

EAST WEST
FAMILY OF COMPANIES
east west partners · Sliger Smith & Frampton · Forbes · eastwest hospitality

Preguntas frecuentes sobre beneficios

Preguntas generales sobre beneficios

1. ¿Cuándo soy elegible para los beneficios?
2. ¿Dónde puedo inscribirme?
3. ¿Qué es un plan "estilo cafetería"?
4. ¿Puedo cambiar mis elecciones de beneficios a mitad de año?
5. ¿Es lo mismo un matrimonio de hecho que una unión doméstica de hecho?
6. ¿A qué puedo acceder mediante anthem.com o a través de la aplicación móvil de Sydney Health?
7. ¿Qué es Health Advocate?
8. ¿En qué puede ayudar Health Advocate?
9. ¿Tiene algún costo utilizar Health Advocate?
10. ¿Cómo puedo contactar con Health Advocate?

Plan médico

11. ¿Cómo funciona el seguro médico?
12. ¿En qué se diferencian los planes?
13. ¿Por qué no puedo tener una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) con el plan HDHP?
14. ¿Cómo sé qué plan debo seleccionar?
15. ¿Puedo seguir aportando o utilizando mi Cuenta de ahorros para gastos médicos si me cambio al plan PPO o HDHP?
16. ¿Cómo funciona una Cuenta de gastos flexibles (FSA) con los planes médicos?
17. ¿Qué se considera atención preventiva?
18. ¿Qué es Hinge Health?
19. ¿Qué incluye el programa?
20. ¿Tiene algún costo?
21. ¿Cómo puedo obtener ayuda?
22. ¿Cuándo debería considerar utilizar Hinge Health?
23. ¿Qué es Transcarent?
24. ¿Qué procedimientos ofrece Transcarent?
25. ¿Cuál es el costo?
26. ¿Cómo empiezo?
27. ¿Transcarent forma parte de mi plan médico a través de Anthem?

Plan dental

28. ¿Cuál es la diferencia entre el plan Base y el plan Buy-Up?
29. ¿Está cubierto el tratamiento de ortodoncia?
30. ¿Cuál es la diferencia entre el deducible y el máximo anual en un plan dental?
31. ¿Cuál es el costo de la atención dental preventiva?
32. ¿Qué es la atención dental preventiva?
33. ¿Cuáles son los beneficios de la atención dental preventiva?
34. ¿Cómo puedo acceder a mi tarjeta dental?

Plan de visión

35. ¿Cuál es la diferencia entre el plan Base y el plan Buy-Up?
36. ¿Puedo presentar una solicitud de reembolso por anteojos fuera de la red?
37. ¿Qué significa "periodo de frecuencia"?
38. ¿Cuál es el costo de la atención de visión preventiva?
39. ¿Qué es la atención de visión preventiva?
40. ¿Cuáles son los beneficios de la atención de visión preventiva?
41. ¿Puedo utilizar el plan en Eye Pieces?
42. ¿Cómo puedo acceder a mi tarjeta de seguro de visión?

Cuentas de gastos flexibles

43. ¿Qué es una cuenta de gastos flexibles (FSA)?
44. ¿Cuánto puedo aportar a una FSA?
45. ¿Cuándo soy elegible para una cuenta FSA?
46. Si actualmente estoy inscrito en el plan médico HSA, ¿puedo tener una FSA?
47. ¿Puedo cambiar el monto de mi FSA o de mi FSA para atención de dependientes (DCFSA) a mitad de año?
48. ¿Cómo accedo a mi cuenta?
49. ¿Qué sucede si no utilizo todos mis fondos antes de fin de año?

Cuentas de ahorros para gastos médicos

50. ¿Qué es una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)?
51. ¿Cómo funciona una HSA?
52. ¿East West Family of Companies aporta a mi cuenta HSA?
53. ¿Qué sucede con el dinero si dejo de trabajar para East West Family of Companies?
54. ¿Cuánto puedo aportar?
55. ¿Cómo accedo a mi cuenta?

Coberturas complementarias: Seguro voluntario contra accidentes, de enfermedades graves e indemnización hospitalaria

56. ¿Qué es la cobertura complementaria?
57. ¿Cómo funciona la cobertura voluntaria contra accidentes?
58. ¿Cómo funciona la cobertura de enfermedades graves?
59. ¿Cómo funciona la cobertura de indemnización hospitalaria?
60. ¿Cómo puedo presentar una solicitud de reembolso?

Elecciones voluntarias

61. ¿Necesito un seguro de vida voluntario si tengo una cobertura básica?
62. ¿Es diferente el seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) del seguro de vida?
63. ¿Cómo funciona el seguro para mascotas?
64. ¿Cuál es la diferencia entre el seguro legal y la cobertura contra el robo de identidad?

Plan 401(k)

65. ¿Cuándo seré elegible para un plan 401(k)?
66. ¿Cómo puedo cambiar mi elección de plan 401(k)?
67. ¿Por qué y cómo designar un beneficiario?

Evento de vida habilitante (QLE)

68. ¿Qué es un QLE?
69. ¿Cómo solicito un QLE?
70. ¿Qué necesito para completar un QLE?

Preguntas generales sobre beneficios

1. ¿Cuándo soy elegible para los beneficios?
Usted es elegible para percibir beneficios a partir del primer día del mes posterior a un mes completo de empleo bajo la condición de tiempo completo durante todo el año.

2. ¿Dónde puedo inscribirme?
La inscripción se realiza en el mismo sitio donde completa el proceso de incorporación y donde accede a sus hojas de horas y recibos de pago en **app.rippling.com/sign-in/id**.

3. ¿Qué es un plan "estilo cafetería"?
"Estilo cafetería" significa que usted puede elegir entre la mayoría de las ofertas, incluidas las elecciones voluntarias. Las opciones se pueden seleccionar a la carta, por lo que usted decide qué planes desea, así como qué dependientes desea incluir en cada plan.

4. ¿Puedo cambiar mis elecciones de beneficios a mitad de año?
Solo puede realizar cambios fuera del período de inscripción abierta si experimenta un evento de vida habilitante (QLE), como matrimonio, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo, entre otras cosas. Para obtener una explicación más detallada sobre un QLE, incluyendo cómo solicitarlo y qué información necesitará para completar el proceso, consulte la página 9.

5. ¿Es lo mismo un matrimonio de hecho que una unión doméstica de hecho?
No. El estado de Colorado reconoce el matrimonio de hecho de la misma manera que un matrimonio ceremonial; una unión doméstica de hecho no cumple con los requisitos para que un miembro de la pareja sea considerado dependiente. Por favor, para obtener más información, visite el departamento de ingresos de Colorado **: tax.colorado.gov/common-law-marriage**.

6. ¿A qué puedo acceder mediante anthem.com o a través de la aplicación móvil de Sydney Health?
Al registrarse en línea con Anthem, tendrá acceso a encontrar atención médica dentro de la red; dar seguimiento a sus solicitudes de reembolso y pagos de bolsillo para alcanzar su deducible y límite máximo de gastos de bolsillo; ver, imprimir o enviar por correo electrónico sus tarjetas de seguro; acceder a servicios de atención médica virtuales; muchas opciones de salud mental; y mucho más.

7. ¿Qué es Health Advocate?
Health Advocate es un servicio gratuito y confidencial que ayuda a los empleados y sus familias a gestionar cuestiones relacionadas con la atención médica y los seguros. Los servicios incluyen asistencia para la inscripción y respuestas a preguntas sobre el plan, búsqueda de proveedores, resolución de problemas de facturación, comprensión de diagnósticos y más.

8. ¿En qué puede ayudar Health Advocate?
- Comprender y elegir el plan que mejor se adapte a usted.
- Encontrar doctores y especialistas dentro de la red
- Programar citas
- Aclarar facturas médicas y solicitudes de reembolso de seguros
- Explicar diagnósticos y opciones de tratamiento
- Coordinar segundas opiniones
- Recibir apoyo de servicios de atención a adultos mayores y personas con necesidades especiales.

9. ¿Tiene algún costo utilizar Health Advocate?
El servicio se proporciona sin costo alguno a los empleados elegibles y sus familias.

10. ¿Cómo puedo contactar con Health Advocate?
Puede comunicarse con Health Advocate las 24/7, por teléfono al 866-989-2972, en línea en **HealthAdvocate.com/eastwest** o descargando la aplicación móvil de Health Advocate. Código de registro: eastwest.

Plan médico

11. ¿Cómo funciona el seguro médico?
Los términos clave que debe conocer:

Deducible: Este es el monto que usted paga de su propio bolsillo antes de que el plan comience a pagar. Esto puede ocurrir con un gasto médico elevado o como una acumulación de gastos menores hasta alcanzar el deducible.

Coseguro: Una vez alcanzado el deducible, el saldo restante de un gasto importante y los gastos futuros estarán sujetos a este reparto de costos, en el que el plan cubrirá el 80% del costo y usted el 20%.

Copago: Se trata de una tarifa fija que usted paga por servicios de atención médica específicos, como visitas al médico o a especialistas, así como medicamentos con receta.

Máximo de gastos de bolsillo: Este es el monto total del que usted es responsable por todos los gastos médicos durante el año del plan. Es la suma del deducible + su parte del coseguro. Los gastos médicos adicionales estarían cubiertos en su totalidad por el plan.

12. ¿En qué se diferencian los planes?
A continuación, se muestra un cuadro comparativo sencillo que destaca las principales diferencias entre los planes.

Los montos de cobertura son para proveedores dentro de la red.	PPO	HSA	HDHP
Costo por cheque	Más alto	Medio	Más bajo
Atención preventiva	Se cubre al 100%	Se cubre al 100%	Se cubre al 100%
Deducible (individual/familiar)	$1000/ $3000	$2500/ $5000**	$6650/ $13 300
Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar)	$4000/ $12 000	$5000/ $10 000	$6650/ $13 300
Coseguro (Plan%/Su%)	80%/20%	80%/20%	100%*/0%
Medicamentos con receta	Copago	Deducible	Copago
Cuenta de gastos flexibles	Cobertura médica, dental y de visión en su totalidad	Cobertura dental y de visión limitados	Cobertura médica, dental y de visión en su totalidad
Visitas al consultorio	Copago	Deducible	Deducible

*Después del deducible
**Según las normas del IRS, el deducible individual es de $3500 si se inscribe con dependientes.

13. ¿Por qué no puedo tener una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) con el plan HDHP?
Si bien el plan HDHP es un plan médico con deducible alto, no cumple con todos los requisitos establecidos por el IRS para poder vincular una Cuenta de ahorros para gastos médicos con ese plan. Debido a las ventajas fiscales de una cuenta de ahorros para gastos médicos, los requisitos del IRS son muy estrictos en cuanto a no recibir otro tipo de asistencia para cubrir gastos, como los copagos.

14. ¿Cómo sé qué plan debo seleccionar?
Es importante utilizar las herramientas disponibles en línea con Anthem y Health Advocate, así como la información del plan, para responder preguntas como las siguientes:

- ¿Preveo algún gasto médico elevado este año, como una cirugía programada o el nacimiento de un bebé?
- ¿Cuál es mi situación actual con respecto a mi deducible y mi límite máximo de gastos de bolsillo? ¿Estoy aprovechando los beneficios por los que estoy pagando?
- ¿Podría beneficiarme de inversiones fuera del sistema de primas, como una cuenta de ahorros para gastos médicos? En caso de un gasto inesperado, podría tener que pagar más por adelantado, pero un gasto moderado o bajo significa que aún podría ahorrar dinero extra.

15. ¿Puedo seguir aportando o utilizando mi Cuenta de ahorros para gastos médicos si me cambio al plan PPO o HDHP?
No y sí. Una cuenta de ahorros para gastos médicos tiene reglas muy específicas en cuanto a la elegibilidad. Para aportar a una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA), debe estar inscrito en un plan médico calificado para HSA, y el plan médico HSA es el único plan que ofrecemos que puede combinarse con una cuenta de ahorros para gastos médicos. Aunque ya no puede aportar a una HSA en un plan médico no calificado, puede seguir utilizando los fondos para cualquier gasto calificado.

16. ¿Cómo funciona una Cuenta de gastos flexibles (FSA) con los planes médicos?
Una cuenta FSA es una excelente opción para las personas que prevén ciertos gastos médicos, dentales o de visión. Una vez que la persona sea elegible, la cuenta FSA se prefinancia con la cantidad elegida y esos fondos se pueden utilizar para cualquier gasto calificado. También es útil para cubrir los altos costos iniciales si usted está en un plan con un deducible más alto como el HDHP.

Tenga en cuenta que si se inscribe en el plan HSA, sus gastos en la Cuenta de gastos flexibles se limitarán únicamente a gastos dentales y de visión.

17. ¿Qué se considera atención preventiva?
La atención preventiva es un grupo específico de servicios recomendados cuando no se presentan síntomas y no se ha diagnosticado ningún problema de salud relacionado. Incluye su examen de bienestar periódico y pruebas específicas, ciertos exámenes de salud y la mayoría de las vacunas.

Para ver la lista completa, inicie sesión en su cuenta de **anthem.com**, en "Cobertura" seleccione "Médico" y desplácese hacia abajo hasta "Atención Preventiva".

18. ¿Qué es Hinge Health?
Hinge Health es una clínica digital musculoesquelética (MSK) que ofrece soporte para una amplia gama de afecciones MSK, incluyendo dolor de espalda, cuello, hombros, caderas, rodillas, tobillos e incluso salud pélvica.

19. ¿Qué incluye el programa?
- Planes personalizados de terapia de ejercicio
- Entrenamiento de salud individualizado
- Apoyo virtual de fisioterapeutas
- Recursos educativos
- Tecnología portátil opcional para el seguimiento del movimiento.

20. ¿Tiene algún costo?
Para los participantes elegibles, el programa es gratuito.

21. ¿Cómo puedo obtener ayuda?
Puede visitar Hinge Health en línea en hingehealth.com, descargar la aplicación Hinge Health o contactarlos por teléfono llamando al 855-902-2777.

22. ¿Cuándo debería considerar utilizar Hinge Health?
Si usted sufre dolor articular, muscular o de espalda, ya sea que esté tratando de evitar una cirugía, recuperándose de una o simplemente buscando una manera conveniente de controlar el dolor en casa.

23. ¿Qué es Transcarent?
Transcarent ofrece a los miembros del plan médico de Anthem acceso a cirujanos de primer nivel para procedimientos quirúrgicos cubiertos que no sean de emergencia, a menudo con poco o ningún costo para usted. Tenga en cuenta que Transcarent opera independientemente de su plan de seguro de Anthem, y estas cirugías no se facturan a través de Anthem.

24. ¿Qué procedimientos ofrece Transcarent?
- Cardíacos
- Generales
- Ortopédicos
- Salud para la mujer
- Neurológicos
- De columna vertebral
- Vasculares

25. ¿Cuál es el costo?
Las cirugías calificadas se proporcionan sin costo alguno para usted si está inscrito en los planes médicos HDHP o PPO. Se aplican las normas mínimas del IRS para el plan médico HSA, que requieren que el miembro alcance un deducible mínimo de $1750 en 2027, pero no hay ningún costo adicional una vez que se cumple esa norma.

26. ¿Cómo empiezo?
Visite Transcarent en línea en **member.transcarent.com**, descargue la aplicación Transcarent o llame por teléfono al 888-781-2417.

27. ¿Transcarent forma parte de mi plan médico a través de Anthem?
Si bien usted es elegible para Transcarent porque está inscrito en Anthem, se trata de un beneficio independiente que se ofrece fuera de su plan médico. Es posible que su médico no esté al tanto de ello, por lo que es una buena idea mencionarlo durante su consulta.

Plan dental

28. ¿Cuál es la diferencia entre el plan Base y el plan Buy-Up?
Tanto el plan dental Base como el plan Buy-Up incluyen atención preventiva y dos limpiezas al año.

Las principales diferencias son que el plan Buy-Up ofrece mayor cobertura, con un máximo anual superior de $2500 en comparación con los $1500 del plan Base. También cubre un mayor porcentaje de procedimientos restaurativos básicos y mayores, incluidos los implantes. Además, el plan Buy-Up incluye cobertura de ortodoncia, algo que no incluye el plan Base.

	Plano básico de Anthem		Plan Buy-Up de Anthem	
$5000 en gastos dentro de la red	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Deducible anual individual/familiar	$100/$300		$50/$150	
Máximo anual por persona	$1500		$2500	
Diagnóstico y prevención	100%, sin deducible			
Servicio básico	80% después del deducible		90% después del deducible	
Servicios mayores	50% después del deducible		60% después del deducible	
Ortodoncia	No se cubre		50% — $2000 de máximo de por vida	

29. ¿Está cubierto el tratamiento de ortodoncia?
El plan Base no cubre el tratamiento de ortodoncia. El plan Buy-Up pagará al 50% de los tratamientos de ortodoncia aprobados, hasta un máximo de por vida de $2000 por persona cubierta. El máximo de por vida se mantiene año tras año y no se reinicia al comienzo del año calendario; una vez alcanzado, no hay más cobertura para ortodoncia.

30. ¿Cuál es la diferencia entre el deducible y el máximo anual en un plan dental?
El deducible es la cantidad que usted paga de su propio bolsillo antes de que el plan comience a pagar. El máximo anual es la cantidad que el plan pagará después de que se alcance el deducible para el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre). Tenga en cuenta que algunas visitas de diagnóstico y atención preventiva están cubiertas al 100% y no se contabilizan para alcanzar el deducible o máximo anual.

31. ¿Cuál es el costo de la atención dental preventiva?
La atención preventiva está cubierta al 100% tanto en el plan Base como en el plan Buy-Up.

32. ¿Qué es la atención dental preventiva?
La atención preventiva ayuda a mantener una buena salud bucal mediante una combinación de revisiones dentales y el desarrollo de buenos hábitos como el cepillado y el uso de hilo dental.

Los servicios de odontología preventiva pueden incluir:

- Exámenes orales regulares, generalmente cada 6 meses
- Limpieza dental
- Radiografías de rutina
- Tratamientos con flúor. Solo para hijos menores de 19 años

33. ¿Cuáles son los beneficios de la atención dental preventiva?

- Disminuye su riesgo de desarrollar caries, enfermedades de las encías y problemas dentales más graves.
- La detección temprana de problemas dentales puede ayudar a minimizar el tratamiento y el costo.
- Permite a su dentista realizar un examen completo de la boca, mandíbula, cuello, etc., para identificar cualquier problema relacionado, incluidos algunos tipos de cáncer.
- Puede ayudar a reducir el riesgo de padecer afecciones médicas como enfermedades cardíacas y diabetes.

34. ¿Cómo puedo acceder a mi tarjeta dental?
Anthem no proporciona una tarjeta dental aparte. Su proveedor de atención dental puede obtener su información utilizando su tarjeta médica. Todavía puede acceder a una tarjeta dental iniciando sesión en **anthem.com** o descargando la aplicación móvil de Sydney Health.

Plan de visión

35. ¿Cuál es la diferencia entre el plan Base y el plan Buy-Up?
Aunque los planes Base y Buy-Up comparten la misma cobertura de exámenes, verá diferencias en la cobertura respecto a la asignación para lentes de contacto electivos, así como asignación para monturas. La otra diferencia principal es que el periodo de frecuencia para monturas es de 12 meses con el plan Buy-Up y de 24 meses con el plan Base, lo que significa que el plan cubre monturas nuevas cada año con el plan Buy-Up y cada dos años con el plan Base.

	Plano básico de Anthem		Plan Buy-Up de Anthem	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Copago por examen	$10	Hasta $45	$10	Hasta $45
Copago por material	$20	N/C	$10	N/C
Periodo de frecuencia Examen Lentes o lentes de contacto Monturas	12 meses 12 meses 24 meses		12 meses 12 meses 12 meses	
Servicio básico	Hasta $130 después del copago	Hasta $71	Hasta $250 después del copago	Hasta $71

36. ¿Puedo presentar una solicitud de reembolso por anteojos fuera de la red?
Sí, puede completar un formulario de solicitud de reembolso para gastos de visión fuera de la red en **anthem.com**. Para recibir el reembolso, deberá presentar el formulario completo junto con un recibo detallado.

37. ¿Qué significa "periodo de frecuencia"?
Ambos planes de visión tienen un periodo de frecuencia que comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre. El período de frecuencia se reinicia al comienzo del próximo año calendario (1 de enero). Por ejemplo, comprar lentes de contacto en junio no significa que tenga que esperar hasta junio del año siguiente para volver a comprarlos. El periodo de frecuencia se reinicia el 1 de enero.

38. ¿Cuál es el costo de la atención de visión preventiva?
Su examen anual está cubierto al 100% después de su copago de $10 bajo ambos planes cuando consulta a un proveedor dentro de la red.

39. ¿Qué es la atención de visión preventiva?
El cuidado preventivo de la visión puede brindarles a usted y a su proveedor de atención de la vista la oportunidad de detectar y tratar posibles enfermedades de forma temprana.

El cuidado preventivo de la visión puede incluir:

- Pruebas de visión
- Pruebas de glaucoma
- Exámenes de bienestar

40. ¿Cuáles son los beneficios de la atención de visión preventiva?
Un examen ocular anual permite a su proveedor de atención de la vista controlar su visión y salud ocular a largo plazo, y puede ayudar a detectar signos de afecciones médicas tales como:

- Presión arterial alta
- Cardiopatía
- Diabetes
- y muchas más

41. ¿Puedo utilizar el plan en Eye Pieces?
Sí. Simplemente informe a un asociado de Eye Pieces que usted es empleado de East West, y le aplicarán un descuento del 30% después de procesar su solicitud de reembolso de visión a través de su seguro de visión de East West. Puede comunicarse con Eye Pieces llamando al 970-476-1947.

42. ¿Cómo puedo acceder a mi tarjeta de seguro de visión?
Anthem no proporciona una tarjeta de visión aparte. Su proveedor de atención de la vista puede obtener su información utilizando su tarjeta médica. Aún puede acceder a la información de su cobertura de visión iniciando sesión en **anthem.com** o descargando la aplicación móvil de Sydney Health.

Cuentas de gastos flexibles

43. ¿Qué es una cuenta de gastos flexibles (FSA)?
Una cuenta de gastos flexibles es una cuenta especial en la que deposita dinero que utiliza para pagar ciertos gastos de atención médica que no puede cubrir usted mismo. No paga impuestos sobre este dinero. Esto significa que ahorrará un monto equivalente a los impuestos que habría pagado sobre el dinero que aparta. Un detalle importante a tener en cuenta: estas cuentas son de tipo "úselo o piérdalo".

Existen 3 tipos de FSA:

- FSA para atención médica: se puede utilizar para todos los gastos médicos, dentales y de visión elegibles.
- FSA de propósito limitado: solo se puede usar para gastos dentales y de visión. Esta cuenta está disponible al estar inscrito en el plan médico HSA.
- FSA para atención de dependientes: se puede utilizar para pagar gastos de cuidado infantil, como guardería.

44. ¿Cuánto puedo aportar a una FSA?
El IRS establece límites máximos de aporte anual a estas cuentas, debido a sus ventajas fiscales.

- FSA (tanto de propósito limitado como para atención médica): $3400
- DCFSA: $5000

Es importante tener en cuenta que estas son cuentas de "úselo o piérdalo" y los fondos no utilizados podrían perderse.

45. ¿Cuándo soy elegible para una cuenta FSA?
Dado que la FSA es una cuenta prefinanciada, los nuevos empleados son elegibles para inscribirse el primer día del mes siguiente a los 6 meses de ser empleados a tiempo completo durante todo el año.

La FSA para atención de dependientes es elegible en la misma fecha en que usted es elegible para recibir beneficios. Los aportes no estarán disponibles hasta que se acrediten en su cuenta.

46. Si actualmente estoy inscrito en el plan médico HSA, ¿puedo tener una cuenta FSA?
Si está inscrito en el plan médico HSA, también puede optar por una FSA de propósito limitado para ayudar a cubrir los gastos dentales y de visión. No hay reembolso por gastos médicos o de medicamentos con receta con una cuenta FSA de propósito limitado.

47. ¿Puedo cambiar el monto de mi cuenta FSA o de mi cuenta FSA para atención de dependientes (DCFSA) a mitad de año?
Puede modificar los montos elegidos si experimenta un evento de vida habilitante.

Por favor, comuníquese con el departamento de Beneficios en **benefits@eastwest.com** o llamando al 970-790-3102 si considera que ha experimentado un QLE y desea cambiar su elección.

48. ¿Cómo accedo a mi cuenta?
Simplemente inicie sesión en **401k.com** para administrar sus cuentas, presentar solicitudes de reembolso y/o solicitar nuevas tarjetas.

49. ¿Qué sucede si no utilizo todos mis fondos antes de fin de año?
Se trata de cuentas de "úselo o piérdalo", lo que significa que cualquier fondo no utilizado después del año del plan se perderá. Existe un plazo que se extiende hasta mediados de marzo del año siguiente para que pueda solicitar reembolsos; esto ayuda a cubrir los gastos de atención médica o de atención de dependientes durante el mes de diciembre.

El IRS permite que $680 de la cuenta FSA para atención médica y de propósito limitado se transfieran al siguiente año del plan, pero la cuenta FSA para atención de dependientes no tiene ningún monto transferible.

Cuentas de ahorros para gastos méicos

50. ¿Qué es una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)?
Una cuenta de ahorros para gastos médicos es un tipo de cuenta de ahorros que le permite reservar dinero antes de impuestos que se puede utilizar para pagar gastos médicos, dentales o de visión calificados. Esta cuenta es suya y se mantiene vigente independientemente de si utiliza los fondos durante el año o no. Las HSA ofrecen una triple ventaja fiscal: Los aportes son deducibles de impuestos, los intereses generados están libres de impuestos y los retiros para gastos médicos calificados también están libres de impuestos.

51. ¿Cómo funciona una HSA?
Una cuenta de ahorros para gastos médicos funciona de manera similar a una FSA en su uso práctico, pero presenta algunas diferencias clave.

- Las cuentas de ahorro para gastos médicos no están prefinanciadas.
- Los aportes están disponibles a medida que los fondos se deducen de su cheque de pago y/o trimestralmente del aporte del empleador.
- Los montos de aporte pueden modificarse en cualquier momento del año.
- Los fondos disponibles se transfieren año tras año y pueden llevarse consigo si deja la compañía o cambia a un plan médico no calificado.

52. ¿East West Family of Companies aporta a mi cuenta HSA?
East West Family of Companies aportará a las cuentas HSA de los empleados de la siguiente manera: $250 para la cobertura solo empleado, $500 para la cobertura empleado + cónyuge, y $750 para la cobertura empleado + hijo(s) o familia.

53. ¿Qué sucede con el dinero si dejo de trabajar para East West Family of Companies?
La cuenta permanece con usted. Al igual que en un plan 401(k), los fondos que usted aporta a su cuenta son suyos, tanto si sigue trabajando con nosotros como si no.

54. ¿Cuánto puedo aportar?
Si bien no existe un monto mínimo que se pueda aportar, el IRS establece límites máximos anuales de $4500 para un plan médico individual y de $9000 para un plan individual que incluya a uno o más familiares. Si tiene 55 años o más durante el año fiscal, también puede ser elegible para realizar un aporte de nivelación de $1000 anualmente.

55. ¿Cómo accedo a mi cuenta?
Puede visitar 401k.com o llamar a Fidelity al 800-544-3716. Podrán ayudarle a solicitar una nueva tarjeta, invertir sus ahorros y gestionar sus pagos.

Cobertura complementaria: Seguro voluntario contra accidentes, de enfermedades graves e indemnización hospitalaria

56. ¿Qué es la cobertura complementaria?
La cobertura complementaria le proporciona un pago directamente a usted. Esto significa que, en caso de un incidente cubierto por una póliza complementaria, usted presentaría una solicitud de reembolso y decidiría la mejor manera de gastar el dinero.

57. ¿Cómo funciona la cobertura voluntaria contra accidentes?
En caso de un accidente, existen pagos fijos en efectivo que dependen del tratamiento y las lesiones. Visitas a la sala de emergencias, fracturas/luxaciones, visitas de seguimiento, fisioterapia y más. El tratamiento que reciba como consecuencia de un accidente seguirá estando cubierto por su plan médico (si corresponde); usted deberá presentar una solicitud de reembolso por separado para recibir el pago y decidir cómo gastarlo. Esto puede ayudarle con gastos de bolsillo como su deducible, gastos personales si tiene que faltar al trabajo, incluso puede guardarlo para gastos adicionales en el futuro. El cheque se le envía a usted y usted decide la forma más conveniente de utilizarlo.

Este beneficio está incluido con la inscripción en el plan médico HSA, así como en el plan médico HDHP. Tiene la opción de inscribirse en este beneficio si está inscrito en el plan médico PPO.

58. ¿Cómo funciona la cobertura de enfermedades graves?
Usted elige el monto de cobertura que desea; $5 mil, $10 mil o $20 mil; y en caso de que se le diagnostique una enfermedad grave, esa cantidad se le pagará como una suma global. Como cobertura complementaria, usted decide cómo utilizar mejor este pago, ya sea para gastos médicos, gastos personales si necesita ausentarse del trabajo, o para contar con seguridad financiera adicional durante su recuperación.

Algunas de las enfermedades graves cubiertas son cáncer, infarto, derrame cerebral, trasplante de órganos y más.

59. ¿Cómo funciona la cobertura de indemnización hospitalaria?
La cobertura del seguro de indemnización hospitalaria proporciona un beneficio pagadero en caso de estadía en un centro médico cubierto u otra pérdida cubierta. Puede utilizar su beneficio pagado para lo que quiera, como pagar gastos médicos de bolsillo, copagos, deducibles, comestibles, gasolina, servicios públicos y más; usted decide.

60. ¿Cómo puedo presentar una solicitud de reembolso?
Presente sus solicitudes de reembolso fácilmente en línea:

- Paso 1: Visite **https://presents.voya.com/EBRC/EastWestPartners**
- Paso 2: Complete el cuestionario
- Paso 3: Descargue su paquete de formularios de solicitud de reembolso, si corresponde.
- Paso 4: Complete el paquete de formularios y reúna los documentos justificativos, si procede.
- Paso 5: Presente su solicitud de reembolso
- Paso 6: Supervise el estado de su solicitud de reembolso
- También puede llamar al 877-236-7564 para presentar su solicitud de reembolso.

Elecciones voluntarias

61. ¿Necesito cobertura voluntaria de vida si tengo cobertura básica?
El seguro de vida es una parte importante de su seguridad financiera, especialmente si otros dependen de usted. El seguro de vida ofrece a su familia recursos financieros y apoyo en el momento de su fallecimiento.

El seguro básico de vida incluye hasta 1.5 veces sus ingresos básicos anuales (se aplican algunas exclusiones), hasta un beneficio máximo de $200 000. Esta cobertura está vinculada al 100% a su empleo. Si abandona su puesto en East West, su cobertura finalizará.

Un seguro voluntario de vida adicional puede aumentar su seguridad financiera, además de cualquier cobertura básica de vida. La cobertura se puede elegir en incrementos de $10 000 para el empleado hasta el menor de los siguientes montos: 5 veces su salario o $500 000. El seguro voluntario de vida y muerte accidental es un plan 100% transferible; si deja de trabajar para East West, puede llevarse este plan consigo.

62. ¿Es diferente el seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) del seguro de vida?
El seguro de muerte accidental y desmembramiento está diseñado para proporcionar beneficios adicionales en caso de muerte accidental o pérdida de una extremidad o de la visión (desmembramiento), pero no cubre la muerte por causas naturales. El seguro de vida cubre el fallecimiento tanto accidental como natural.

63. ¿Cómo funciona el seguro para mascotas?
Como miembro de East West Family of Companies, puede recibir precios preferenciales a través del seguro para mascotas de Nationwide. Este servicio lo gestiona Nationwide y se puede añadir o cancelar en cualquier momento del año; los pagos se realizan directamente a Nationwide. Visite **benefits.petinsurance.com/ewpartners** o llame al 877-738-7874 para hablar con un especialista.

64. ¿Cuál es la diferencia entre el seguro legal y la cobertura contra el robo de identidad?
El seguro legal de MetLife ofrece a los participantes acceso a una red nacional de bufetes de abogados para asuntos como la venta, compra o refinanciación de una vivienda; testamentos, fideicomisos en vida, cambios de nombre, acuerdos prenupciales; defensa en litigios civiles; cobro de deudas; y más.

La protección contra el robo de identidad protege su identidad y la de sus dependientes, así como sus finanzas, en internet y en dispositivos móviles.

Plan 401(k)

65. ¿Cuándo seré elegible para un plan 401(k)?
Los empleados son elegibles para el plan 401k el primer día del mes siguiente a los dos meses de su fecha de contratación.

66. ¿Cómo puedo cambiar mi elección de plan 401(k)?
Una vez que sea elegible, quedará automáticamente inscrito al 6%. Puede cambiar su elección o darse de baja iniciando sesión en **401k.com** o llamando a Fidelity al 800-835-5095.

67. ¿Por qué y cómo designar un beneficiario?
Designar un beneficiario para su plan 401(k) garantiza que sus ahorros para la jubilación se transmitan de forma rápida y eficiente a la persona que usted elija, sin las demoras y los costos del proceso sucesorio. Para realizar su designación, simplemente inicie sesión en **401k.com**.

Evento de vida habilitante (QLE)

68. **¿Qué es un QLE?**
Un evento de vida habilitante (QLE) le da derecho a un período de inscripción especial. Es un evento que puede generar la necesidad de un seguro médico o de realizar cambios en su plan médico.

Situaciones como tener un hijo, perder la cobertura en otro lugar o casarse/divorciarse le permiten realizar cambios en sus elecciones dentro de los 30 días posteriores al suceso.

69. **¿Cómo solicito un QLE?**
Comuníquese con el Departamento de Beneficios tan pronto como sepa o crea que podría experimentar un QLE y le guiaremos a través del proceso. Recuerde que solo tiene 30 días desde el evento para realizar cambios. **Benefits@eastwest.com** o 970-790-3102.

70. **¿Qué necesito para completar un QLE?**
Los QLE requieren prueba del evento. El siguiente cuadro ofrece algunos ejemplos de los tipos de documentos que se necesitarían para diferentes QLE.

QLE	Ejemplos	Fecha de entrada en vigencia	Prueba de elegibilidad
Nacimiento o adopción	Adquirir un nuevo dependiente debido al nacimiento o la adopción de un hijo	Fecha de nacimiento o adopción	Copia del certificado de nacimiento o de los papeles de adopción con fecha de entrada en vigencia
Fallecimiento de un dependiente	Fallecimiento del cónyuge o de un hijo elegible	Fecha de fallecimiento	Copia del certificado de defunción
El dependiente obtiene beneficios en otros lugares	El cónyuge o hijo elegible comienza a recibir beneficios a través de un empleador o Medicare.	Fecha en que el nuevo seguro entra en vigencia	Carta del nuevo empleador o proveedor de seguros que indique la fecha de inicio de la nueva cobertura y el nombre del dependiente que recibe el beneficio.
El dependiente pierde la cobertura en otro lugar	El cónyuge o hijo elegible se separa de su empleador y pierde la cobertura.	Primer día en el que el dependiente no tenga cobertura. Esta fecha puede ser diferente de la fecha de separación.	Carta del empleador o proveedor de seguros que indique el nombre del dependiente y la fecha en que finaliza la cobertura. También funcionará el aviso de COBRA con la fecha de elegibilidad.
Divorcio	Divorcio	Fecha en que finaliza el divorcio	Copia de la sentencia judicial con la fecha del divorcio
Matrimonio	Matrimonio o unión de hecho	Fecha de entrada en vigencia del matrimonio	Copia del certificado de matrimonio
El empleado pierde la cobertura en otro lugar	Dejar de ser dependiente de otro plan al cumplir la mayoría de edad. Su cónyuge pierde la cobertura en la que usted está cubierto como dependiente.	Primer día en la que no tenga cobertura. Esta fecha puede ser diferente de la fecha de finalización de la edad legal o de la fecha de separación del cónyuge.	Carta de su empleador o proveedor de seguros que indique la fecha de finalización de su cobertura. También funcionará el aviso de COBRA con la fecha de elegibilidad.

Dispone de 30 días a partir del evento para entregar la documentación al Departamento de Beneficios.