto de mi sueldo debo ahorrar para mi jubilación? o ¿qué inversiones en el plan 401k son adecuadas en mi caso?

BENEFICIO DE ADOPCIÓN

Life Time estima que los miembros del equipo que están formando una familia, ya sea por nacimiento o adopción, deberían tener beneficios. Los costos de adoptar, así como la necesidad de apego y ajuste con un nuevo hijo, son iguales a la experiencia de quienes dan a luz. Para obtener más información sobre este beneficio, consulte la información que aparece en Workday y LT Central.

PERMISO SIN GOCE DE SUELDO

Para todas las consultas sobre licencias con o sin goce de sueldo (FMLA, Militar, ADA/Médica, etc.), llame al Administrador de licencias de Life Time al 888.848.7070 o envíe un correo electrónico a leaveofabsence@lt.life. Si se encuentra con licencia y aumenta la cantidad de sus dependientes (por ejemplo, el nacimiento de un hijo), consulte la sección "Acontecimiento de cambio en su vida que califica" al comienzo de este folleto. Mientras se encuentre con licencia será responsable de pagar las primas de sus beneficios.

PROGRAMA DE ASISTENCIA A EMPLEADOS

LifeWorks ofrece asistencia confidencial en caso de problemas personales, legales, laborales, financieros y de otra índole las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al 888.267.8126 o visite lifeworks.com para recibir asistencia en cualquier momento.

FrontierMEDEX

Seguro de asistencia para viajes a través de Life Time Group Life Insurance

Este es un beneficio que brinda el seguro de vida de Life Time a través de *The Standard*.

El seguro de asistencia para viajes lo ayuda a superar emergencias cuando viaja a más de 100 millas de su hogar o en viajes internacionales de hasta 180 días. También puede ayudarlo en situaciones que no sean de emergencia; por ejemplo, en la planificación de su viaje personal.

No tiene que inscribirse. Como participante en la cobertura del seguro de vida colectivo de nuestra compañía suscrito por Standard Insurance Company, usted y los miembros de su familia tienen cobertura automáticamente. Todos los servicios están disponibles las 24 horas, todos los días.

Para obtener más información sobre este beneficio, consulte la información que aparece en Workday y LT Central.

BENEFICIOS INDIVIDUALES VOLUNTARIOS

Life Time se compromete a proporcionarle beneficios de avanzada diseñados para agregar un valor real y mejorar la calidad de su vida y las vidas de los miembros de su familia. Nos complace informarle que hemos agregado dos opciones nuevas y muy exclusivas a nuestro paquete integral de beneficios: **LegalShield y IDShield**.



Durante más de 44 años, LegalShield ha estado ofreciendo planes legales a sus miembros; para ello, ha creado una variedad de planes donde todos tienen acceso a protección legal a un precio asequible. Todos los días surgen preguntas legales inesperadas, no obstante, con LegalShield a su lado tendrá acceso a una firma de abogados de calidad las 24 horas del día y los siete días de la semana para las situaciones personales con cobertura. El plan LegalShield incluye: preparación de testamento para usted y su cónyuge, consulta telefónica gratuita sobre un número ilimitado de asuntos personales (se incluyen las situaciones preexistentes), cartas y llamadas telefónicas en su nombre, revisión de contratos y documentos, acceso de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana, 25% de descuento para miembros preferidos, acceso al programa de descuentos Member Perks y muchísimo más.

Para una descripción completa del plan, mire el video disponible en: itcprotects.com.

Opciones de inscripción individuales y familiares disponibles sobre la base de deducciones de la nómina de pago a precios de grupo con descuento:

La cobertura individual es de \$14.95 por mes y la cobertura familiar es de \$15.95 por mes

La cobertura individual para miembros de equipos en MA, NY, NC y NV es de \$15.95 por mes



El robo de identidad sigue siendo la principal queja de los consumidores según lo informado por la Comisión Federal de Comercio. Cada 2 segundos alguien es víctima de robo de identidad. Debido a esto, LegalShield se asoció con Kroll, una importante empresa de consultoría y gestión de riesgos, para crear IDShield, el plan de protección de robo

de identidad más completo disponible en el mercado hoy en día. IDShield incluye: Privacidad, seguridad y monitoreo EXHAUSTIVO y PERSONALIZADO del crédito, Credit Score Tracker (Rastreador de puntuación de crédito), alertas por correo electrónico, garantía de servicio de \$5 millones y **restauración total y completa, que cubre todo tipo de robo de identidad**, el programa Member Perks y mucho más.

Para una descripción completa del plan, mire el video disponible en: itcprotects.com.

Opciones de inscripción individuales y familiares disponibles sobre la base de deducciones de la nómina de pago a precios de grupo con descuento:

La cobertura individual es de \$8.45 por mes y la cobertura familiar es de \$15.95 por mes

Tarifas para inscribirse en ambos planes:

- LegalShield y IDShield - Cobertura individual - \$23.40 por mes
- LegalShield y IDShield - Cobertura familiar - \$28.90 por mes (se aplica un descuento adicional)
- LegalShield y IDShield - Cobertura individual - para miembros del equipo en MA, NY, NC y NV - \$24.40 por mes

TÉRMINOS CLAVE RELATIVOS A LOS BENEFICIOS

- **COBRA** - Una ley federal que permite a los trabajadores y dependientes (sin incluir las parejas domésticas) que pierden su cobertura médica, de la vista, dental o de una cuenta de gastos médicos flexibles continuar cualquiera de esas coberturas durante un período de tiempo específico si eligen y pagan la continuación de los beneficios.
- **Coseguro** - El porcentaje del cobro médico o dental que paga después de pagar el deducible.
- **Copago** - Una tarifa fija que paga por servicios médicos, independientemente del monto real que le cobre su médico u otro proveedor. Esto generalmente se aplica a las consultas en el consultorio del médico y los medicamentos recetados.
- **Deducible** - El monto que paga por los gastos médicos y dentales en cada año del plan antes de que el plan comience a pagar los beneficios.
- **Pareja doméstica** - La pareja doméstica de un miembro del equipo que tiene el mismo lugar de residencia principal por más de dos años, y que depende del miembro del equipo para más de la mitad de su mantenimiento durante el año calendario en el que la pareja doméstica se inscribe para recibir cobertura bajo el plan.
- **Gasto de bolsillo** - La cantidad total que un miembro del equipo o dependiente paga directamente de su bolsillo en un período de beneficio determinado (generalmente un año), incluidos los deducibles o coseguros (los copagos se aplican a los gastos de bolsillo). Una vez que se alcanza este máximo, el plan paga el 100% de los gastos elegibles, hasta alcanzar el máximo anual.
- **Prima** - El monto pagado o que debe pagar el miembro del equipo por la cobertura de beneficios.
- **Red** - Médicos, hospitales, quiroprácticos y otros profesionales médicos que han acordado proporcionar a los miembros del equipo mejores precios por los servicios. Será asignado a una red según su dirección en Workday. Asegúrese de mantener su dirección actualizada.

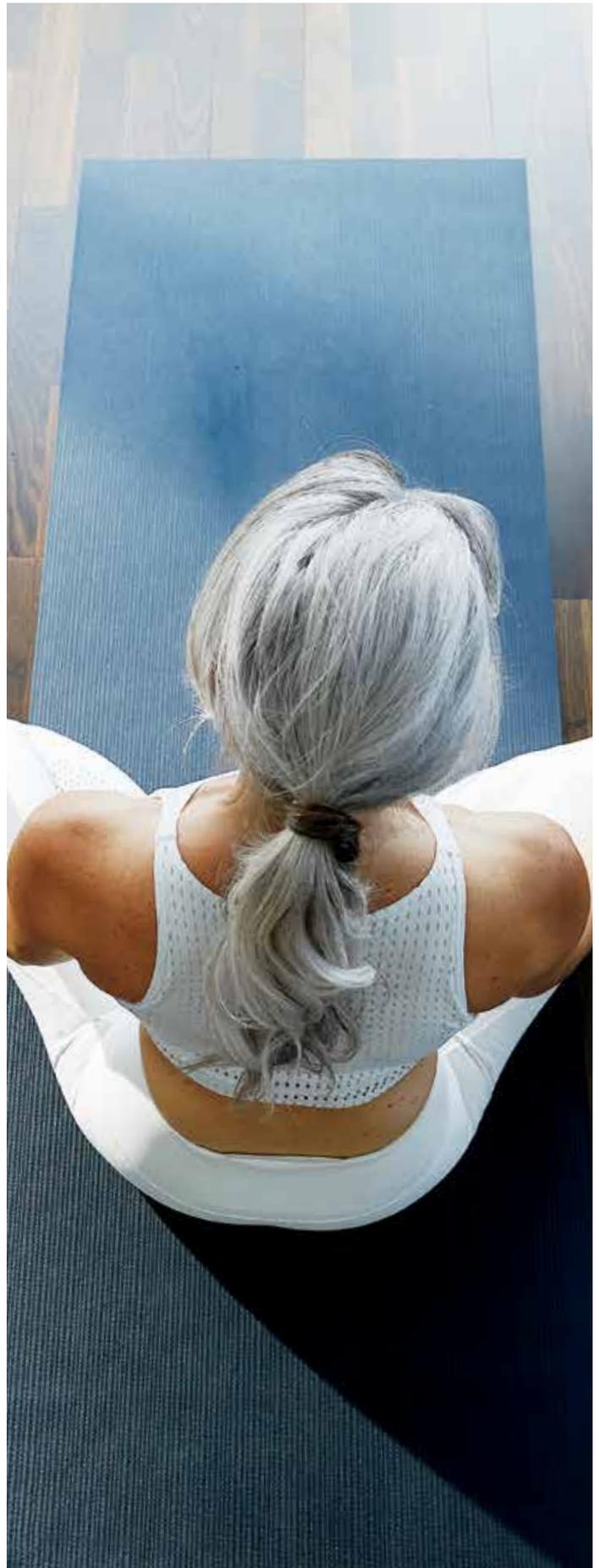


SERVICIO DE PAGOS MÉDICOS HEALTHEZPAY

HealthEZ ofrece un servicio de pago médico llamado HealthEZpay, que pagará automáticamente sus facturas médicas en su nombre desde una cuenta FSA o HSA, o con una tarjeta de crédito o tarjeta de débito bancaria.

Con la función de Notificación electrónica, cuando una factura médica esté lista para ser pagada recibirá un mensaje por correo electrónico. Enseguida puede hacer clic para ingresar a un sitio web seguro para revisar y autorizar el pago. Si es miembro de HealthEZpay, puede pagar utilizando la cuenta que actualmente tiene registrada en HealthEZ. Si no es miembro de HealthEZpay, puede pagar utilizando la tarjeta de crédito o de débito bancaria de su elección.

Para registrarse en HealthEZpay, use el formulario de solicitud en la página siguiente o llame al 888.409.2273.





SEA UN HÉROE DE LOS ALMUERZOS ESCOLARES

Apoye el programa School Lunch Hero (Héroe de los almuerzos escolares) en sus elecciones de beneficios del 2020.

Únase al movimiento y ayudemos a las escuelas a eliminar siete ingredientes dañinos de los alimentos que sirven, para que cada niño reciba la comida saludable que se merece.

Esto se logra eliminando las grasas trans y los aceites hidrogenados, el sirope de maíz con alto contenido de fructosa, las hormonas y antibióticos en la producción animal, los endulzantes agregados y artificiales, los colores y sabores artificiales, los preservantes artificiales y la harina blanqueada.

Con más de 30 millones de niños que almuerzan en la escuela todos los días, asegurémonos de que reciban alimentos saludables, nutritivos y reales. El 100% de su contribución a la Fundación Life Time financia nuestras subvenciones escolares y programas de educación nutricional.

¡Sea un héroe de los almuerzos escolares!

Conéctese a Workday y haga su contribución.

Donar es fácil.

1. Conéctese a **Workday**
2. Seleccione **Benefits** (Beneficios) en la página de inicio
3. Bajo la sección **Change** (Cambiar), seleccione **Benefits** (Beneficios)
4. Desde el menú desplegable **Benefits Event Type** (Tipo de beneficios por acontecimiento), seleccione **Life Time Foundation** (Fundación Life Time)
5. Elija **Effective Date** (Fecha de entrada en vigor) en que quiere comenzar su elección, haga clic en **Submit** (Enviar), luego en **Done** (Terminar)
6. Inmediatamente recibirá un **Mensaje** en su buzón de entrada de Workday
7. Dentro de ese mensaje, haga clic en **Elect** (Elegir), luego ingrese la cantidad por año o por cheque de pago
8. Haga clic en **Continue** (Continuar)
9. Revise su elección y pulse **Submit** (Enviar)

LIFE TIMESM
FOUNDATION | **100%**
OF YOUR DONATION
SUPPORTS OUR MISSION



Nuestra misión

es proporcionar
una experiencia
entretenida, educativa,
amistosa y atractiva,
funcional e innovadora
de calidad absoluta,
que satisfaga las necesidades
de salud y mantenimiento físico
de toda la familia.

LIFE TIME[®]
HEALTHY WAY OF LIFE