

2024

BENEFICIOS PARA EMPLEADOS



CONTENIDO

Aspectos destacados de los beneficios de 2024	4
Médico	7
Recursos médicos de Cigna	10
Seguro de Accidentes y Hospitalario	15
Cuenta de ahorro para la salud (HSA)	16
Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)	17
Cuenta de gastos de transporte	18
Plan dental	19
Plan de la vista	20
Seguro de vida y por discapacidad	22
Programa de Asistencia al Empleado	24
Beneficios adicionales	26
Bright Horizons	27
Plan 401(K)	28
Inscripción de beneficios para nuevas contrataciones	32
Contactos	48

BENEFICIOS DE HELLOFRESH 2024

En HelloFresh, valoramos sus importantes aportaciones y reconocemos la importancia de ofrecer un programa de compensación total competitivo. Evaluamos nuestros planes de beneficios anualmente para asegurarnos de que tenga la atención y los recursos necesarios para respaldar su salud personal y financiera. Nuestra gente es nuestro ingrediente más importante y ¡nos enorgullece ofrecerle un menú completo de beneficios! Este es el compromiso que tenemos con usted, ya que usted marca la diferencia y cambia para siempre la forma de alimentarse de la gente.

Puntos clave:



Beneficios para los que es elegible desde el Día 1.



Inscríbase dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación/conversión.



3 planes médicos disponibles a través de Cigna.



HelloFresh se complace en ofrecer un plan de salud con deducible alto (HDHP) que tiene una aportación de nómina de empleado de \$0 para todos los niveles de cobertura.



Atención preventiva de rutina y exámenes de detección cubiertos sin costo bajo los tres planes médicos con incentivos.



Consultas de atención virtual gratuitas a través de MDLive cuando están cubiertas por cualquiera de los planes médicos de Cigna.



¡Elegible para el plan 401(k) después de 3 meses de empleo con una aportación patronal equivalente que se adquiere de inmediato!



Atención de respaldo gratuita, tutoría virtual, campamentos virtuales y atención para mascotas a través de Bright Horizons.

Esta guía le mostrará todas las ofertas de beneficios de HelloFresh para crear la mejor receta de salud integral para usted y su familia.

ASPECTOS DESTACADOS DE LOS BENEFICIOS DE 2024

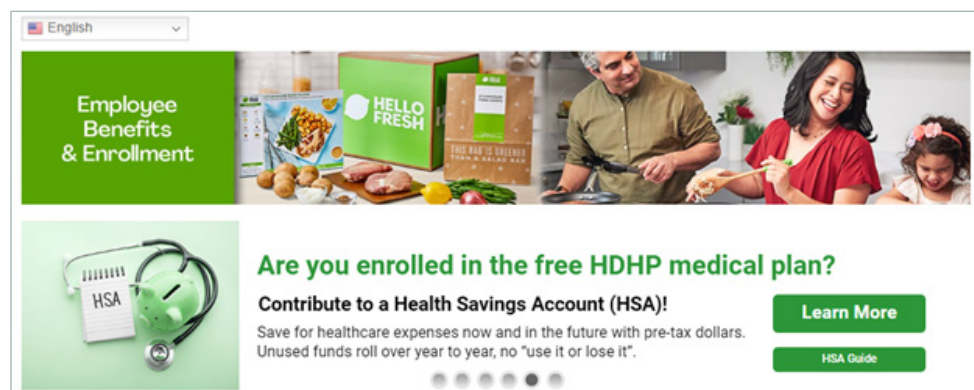
Esta guía brinda información sobre todos los beneficios que ofrece HelloFresh y lo que debe hacer para realizar sus elecciones de 2024. Consulte la parte posterior de esta guía para obtener la información de contacto del proveedor de 2024.

¡HelloFresh ofrece una variedad de beneficios que son gratuitos para usted! Todos los empleados regulares a tiempo completo reciben un seguro básico de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), un seguro de discapacidad a corto plazo, un seguro básico de discapacidad a largo plazo, un programa de asistencia al empleado (EAP), servicios de asistencia en viajes y ahorro en facturas médicas. HelloFresh también ofrece el plan Cigna Medical HDHP \$1,600 con una aportación de nómina de \$0. Además, HelloFresh brinda a los empleados acceso a Bright Horizons, un servicio para brindar apoyo y recursos familiares. Por último, el plan 401(k) de HelloFresh ofrece una igualación de puerto seguro del 100% de su aportación hasta el 3% de la compensación y luego el 50% del siguiente 2%.

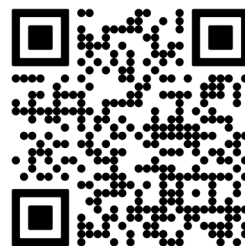
¹ De acuerdo con la ley tributaria, el valor del seguro de vida temporal bajo contrato colectivo provisto por el empleador que exceda los \$50,000 está sujeto a impuestos. El valor se determina en función de su edad y del horario establecido por el IRS. Si gana más de \$50,000 al año, este monto se suma a su salario bruto y se incluye en su formulario W-2 a final de año. Consulte la página 15 de la Publicación 15-B del IRS para obtener más información www.irs.gov/pub/irs-pdf/p15b.pdf.

MyHelloFreshBenefits.com

Además de esta guía, Myhellofreshbenefits.com es su ventanilla única para todos los beneficios que se le ofrecen. Hay una pestaña separada con más información, como folletos de proveedores y videos, para ayudarlo a usted y a su familia a tomar decisiones sobre sus beneficios para 2024. Tenga en cuenta que también hay un menú desplegable en la esquina superior izquierda de la página de inicio para elegir su idioma de preferencia. Myhellofreshbenefits.com es un sitio web público, no necesita crear una cuenta y se puede acceder a él a través de una computadora, tableta o teléfono móvil, y está disponible todo el año.



The screenshot shows the top portion of the MyHelloFreshBenefits.com website. At the top left, there is a language dropdown menu set to 'English'. Below this is a large banner with a green background on the left that says 'Employee Benefits & Enrollment'. The main part of the banner features a photograph of a family (a man, a woman, and a child) sitting at a table with HelloFresh food boxes and fresh produce. Below the banner, there is a section titled 'Are you enrolled in the free HDHP medical plan?' with a sub-heading 'Contribute to a Health Savings Account (HSA)!'. The text below reads: 'Save for healthcare expenses now and in the future with pre-tax dollars. Unused funds roll over year to year, no "use it or lose it".' There are two green buttons: 'Learn More' and 'HSA Guide'. At the bottom of this section, there are five small circular indicators, with the second one from the left being filled, suggesting a progress or status indicator.



¿Qué medidas debo tomar?

Para las nuevas contrataciones, le recomendamos que se inscriba dentro de su primera semana para utilizar sus beneficios lo más pronto posible. Si no se inscribe dentro de los primeros 31 días a partir de su fecha de contratación, no podrá inscribirse hasta el próximo período de inscripción abierta a menos que tenga un evento calificado. Para obtener más información sobre eventos calificados, visite healthcare.gov/glossary/qualifying-life-event/.

- Consulte su Guía de inscripción para nuevos empleados 2024 e información adicional sobre los beneficios en myhellofreshbenefits.com.
- Una vez que esté listo para tomar sus decisiones, inicie sesión en <https://wd3.myworkday.com/hellofresh> o llame al centro de servicio de conexión para beneficios y nómina HelloFresh al **877-431-7867** para inscribirse.
- Se requieren designaciones de beneficiarios para sus planes de seguro de vida.
- Finalice y envíe su inscripción a más tardar 31 días después de su fecha de contratación. Las tarjetas de identificación se enviarán a la dirección de su domicilio registrado aproximadamente 2 semanas después de que complete su inscripción.
- Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el centro de servicio de conexión para beneficios y nómina HelloFresh al **877-431-7867** (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. CST para teléfono y citas, chat web de 8 a.m. a 7 p.m. CST).

¿Quién es elegible?

Los beneficios están disponibles para todos los empleados regulares de tiempo completo y sus dependientes. Los dependientes elegibles para este plan incluyen su cónyuge legal, pareja de hecho¹ y sus hijos, hijos biológicos/adoptados/hijastros menores de 26 años, así como hijos discapacitados calificados mayores de 26 años. Los dependientes no elegibles incluyen, entre otros, nietos, otros parientes e hijos bajo la tutela legal de un empleado.

¹Si su cobertura se extiende a una pareja de hecho, deberá completar una declaración jurada y la parte del costo de dicha cobertura que corresponde al empleado debe pagarse después de impuestos (o si se paga antes de impuestos, debe imputarse de nuevo al empleado como ingreso imponible), y la parte del costo de la cobertura de dicha persona que corresponde al empresario es un ingreso imponible para el empleado, y está sujeta a las retenciones del impuesto federal sobre la renta y los impuestos sobre la nómina correspondientes.



Elegibilidad e inscripción

Después de que termine su período inicial de elegibilidad para nuevos empleados, solo puede hacer cambios en sus elecciones durante la inscripción abierta cada año o durante el año si experimenta un evento calificado. Algunos de los eventos calificados son, entre otros:

- Nacimiento, adopción legal o entrega en adopción.
- Estado civil.
- El hijo dependiente cumple 26 años.
- El cónyuge/pareja de hecho gana o pierde elegibilidad para beneficios con su empleador actual.
- Muerte de un dependiente cubierto.
- Cónyuge/pareja de hecho o dependiente se vuelve elegible o deja de ser elegible para Medicare/Medicaid o CHIP.
- Cambio de residencia que modifica la elegibilidad para la cobertura.
- Cambio ordenado por el tribunal.

Los cambios en su cobertura debido a un evento de vida que califica deben realizarse dentro de los 31 días posteriores a ese evento de vida. Es necesario comprobar el evento de vida que califica (certificado de matrimonio, sentencia de divorcio, acta de nacimiento, carta de pérdida de cobertura, etc.). Para obtener más información sobre eventos calificados, visite: [Healthcare.gov/glossary/qualifying-life-event/](https://www.healthcare.gov/glossary/qualifying-life-event/)

Nota: Cualquier cambio que realice en su cobertura debe ser coherente con el cambio de estado.

Cómo inscribirse

HelloFresh utiliza el portal de Workday para inscribirse en los beneficios. Para inscribirse para recibir beneficios, visite wd3.myworkday.com o llame al centro de servicio de conexión para beneficios y nómina HelloFresh al **877-431-7867** para inscribirse. Para obtener instrucciones sobre cómo inscribirse, consulte la sección “How To Enroll” (Cómo inscribirse) de esta guía en la página **33**.

Plazos de inscripción

Tipo de empleado/dependiente	Oportunidad de inscripción	Fecha de vigencia de la cobertura
Nuevo empleado	Inscribase dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación	A partir de la fecha de su contratación
Empleados que experimenten un evento de vida calificado	Los cambios deben realizarse dentro de los 31 días posteriores al evento de vida	Fecha del evento que califica



PLAN MÉDICO

Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite cigna.com o llame al 877-501-7990.

PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO DE CIGNA (HDHP)

No hay aportaciones de los empleados para el plan médico Cigna HDHP. El plan médico Cigna HDHP cubre atención por parte de proveedores dentro y fuera de la red. Verá ahorros significativos cuando use proveedores que están dentro de la red de Cigna. Con este plan, primero se debe alcanzar el deducible antes de que su plan comience a pagar. Puede hacer aportaciones a una cuenta de ahorro para la salud (HSA) para compensar este costo.

Para saber si sus médicos y proveedores están en la red de Cigna, visite [Cigna.com](https://cigna.com). La red de Cigna es Open Access Plus (OAP).

Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP)	Plan médico Cigna HDHP \$1,600 dentro de la red
Deducible por año calendario (individual/familiar)	\$1,600 ¹ / \$3,200 ¹
% de coseguro (usted paga)	10%
Máximo de gastos de bolsillo anual (individual/familiar)	\$4,000 / \$8,000
Visitas al consultorio del médico	Después del deducible médico
Atención de rutina y preventiva	Cubierto al 100% ²
Médico de atención primaria	10% de coseguro
Especialista	10% de coseguro
Telemedicina (MDLive)	Cubierto al 100% ³
Radiografías y pruebas de laboratorio	10% de coseguro
Medicamentos con receta	Después del deducible médico
Suministro minorista para 30 días (Nivel 1/Nivel 2/Nivel 3)	\$10 / \$30 / \$50
Suministro para 90 días pedido por correo (Nivel 1/Nivel 2/Nivel 3)	\$25 / \$75 / \$125
Atención ambulatoria	Después del deducible médico
Cirugía ambulatoria	10% de coseguro
Atención de urgencias	10% de coseguro
Hospital	Después del deducible médico
Paciente hospitalizado	10% de coseguro
Sala de Emergencias	\$500 de copago y 10% de coseguro después del deducible

1. El Plan Cigna Medical HDHP \$1,600 tiene un deducible total. Bajo un deducible agregado, si tiene otros miembros de la familia en el plan, el deducible familiar general debe alcanzarse antes de que el plan comience a pagar.

2. No todos los servicios de atención preventiva están cubiertos. Por ejemplo, las vacunas para viajar generalmente no están cubiertas. Consulte los materiales de su plan para obtener una lista completa de los servicios de atención preventiva cubiertos.

3. Si está en el plan HDHP, la atención virtual a través de MDLIVE es gratuita para todos los servicios hasta el 12/31/24. Después del 12/31/24, la atención preventiva seguirá estando cubierta al 100%. Para todos los demás servicios, el plan pagará el 100% una vez que haya alcanzado su deducible. Puede ver su costo específico tanto en myCigna como en MDLIVE antes de programar una cita. Los costos de una visita de MDLIVE oscilan entre \$55 y \$125.

Tenga en cuenta que: El cuadro anterior muestra los beneficios de su plan médico solo para la cobertura dentro de la red. Su plan ofrece beneficios fuera de la red; sin embargo, los beneficios se reducen cuando la atención se brinda fuera de la red. El cuadro anterior es un breve resumen de sus beneficios médicos y no incluye todos los detalles sobre las características y reglas del plan de beneficios. Para obtener detalles y conocer las condiciones de los beneficios de su plan médico y de farmacia, consulte su Certificado de seguro. Si hay alguna inconsistencia entre este documento y el documento oficial del Plan y los certificados de seguro, prevalecerán los documentos del Plan o los certificados de seguro.

PLANES OAP TRADICIONALES DE CIGNA

Los planes médicos tradicionales de Cigna brindan acceso a una gran red nacional de proveedores de calidad a través de la red OAP. Para 2024, puede elegir entre dos planes tradicionales de Cigna. Uno tiene un deducible más alto con aportaciones de nómina más bajas. El otro tiene un deducible más bajo con aportaciones de nómina más altas. Pagará menos por los servicios cuando utilice proveedores dentro de la red.

Para encontrar atención médica dentro de la red, cerca de usted, visite [Cigna.com](https://www.cigna.com). Si tiene preguntas, llame a Cigna las 24 horas, los 7 días de la semana, al **877-501-7990**. La red de Cigna es Open Access Plus (OAP).

Planes Tradicionales	Plan Cigna Medical Tradicional OAP \$4,000 dentro de la red ²	Plan Cigna Medical Tradicional OAP \$1,500 dentro de la red
Deducible por año calendario (individual/familiar)	\$4,000 / \$8,000	\$1,500 / \$3,750
% de coseguro (usted paga)	30%	20%
Máximo de gastos de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,350 / \$14,700	\$4,000 / \$10,000
Visitas al consultorio del médico		
Atención de rutina y preventiva	Cubierto al 100% ¹	Cubierto al 100% ¹
Médico de atención primaria	Copago de \$50	Copago de \$35
Especialista	Copago de \$75	Copago de \$60
Telemedicina (MDLive)	Copago de \$0	Copago de \$0
Radiografías y pruebas de laboratorio	Coseguro del 30% después del deducible	Coseguro del 20% después del deducible
Medicamentos con receta		
Suministro minorista para 30 días (Nivel 1/Nivel 2/Nivel 3)	\$10 / \$40 / \$60	\$10 / \$35 / \$70
Suministro para 90 días pedido por correo (Nivel 1/Nivel 2/Nivel 3)	\$25 / \$100 / \$150	\$25 / \$88 / \$175
Atención ambulatoria		
Cirugía ambulatoria	Coseguro del 30% después del deducible	Coseguro del 20% después del deducible
Atención de urgencias	Copago de \$75	Copago de \$75
Hospital		
Paciente hospitalizado	Coseguro del 30% después del deducible	Coseguro del 20% después del deducible
Sala de Emergencias	Copago de \$500, exento si es admitido	Copago de \$500, exento si es admitido

¹No todos los servicios de atención preventiva están cubiertos. Por ejemplo, las vacunas para viajar generalmente no están cubiertas. Consulte los materiales de su plan para obtener una lista completa de los servicios de atención preventiva cubiertos.

²Si reside en Massachusetts, el plan Cigna Medical Tradicional OAP \$4,000 no estará disponible para usted.

Tenga en cuenta que: El cuadro anterior muestra los beneficios de su plan médico solo para la cobertura dentro de la red. Su plan ofrece beneficios fuera de la red; sin embargo, los beneficios se reducen cuando la atención se brinda fuera de la red. El cuadro anterior es un breve resumen de sus beneficios médicos y no incluye todos los detalles sobre las características y reglas del plan de beneficios. Para obtener detalles y conocer las condiciones de los beneficios de su plan médico y de farmacia, consulte su Certificado de seguro. Si hay alguna inconsistencia entre este documento y el documento oficial del Plan y los certificados de seguro, prevalecerán los documentos del Plan o los certificados de seguro.

Recetas médicas quincenales Aportaciones de nómina de empleados

26 aportaciones por año

Plan Cigna Medical HDHP

Cigna Medical HDHP \$1,600	
Empleado	\$0.00
Empleado + cónyuge o pareja de hecho	\$0.00
Empleado + Hijo(s)	\$0.00
Familia	\$0.00

Planes Cigna Medical Traditional OAP

	Plan Cigna Medical Traditional OAP \$4,000	Plan Cigna Medical Traditional OAP \$1,500
Empleado	\$29.52	\$39.93
Empleado + cónyuge o pareja de hecho	\$88.56	\$117.11
Empleado + Hijo(s)	\$75.28	\$95.82
Familia	\$184.50	\$199.63



RECURSOS DE CIGNA MEDICAL

Cuenta con una variedad de herramientas y recursos médicos disponibles si está inscrita en uno de los planes médicos de Cigna. Inicie sesión en [myCigna.com](https://mycigna.com) para acceder a los recursos disponibles para usted.



Farmacia

- Una vez que sea cliente de Cigna, puede iniciar sesión en [myCigna.com](https://mycigna.com) para buscar farmacias dentro de la red que formen parte de su plan.
- Averigüe si sus medicamentos están cubiertos y en qué nivel se encuentran. Los medicamentos genéricos y de marca de menor costo generalmente se encuentran en los Niveles 1 y 2. Ahorrará la mayor cantidad de dinero cuando use medicamentos del Nivel 1.
- Si toma medicamentos regularmente o los necesita a largo plazo, puede ahorrar tiempo con la entrega a domicilio. También puede ahorrar dinero. Puede recibir un suministro de 90 días de sus medicamentos directamente en su domicilio. Los medicamentos de mantenimiento pueden variar en cantidades. Una vez que sea miembro, visite [myCigna.com](https://mycigna.com) para registrarse.
- Los anticonceptivos genéricos y los diafragmas están cubiertos y disponibles sin costo adicional.
- Si tiene una afección de salud compleja que requiere medicamentos especializados para su tratamiento, comuníquese con Cigna al **877.501.7990**.
- Los sitios de descuento como GoodRx pueden ayudarlo a ahorrar instantáneamente (*tenga en cuenta que las recetas adquiridas bajo estos planes no usan su seguro*).



Línea de información de salud las 24 horas al día, 7 días a la semana

877-501-7990

Llame a Cigna a cualquier hora del día o de la noche para hablar con una enfermera capacitada, que puede:

- Responder preguntas sobre problemas de salud.
- Ayudarlo a decidir a dónde acudir para recibir atención cuando su médico, dentista u oftalmólogo no esté disponible.
- Ayudarlo a encontrar proveedores y especialistas en su área.
- Recordarle acerca de la programación de pruebas de detección y exámenes importantes, incluidos los controles dentales.



Cigna One Guide

Su equipo de Cigna One Guide puede ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana con lo siguiente:

- Entender cómo funciona su plan.
- Obtener respuestas a todas sus preguntas sobre el plan de salud.
- Encontrar proveedores dentro de la red.
- Obtener estimaciones de costos para evitar sorpresas.
- Ponerse en contacto con entrenadores de salud para obtener apoyo personalizado.

Llame al **877-501-7990** o haga clic para chatear con su guía personal en [myCigna.com](https://mycigna.com) o la aplicación myCigna.

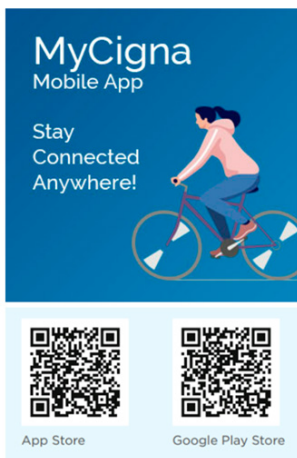


Aplicación myCigna

La aplicación myCigna facilita el acceso a toda la información de su plan de salud, todo en un solo lugar. Inicie sesión en cualquier momento y en cualquier lugar para:

- Ver reclamos médicos, acceder a su tarjeta de identificación y recibir detalles importantes sobre los beneficios de su plan de salud.
- Realizar un seguimiento de sus gastos de atención médica y encontrar médicos y centros en la red de su plan
- Verificar lo que cubre su plan y cuánto podría pagar.
- Acceder al saldo de su HSA (si tiene una).
- Escuchar cientos de podcasts en inglés y español para ayudarlo a mantenerse informado sobre su salud.

Descargue la aplicación myCigna desde App Store® o Google Play™¹.



Afecciones complejas y crónicas

Programa All in with Autism

All in with Autism ofrece consejos, kits de herramientas y podcasts para ayudar a las familias a entender mejor el autismo y aprender a unirse en cada etapa del desarrollo. Los recursos incluyen una lista de verificación de síntomas y actividades para ayudar a su hijo a desarrollar sus habilidades en el hogar.

Para obtener más información, visite [Cigna.com](https://www.cigna.com).

Recursos de salud del comportamiento

Su plan de Cigna incluye una amplia red nacional de terapeutas, psiquiatras, enfermeros practicantes y especialistas en salud del comportamiento autorizados. Los proveedores pueden diagnosticar, tratar y recetar medicamentos para muchas afecciones de salud mental comunes, como ansiedad, depresión y agotamiento, durante situaciones que no sean de emergencia.

Para encontrar un proveedor o conectarse a la atención virtual del comportamiento, visite [myCigna.com](https://mycigna.com).

Oncología Integral

El Programa Integral de Oncología puede ayudar a los miembros a quienes se les diagnostica cáncer o tienen alto riesgo de tener cáncer. Los pacientes, las familias y los cuidadores pueden trabajar de manera individual con un asesor de Cigna. Las enfermeras capacitadas pueden ayudarlo a comprender un diagnóstico, evaluar proveedores y opciones de tratamiento, y brindar apoyo emocional y social personalizado.

Es posible que Cigna se comunique con usted si su estilo de vida o antecedentes familiares lo ponen en riesgo de desarrollar cáncer, y que comparta información y educación sobre la prevención del cáncer.

Este servicio se brinda como parte de su plan médico de Cigna sin costo adicional.



Planificación familiar

Ya sea que esté tratando de tener un bebé ahora o que espere tenerlo algún día, el programa Cigna Healthy Pregnancies, Healthy Babies® está aquí para ayudar.

Apoyo antes de la concepción

- Reciba ayuda para la planificación y la infertilidad 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Obtenga ayuda para encontrar recursos locales de fertilidad y beneficios disponibles.

¹La descarga y el uso de la aplicación myCigna están sujetos a los términos y condiciones de la aplicación y de la tienda en línea desde la que se descarga. Se aplican cargos por uso de datos y operador de telefonía móvil estándar.

Ayuda durante el embarazo

- Los acompañantes durante el embarazo con experiencia en enfermería están disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarla con las preguntas que tenga, desde náuseas matutinas hasta beneficios para maternidad.
- Los acompañantes la apoyarán a lo largo de su embarazo, ayudándoles a usted y a su bebé a mantenerse saludables y a manejar cualquier riesgo de salud que pueda tener.

Lo que recibirá:

- Llamadas de asesoramiento ilimitadas.
- Cuando se inscriba en Cigna Healthy Pregnancies, Healthy Babies y complete el programa, incluido su registro posparto, será elegible para recibir \$250 cuando se inscriba en el primer trimestre o \$125 si se inscribe en el segundo trimestre.
- Un extractor de leche a través de Cigna sin costo adicional, una vez que llegue a la semana 28 de embarazo.²

Apoyo adicional para la planificación familiar

Para HelloFresh es importante que nuestro programa de beneficios cree un camino más inclusivo hacia la paternidad. Para los empleados inscritos en un plan médico de Cigna, HelloFresh ofrece tratamientos de infertilidad médicamente necesarios y un beneficio de concepción con un máximo de por vida de \$10,000 para aquellos que no tienen un diagnóstico de infertilidad.



Encuentre un médico en su plan de Cigna

Su Cigna medical HDHP y los planes tradicionales incluyen acceso a una amplia red nacional de proveedores de calidad. Si sus médicos actuales están fuera de la red, considere cambiarse a uno de nuestros proveedores dentro de la red para que pueda ahorrar en futuros costos de atención médica. Para encontrar atención dentro de la red cerca de usted, use el directorio de proveedores en [Cigna.com](https://www.cigna.com). La red de Cigna es la red Open Access Plus (OAP).



Atención virtual

MDLIVE for Cigna brinda atención personalizada para cientos de necesidades médicas y de salud del comportamiento. Conéctese con un médico, dermatólogo, psiquiatra o terapeuta certificado por la junta de MDLIVE desde la comodidad de su hogar. La atención virtual es gratuita si está inscrito en uno de los planes tradicionales.

Si está en el plan HDHP, la atención virtual a través de MDLIVE es gratuita para todos los servicios hasta el 12/31/24. Después del 12/31/24, la atención preventiva seguirá estando cubierta al 100 %. Para todos los demás servicios, el plan pagará el 100 % después de que haya alcanzado su deducible. Puede ver su costo específico tanto en myCigna como en MDLIVE antes de programar una cita. Los costos de una visita a MDLIVE según el HDHP para 2025 oscilarán entre \$55 y \$125 aproximadamente.

Atención de urgencias

- Disponible bajo demanda, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año o con cita previa.
- Trata más de 80 afecciones médicas leves, incluidas infecciones de los senos paranasales, infecciones urinarias, infecciones respiratorias y gripe.

Atención primaria

- Exámenes virtuales de bienestar: Las citas deben programarse con un mínimo de 3 días de anticipación para que pueda hacerse los análisis biométricos y de laboratorio requeridos en un Quest o Labcorp local. Los exámenes de bienestar virtuales están cubiertos al 100 % por su plan médico de Cigna.
- Atención de rutina: Obtenga ayuda para controlar una afección de salud y establezca una relación con un proveedor de atención médica por teléfono o video. Las citas se hacen según la disponibilidad del proveedor. Durante estas citas, los proveedores pueden solicitar pruebas de laboratorio según sea necesario.

Atención dermatológica

- Las visitas se realizan a través de mensajería en línea y se pueden iniciar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Simplemente describa su afección, tome fotos del área afectada y cárguelas para enviarlas a un dermatólogo de MDLIVE, quien responderá con planes de tratamiento dentro de las 24 horas.
- Se ofrece atención dermatológica para más de 3,000 afecciones del cabello, la piel y las uñas, como acné, dermatitis, eccema, rosácea y manchas y lunares sospechosos.

Atención del comportamiento

- Los proveedores pueden diagnosticar, tratar y recetar medicamentos para muchas afecciones de salud mental comunes durante situaciones que no sean de emergencia.
- Es necesario programar una cita. Tiene la opción de seleccionar el mismo proveedor para cada sesión.

Los miembros de Cigna pueden conectarse fácilmente con un proveedor de MDLIVE visitando [myCigna.com](https://www.mycigna.com) y haga clic en "Talk to a Doctor" (hable con un médico).

Bienestar

Atención preventiva

Alcanzar sus metas de salud es una travesía y, para ayudarlo, Cigna ofrece múltiples programas e incentivos para respaldar su bienestar general con un enfoque en la atención preventiva. El propósito de la atención preventiva es mantener el bienestar y la buena salud antes de que se sienta enfermo o note cualquier síntoma y está diseñada para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades y dolencias. El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) afirma que el tratamiento de las enfermedades crónicas funciona mejor cuando se detectan a tiempo. La atención preventiva es importante porque lo alerta para obtener un tratamiento rápido cuando sea necesario y también puede ayudar a reducir sus gastos médicos generales.

La atención preventiva está cubierta sin costo para usted si busca atención con un médico dentro de la red si está inscrito en un plan médico de HelloFresh.

Incentivos Cigna

Programa	Objetivo/Tarea	Monto del incentivo
Evaluación de Salud	Finalización de la evaluación de salud	\$50
Objetivos de atención preventiva	Examen físico anual, incluido el examen de bienestar virtual MDLIVE o una consulta de obstetricia y ginecología	\$150 ¹
	Prueba de detección de cáncer de colon	\$25
	Examen de próstata	\$25
	Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	\$25
	Mamografía de rutina	\$25
Omada – Programa de Prevención de la Diabetes	Asesoramiento digital: complete 16 de 16 lecciones en Omada	\$250
Embarazos Saludables, Bebés Saludables	Inscribese durante su primer trimestre con una tarifa de	\$250
	Inscribese durante su segundo trimestre con una tarifa de	\$125

¹El incentivo físico anual es de \$150 hasta el 31/MAR/2024, y luego se reanuda el incentivo de \$100.

¡Las instrucciones para ver y canjear recompensas para los programas de atención preventiva y bienestar de Cigna están disponibles en www.myhellofreshbenefits.com!

Cigna Healthy Rewards

Con Cigna Healthy Rewards, puede recibir descuentos en productos y servicios que respaldan su salud y bienestar. Obtenga descuentos en los productos y programas de salud que usa todos los días para: Membresías y dispositivos de acondicionamiento físico, atención de la vista, cirugía Lasik, audífonos, medicina alternativa, productos de yoga y entrenamientos virtuales. Inicie sesión en myCigna.com y navegue hasta el programa de descuentos Healthy Rewards.

Hinge Health

Programa Virtual de Cuidado de Músculos y Articulaciones

Vivir con dolor o movilidad reducida puede resultar frustrante y desalentador. Además, programar las citas de fisioterapia y viajar a estas puede resultar un desafío. Para ayudarlo a administrar el tratamiento de problemas musculares y articulares, puede inscribirse en fisioterapia virtual gratuita a través de Hinge Health en cualquier plan médico de HelloFresh Cigna.*

Hinge Health está diseñado para facilitar el inicio y la continuación de un programa de fisioterapia desde la comodidad de su hogar. Puede abordar la mayoría de los tipos de problemas de espalda y articulaciones, ayudando a reducir el dolor y mejorar la fuerza y la movilidad mientras se recupera de la cirugía y trabajar para evitar la cirugía o intentar reducir la necesidad de medicamentos.

Hinge Health le ofrece:

- Asignarle un fisioterapeuta profesional autorizado para recibir una evaluación y un plan de tratamiento personalizado.
- La consulta e instrucción virtual en vivo le mostrarán cómo usar sensores y monitores que brindan retroalimentación en tiempo real para corregir su forma mientras realiza los ejercicios prescritos.
- El fisioterapeuta revisará su progreso y hará ajustes a su programa según sea necesario.
- Mirar videos educativos, charlar regularmente con su fisioterapeuta y aplicar estrategias de terapia conductual para ayudar a entrenar su cerebro mientras trabaja su cuerpo.

*Hinge Health es gratuito con el plan HDHP hasta el 31/DIC/2024.



SEGURO DE ACCIDENTES Y HOSPITALARIO

UNUM

Seguro de accidentes

El seguro contra accidentes proporciona un monto de beneficio fijo según el tipo de lesión que tenga y el tipo de tratamiento que necesite. Cubre accidentes que ocurren dentro o fuera del trabajo. E incluye una variedad de incidentes, desde lesiones comunes hasta eventos más graves. Puede ayudarlo con los gastos de bolsillo que su plan médico no cubre, como coseguro, copagos y deducibles. El costo se deduce cómodamente de su sueldo. Puede mantener su cobertura si cambia de trabajo o se jubila, y Unum le facturará directamente.

Puede elegir cobertura para usted, su cónyuge, su pareja de hecho y sus hijos dependientes elegibles.

Aportes quincenales a la nómina del seguro de accidentes

	Plan bajo	Plan alto
Solo empleado	\$3.18	\$4.10
EE + Cónyuge/Pareja de hecho	\$5.79	\$7.42
EE + Niños	\$7.13	\$9.28
EE + Familia	\$9.74	\$12.59

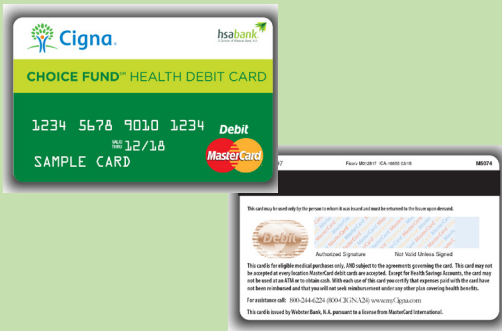
Seguro hospitalario

El seguro hospitalario ayuda a los empleados cubiertos y a sus familias a afrontar los impactos financieros de una hospitalización. Puede recibir beneficios cuando ingresa en el hospital por un accidente, una enfermedad o un parto cubiertos. El dinero se le paga directamente a usted, no a un hospital o proveedor de atención. El dinero también puede ayudarlo a pagar los gastos de bolsillo que su plan médico quizás no cubra, como coseguro, copagos y deducibles. El costo se deduce cómodamente de su sueldo. Puede mantener su cobertura si cambia de trabajo o se jubila, y Unum le facturará directamente.

Puede elegir cobertura para usted, su cónyuge, su pareja de hecho y sus hijos dependientes elegibles.

Aportaciones quincenales a la nómina del seguro hospitalario

	Plan bajo	Plan alto
Solo empleado	\$3.29	\$6.01
EE + Cónyuge/Pareja de hecho	\$6.52	\$11.91
EE + Niños	\$4.46	\$8.13
EE + Familia	\$7.69	\$14.04



CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA)

CIGNA disponible para participantes en el plan médico HDHP de \$1,600.

Si está inscrito en el plan médico HDHP de \$1,600, tiene la opción de aportar a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) con HSA Bank a través de Cigna. Los miembros pueden acceder al sitio web para clientes de HSA Bank a través de [myCigna.com](https://mycigna.com). En myCigna, puede conectarse al sitio web para clientes de HSA Bank, que le brinda acceso en línea a su cuenta las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Ahora es el momento de considerar aportar a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA), ya que no hay aportaciones de nómina de los empleados para el plan médico HDHP de \$1,600. Una HSA es una cuenta de ahorros con ventajas impositivas que se puede usar para pagar gastos de atención médica calificados, así como también gastos elegibles de farmacia, dentales y de la vista. O usar los fondos para ahorrar para gastos futuros. Visite cigna.com/individuals-families/member-guide/eligible-expenses para obtener una lista de gastos HSA elegibles.

Una HSA brinda beneficios de impuestos triples: El dinero que aporta es antes de impuestos y el interés que se acumula en la cuenta está libre de impuestos. Además, el dinero retirado de una HSA no está sujeto a impuestos, siempre que lo use para gastos de atención médica calificados. Al igual que una cuenta de ahorros, solo podrá retirar fondos que estén en la cuenta.

Cómo empezar: Configure sus aportaciones de nómina HSA durante la inscripción o en cualquier momento durante el año en el portal de inscripción de Workday. Puede realizar cambios en cualquier momento del año.

Recibirá una tarjeta de débito de HSA Bank: El saldo de su cuenta bancaria HSA gana intereses, y una vez que su saldo alcance los \$1,000, puede invertirlo en fondos mutuos. No hay comisión de cuenta de inversión.

Además, hay un cargo mensual de \$1.25 por los estados de cuenta en papel que se deducen de su cuenta. El estado de cuenta mensual en papel se puede programar o interrumpir después de abrir la cuenta, para ello visite [myCigna.com](https://mycigna.com). Los estados de cuenta en línea son siempre gratuitos.

VENTAJAS DE LAS HSA

Puede usar la cuenta para pagar gastos de atención médica calificados con dólares antes de impuestos.

Los dólares que no se hayan gastado se transfieren cada año y son suyos si se jubila o deja la empresa.

Puede invertir los fondos de su HSA, por lo que su dinero disponible para atención médica puede crecer con el tiempo.

Usted es elegible si:

Está inscrito en el plan Cigna HDHP.

No recibe cobertura de ningún plan tradicional.

Nadie más puede reclamarlo como dependiente.

No está inscrito en Medicare, TRICARE o TRICARE for Life.

No ha recibido beneficios para veteranos en los últimos 3 meses.

¿Cuánto se puede depositar en una HSA en 2024?

<55¹

- Hasta **\$4,150** para persona individual
- Hasta **\$8,300** para familias²

¹No inscrito en Medicare² Si tiene una pareja de hecho, solo es elegible para el límite individual.

La aportación máxima aumenta en **\$ 1,000**

¹No inscrito en Medicare

55+¹



CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

FLORES

¿Qué es una cuenta de gastos flexibles?

Una cuenta de gastos flexibles (FSA) es una cuenta que puede reembolsarle los gastos calificados de atención médica o de atención de dependientes. Puede pagar los gastos calificados con dólares antes de impuestos deducidos de sus cheques de pago. Usted es elegible para participar en dos cuentas FSA separadas, una FSA para atención médica y una FSA para la atención de dependientes.

Al elegir una FSA, establecerá un monto de aportación anual. Los saldos de las cuentas FSA de atención médica que superen el límite de **\$640** no se reinvierten año tras año, por lo que tendrá hasta el final del año de su plan para usar los fondos en su FSA de atención médica. El año de su plan FSA para la atención médica finaliza el 31 de diciembre de 2024 o su fecha de rescisión, lo que ocurra primero. Los reclamos de reembolso por gastos incurridos durante el año del plan deben presentarse dentro de los 90 días posteriores a la finalización del año del plan. Para la FSA para la atención de dependientes, hay disponible un período de gracia de 2,5 meses y tiene hasta el 15 de marzo de 2025 para incurrir en nuevos gastos en su cuenta. Se perderán todos los fondos que queden en la cuenta después de la fecha límite de presentación de reclamaciones del 31 de marzo de 2025. Al elegir un monto para aportar a una FSA, el objetivo es elegir un monto que cubra la atención médica o de dependientes, pero que no sea tan alto como para perder el dinero al final del año.

Puede optar por participar en una o ambas cuentas, y no es necesario "registrar" a miembros específicos de la familia para estas cuentas. Puede administrar sus cuentas FSA en flores247.com o en la aplicación móvil Flores. Tenga en cuenta que si está inscrito en el HDHP, no es elegible para participar en la FSA de atención médica.

Tenga en cuenta que no puede realizar cambios en sus elecciones de FSA durante el año del plan a menos que tenga un evento de vida que califica. Algunos ejemplos de eventos que califican son cambios en el estado civil, como un matrimonio o divorcio o el nacimiento o adopción de un hijo. Además, en la FSA para la atención de dependientes, un cambio en la elegibilidad del dependiente (por ejemplo, su hijo cumple 13 años y ya no es elegible) también se consideraría un evento de vida que califica.



FSA de atención médica

Una FSA de atención médica reembolsa a los empleados los gastos médicos, dentales y de la vista elegibles, hasta el monto elegido para el año del plan. Los gastos de atención médica elegibles incluyen muchos de los gastos de bolsillo que paga para mantener su salud y bienestar. También puede usar la cuenta FSA de atención médica para reembolsar los gastos elegibles de sus dependientes. Visite irs.gov para obtener una lista completa de los gastos elegibles.

Para 2024, puede aportar hasta el límite de **\$3,200** (los fondos estarán disponibles a partir de la fecha de entrada en vigor del plan).



FSA para la atención de dependientes

Puede usar dólares antes de impuestos de su FSA para la atención de dependientes para pagar los gastos de la atención de un hijo dependiente de hasta 13 años, cónyuge o padre anciano dentro de su hogar (de un proveedor calificado) y gastos fuera de su hogar, como niñeras, guarderías o centros de asistencia diurna. La FSA para la atención de dependientes NO reembolsa los gastos de atención médica de los dependientes.

Puede aportar hasta **\$5,000** anuales en 2024 (o **\$2,500** si está casado y presenta una declaración de impuestos por separado). Solo se le podrá reembolsar hasta el monto que haya aportado.

CUENTAS DE GASTOS DE TRANSPORTE

FLORES

Las cuentas de gastos de transporte le permiten reservar una parte de su salario antes de impuestos para pagar los gastos de transporte público o estacionamiento en los que incurre para ir y venir del trabajo. Al usar dinero antes de impuestos, reduce su ingreso imponible. Visite flores247.com para obtener más información.

Recibirá una tarjeta de débito de Flores para usar en el punto de compra para pagar sus gastos de estacionamiento o tránsito. Tenga en cuenta que su tarjeta de débito no le permitirá gastar más de lo que ha aportado hasta la fecha. Tampoco puede deslizar la tarjeta por una cantidad que exceda el máximo mensual del IRS en un mes determinado. Tenga en cuenta que recibirá una tarjeta de Flores para las cuentas de gastos flexibles o la cuenta de gastos de transporte.

Usted es elegible para participar en dos cuentas diferentes: estacionamiento o tránsito. Usted es elegible para participar en una cuenta o en la cuenta de estacionamiento y de tránsito. Tenga en cuenta que estos fondos solo permanecen con usted si es un empleado en activo. Si deja HelloFresh, ya no tendrá acceso a su cuenta. Los reclamos de reembolso por gastos incurridos mientras era un empleado activo deben presentarse a Flores dentro de los 90 días posteriores a la fecha de su rescisión. Después de esto, se perderán los fondos restantes.

Estos son dos tipos de gastos elegibles:

Estacionamiento para viajero	Gastos incurridos por usted para estacionar su automóvil en o cerca de las instalaciones comerciales de su empresa o gastos incurridos por usted para estacionar su automóvil en o cerca de un lugar desde el cual viaja al trabajo.
Transporte diario al trabajo	Gastos incurridos en traslados hacia y desde el trabajo. Los gastos de transporte se pueden utilizar para artículos como pases de transporte (autobús/tren ligero/metro), fichas, tarjetas de viaje, vales, furgonetas compartidas o transporte público similar. No puede usar esto para peajes, UBER/Lyft u otros artículos con su vehículo personal.

Límites de aportación

	Por mes
Estacionamiento para viajero	\$315
Transporte diario al trabajo	\$315





PLAN DENTAL

CIGNA

La red Total DPPO de Cigna ofrece acceso conveniente a dentistas de calidad y ahorros en servicios dentales cubiertos. Si bien puede elegir cualquier proveedor dental, puede ahorrar utilizando un dentista de la red de su plan. Para verificar si su dentista está dentro de la red, use el directorio de proveedores en [Cigna.com](https://www.cigna.com).

	Plan dental de Cigna
Deducible Anual (Individual/Familiar)	\$50 / \$150
Máximo anual del plan	\$1,500
Servicios preventivos y de diagnóstico (sin deducible)	Usted no paga nada
Servicios básicos	Paga 20%/50% de coseguro según el servicio
Servicios principales	Usted paga 50% de coseguro
Ortodoncia (hijos dependientes hasta los 19 años)	Máximo de por vida de \$1,500, usted paga un coseguro del 50%

Su plan incluye beneficios fuera de la red, consulte el resumen del plan para obtener detalles adicionales. Tenga en cuenta que la ortodoncia para adultos no está cubierta por el plan dental.

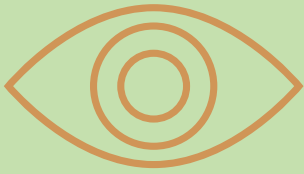
Atención dental virtual

Cigna Dental Virtual Care se ofrece a través de The TeleDentists. Usted y los miembros de su familia cubiertos pueden ver a un dentista desde la comodidad y seguridad de su hogar mediante videollamada, sin costos de copago ni coseguro (cuenta para el máximo anual del plan). Con The TeleDentists, puede:

- Conectarse las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año con dentistas autorizados
- Obtener ayuda con necesidades dentales urgentes, como dolor de muelas, infección, hinchazón, sangrado y más
- Obtener asesoramiento y orientación para una atención más compleja, si es necesario
- Pedir que le envíen una receta directamente a su farmacia, si corresponde

Para conectarse con The TeleDentists, visite [myCigna.com](https://mycigna.com) y haga clic en "Find Care & Costs" (buscar atención y costos).





PLAN DE LA VISTA

EYEMED

HelloFresh le ofrece la oportunidad de optar por una cobertura oftalmológica voluntaria a través de EyeMed. Nuestros beneficios de cuidado de la vista incluyen cobertura para exámenes de la vista, lentes y armazones, lentes de contacto y descuentos para cirugía láser. El plan de la vista se basa en los proveedores de EyeMed, que tienen mayores beneficios a un menor costo para usted. Cuando necesite servicios, considere utilizar un proveedor dentro de la red para obtener el máximo rendimiento por su inversión. Cuando utilice un proveedor fuera de la red, se le reembolsarán los servicios de acuerdo con el siguiente cuadro. Sus beneficios se brindan a través de la **red Insight** con EyeMed. Para localizar un proveedor dentro de la red, visite eyemed.com.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen (una vez por año del plan)	Copago de \$15	Asignación de \$40
Lentes (una vez por año del plan)		
Soltero	Cubierto en su totalidad después de un copago de \$25	Asignación de \$30
Bifocales	Cubierto en su totalidad después de un copago de \$25	Asignación de \$50
Trifocales	Cubierto en su totalidad después de un copago de \$25	Asignación de \$70
Armazones (una vez cada dos años del plan)		
Armazón nuevo	Copago de \$0; 20% de descuento en el saldo por encima de la asignación de \$130	Asignación de \$91
Lentes de contacto (una vez por año del plan)		
Convencionales	Copago de \$0; 15% de descuento en el saldo por encima de la asignación de \$125	Asignación de \$91
Desechables	Copago de \$0; 100% del saldo Por encima de la asignación de \$125	Asignación de \$91
Necesario desde el punto de vista médico	Copago de \$0; pago integro	Asignación de \$210

El plan permite que el miembro reciba lentes de contacto y armazones, o servicios de armazones y lentes.



Servicios dentales y de la vista quincenales

Aportaciones de nómina de empleados

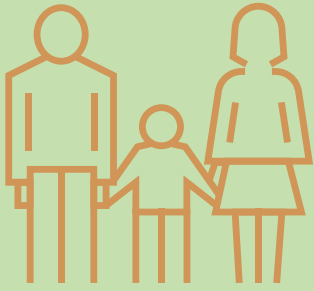
26 aportaciones por año

Plan dental

Plan dental de Cigna	
Empleado	\$1.91
Empleado + cónyuge o pareja de hecho	\$7.42
Empleado + Hijo(s)	\$8.82
Familia	\$17.26

Plan de la vista

Plan de la vista EyeMed	
Empleado	\$0.66
Empleado + cónyuge o pareja de hecho	\$1.82
Empleado + Hijo(s)	\$1.68
Familia	\$2.93



SEGURO DE VIDA Y POR DISCAPACIDAD

UNUM

Seguro de vida

Recuerde agregar la información del beneficiario en Workday durante la inscripción.

¡Proporcionamos seguro básico de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) sin costo alguno para usted!

Cobertura del seguro	Beneficio
Vida básica y AD&D ^{2,3}	1X ganancias anuales hasta \$500,000 ¹

¹Las ganancias anuales se redondean al millar superior ²No se requiere evidencia de asegurabilidad (EOI) para la cobertura básica de vida y AD&D.

³ De acuerdo con la ley tributaria, el valor del seguro de vida temporal bajo contrato colectivo provisto por el empleador que exceda los \$50,000 está sujeto a impuestos. El valor se determina en función de su edad y del horario establecido por el IRS. Si gana más de \$50,000 al año, este monto se suma a su salario bruto y se incluye en su formulario W-2 a final de año. Consulte la página 15 de la Publicación 15-B del IRS para obtener más información www.irs.gov/pub/irs-pdf/p15b.pdf.

Si desea cobertura adicional, el seguro de vida opcional y AD&D está disponible para usted, su cónyuge/pareja de hecho y los hijos dependientes elegibles. Para que su cónyuge, su pareja de hecho o sus hijos estén cubiertos, debe inscribirse a una póliza que le brinde cobertura a usted. Si no se inscribe en el seguro voluntario de vida cuando está disponible por primera vez, o si elige un monto superior a la emisión garantizada, deberá completar un formulario de Evidencia de asegurabilidad (EOI). Si anteriormente eligió cobertura y desea elegir un monto adicional hasta la emisión garantizada durante la Inscripción Abierta, no será necesario que complete un formulario EOI. La evidencia de asegurabilidad (EOI) es cuando proporciona información sobre sus afecciones médicas o las de sus dependientes para que se le otorgue la elegibilidad para la cobertura. Puede completar un formulario EOI cuando realice la inscripción en Workday.

Cobertura del seguro	Beneficio
Seguro voluntario del empleado de vida y AD&D	Los montos en incrementos de \$10,000 están disponibles hasta un máximo de 6 veces las ganancias anuales o \$500,000, lo que sea menor. Puede elegir hasta \$150,000 en cobertura, con emisión garantizada, sin EOI.
Seguro voluntario de vida y AD&D del cónyuge	Los montos en incrementos de \$5,000 están disponibles hasta un máximo del 100% de la vida del empleado o \$250,000, lo que sea menor. Puede elegir hasta \$25,000 en cobertura, emisión de garantía, sin EOI.
Seguro voluntario de vida infantil y AD&D	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nacido vivo hasta los 14 días: \$1,000 ■ 14 días a 6 meses: \$2,000 ■ 6 meses a 19 años (o 26 si es estudiante a tiempo completo): Los montos en incrementos de \$2,000 están disponibles hasta un máximo de \$10,000

Discapacidad

HelloFresh le brinda cobertura por discapacidad a corto y largo plazo sin costo alguno para usted. HelloFresh también ofrece a los empleados que ganan más de \$50,000 al año la opción de comprar una cobertura mejorada por discapacidad a largo plazo. Estos planes le brindan protección de ingresos en caso de que se enferme o sufra una lesión no relacionada con el trabajo y no pueda ir a trabajar. Si no se inscribe en el plan de ampliación de la cobertura de discapacidad a largo plazo cuando esté disponible por primera vez, deberá completar un formulario de Evidencia de asegurabilidad (EOI). Puede completar un formulario de Evidencia de asegurabilidad cuando realiza la inscripción en Workday.

	Beneficios por discapacidad a corto plazo (pagados por el empleador)	Base de incapacidad a largo plazo (pagado por el empleador)	Ampliación de la cobertura de discapacidad a largo plazo (pagado por el empleado)
Período de eliminación	14 días	180 días	180 días
Beneficio	60% del ingreso semanal	60% del salario mensual	60% del salario mensual
Beneficio Máximo	\$2,500 por semana	\$2,500 por mes	\$10,000 por mes
Período máximo de beneficios	24 semanas	Edad normal de jubilación del Seguro Social (SSNRA)	Edad normal de jubilación del Seguro Social (SSNRA)

Seguro de vida quincenal y por incapacidad Aportaciones de nómina de empleados

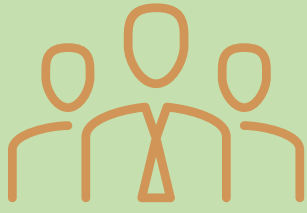
26 aportaciones por año

Seguro voluntario de vida y por muerte accidental y desmembramiento

Edad	Vida del empleado por cada \$10,000 de cobertura	Vida del cónyuge por cada \$5,000 de cobertura
15-24	\$0.166	\$0.083
25-29	\$0.189	\$0.095
30-34	\$0.254	\$0.127
35-39	\$0.378	\$0.189
40-44	\$0.577	\$0.288
45-49	\$0.895	\$0.448
50-54	\$1.320	\$0.660
55-59	\$1.883	\$0.942
60-64	\$2.418	\$1.209
65-69	\$3.443	\$1.722
70-74	\$6.512	\$3.256
75+	\$20.132	\$10.066
	AD&D de empleado por cada \$10,000 de cobertura	AD&D del cónyuge por cada \$5,000 de cobertura
	\$0.070	\$0.040
Tarifa de seguro de vida infantil por \$ 2,000		\$0.166

Ampliación de la cobertura de discapacidad

Ampliación de la cobertura de discapacidad a largo plazo			
Tarifa quincenal			\$0.0485
Ampliación de la cobertura de discapacidad a largo plazo			
Salario anual	\$	/12 meses =	\$ (Máximo = \$16,668)
Ingresos mensuales	\$	/ \$100 =	(Máximo = \$166.68)
Tasas de beneficios	\$	X (.04855) =	(su deducción quincenal)



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

DEFENSOR DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA UNUM

HelloFresh se complace en ofrecer un Programa de asistencia para empleados (EAP) a través de Health Advocate para ayudarlo a usted y a su familia en tiempos difíciles. Los servicios EAP de Health Advocate están disponibles para todos los empleados de tiempo completo y sus cónyuges o parejas de hecho, hijos dependientes, padres y suegros. El EAP incluye 3 visitas con un consejero profesional licenciado o especialista en trabajo/vida por incidente.

Programa de Asistencia al Empleado

Su EAP está diseñado para ayudarlo a llevar una vida más feliz y productiva en el hogar y en el trabajo. Llame para obtener acceso confidencial a un consejero profesional autorizado¹ que puede ayudarlo con los siguientes asuntos y más:

- Estrés, depresión, ansiedad
- Problemas de pareja, divorcio
- Ira, dolor y pérdida
- Estrés laboral, conflictos laborales
- Problemas familiares y de crianza

Equilibrio entre el trabajo y la vida

También puede comunicarse con un especialista para obtener ayuda con el equilibrio entre el trabajo y los problemas de la vida. Simplemente llame y uno de nuestros especialistas en trabajo y vida personal podrá responder sus preguntas y ayudarlo a encontrar recursos con lo siguiente y más:

- Atención infantil
- Atención de personas mayores
- Servicios financieros, gestión de deudas, problemas de informes crediticios
- Robo de identidad
- Cuestiones legales
- Reducir sus facturas médicas/dentales

Acceder a la ayuda es fácil:

- Teléfono: 1-800-854-1446
- Apoyo en línea: unum.com/lifebalance
- Apoyo en persona: puede obtener hasta tres visitas por incidente, disponibles sin costo adicional para usted con un consejero profesional autorizado. Su consejero puede referirlo a recursos en su comunidad para apoyo continuo.

¹ Los consejeros deben cumplir con las normas federales sobre el deber de advertir sobre daños a sí mismos o a los demás. En estos casos, el consultor puede estar obligado a informar a la autoridad competente. El Programa de Asistencia al Empleado de Unum y los servicios de Conciliación de la Vida Laboral y Personal, prestados por HealthAdvocate, están disponibles con determinadas ofertas de seguros de Unum. Los términos y la disponibilidad del servicio están sujetos a cambios. El proveedor de servicios no brinda asesoramiento legal; consulte a su abogado para obtener orientación. Los servicios no son válidos después de que termina la cobertura. Comuníquese con su representante de Unum para obtener más detalles. Los productos de seguros están suscritos por las subsidiarias de Unum Group.

Legal



Visite su sitio EAP+WorkLife (unum.com/lifebalance) para obtener plantillas específicas del estado e instrucciones paso a paso sobre cómo crear un testamento. Su Centro Jurídico Personalizado también contiene plantillas específicas de cada estado para poderes notariales, fideicomisos, planificación patrimonial, etc., así como acceso a una biblioteca jurídica.

Tiene acceso a una variedad de temas personales y comerciales sin costo alguno para usted:

- Testamentos
- Fideicomisos en vida
- Contratos de servicios personales
- Pagarés
- Derechos de autor y marca registrada
- Poder legal
- Contrato de arrendamiento
- Cambio de nombre
- Incorporación
- Contratos prematrimoniales



BENEFICIOS ADICIONALES

Beneficio	Descripción	Información de contacto	¿Quién paga?
 <p>Medical Bill Saver</p>	<p>Medical Bill Saver está disponible para los empleados de HelloFresh y ofrece a los empleados un lugar al que recurrir cuando se enfrentan a gastos médicos o dentales imprevistos. Medical Bill Saver se encargará de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comunicarse con médicos, dentistas, hospitales, centros de cirugía y otros proveedores en nombre de los empleados para negociar descuentos en el saldo adeudado o planes de pago. Obtener la aprobación del proveedor sobre los términos y condiciones de pago. Proporcionar una Declaración de resultados de ahorro que resuma el resultado. 	<p>Defensor de la salud a través de la UNUM 866-799-2655</p>	<p>Pagado por el empleador</p>
 <p>Programa de Asistencia en Viaje</p>	<p>Siempre que viaje a 100 millas o más de casa, a otro país o simplemente a otra ciudad, la asistencia en viaje puede ayudarlo a localizar hospitales, embajadas y otros destinos de viaje "inesperados". Utilice su número de teléfono de asistencia en viaje para acceder a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Asistencia al ingreso hospitalario y Evacuación médica de Emergencia. Asistencia para la reposición de recetas. Transporte de un amigo o familiar para reunirse con un paciente hospitalizado y cuidado y transporte de niños menores sin supervisión. Asistencia en la devolución de un vehículo. Derivaciones a proveedores médicos de habla inglesa capacitados en Occidente. Referencias legales y de intérpretes. Asistencia para la reposición del pasaporte. 	<p>Assist America a través de UNUM Dentro de los EE. UU.: 1-800-872-1414 Fuera de los Estados Unidos: 609-986-1234 Correo electrónico: medservices@assistamerica.com Número de referencia: 01-AA-UN-762490</p>	<p>Pagado por el empleador</p>



BRIGHT HORIZONS

HelloFresh se ha asociado con Bright Horizons para brindar atención de respaldo gratuita y necesidades educativas para usted y su familia. Para obtener información más detallada, visite el sitio web de beneficios HelloFresh www.myhellofreshbenefits.com.

Recursos para el cuidado infantil

Obtenga una ventaja en su búsqueda de cuidado infantil conveniente y de alta calidad. Adelántese en la lista de espera de los centros de cuidado infantil de Bright Horizons más deseados de todo el país con acceso preferente a la inscripción. Al inscribirse no tendrá que pagar la cuota de inscripción. O beneficie de descuentos exclusivos en la matrícula (hasta un 10 %) en los centros participantes de la red de alta calidad de todo el país.

Beneficios de atención de respaldo para toda su familia

Tanto si el colegio está cerrado como si el cuidador habitual no está disponible, confíe en Bright Horizons Back-Up Care™ y obtenga cuidado infantil de alta calidad en un centro o cuidado en su hogar para su hijo o familiar adulto/anciano, siempre que necesite una mano extra. Para registrarse, visite <https://backup.brighthorizons.com>. Nombre de usuario del empleador: hellofresh | Contraseña: hfcare

Ayuda con tutorías y preparación de exámenes

Bright Horizons brinda acceso a proveedores de tutoría y preparación para exámenes de alta calidad que ofrecen una variedad de opciones en línea y en persona con descuentos exclusivos para niños de 5-18 años. Bright Horizons, impartido por profesionales de confianza, ayuda a los estudiantes a alcanzar el éxito mejorando su rendimiento académico y reduciendo el estrés familiar.

Descripción general del campamento virtual

¿Busca nuevas actividades para su hijo mientras se concentra en el trabajo cuando está en casa? ¡HelloFresh se encarga de todo! Los campamentos virtuales se ofrecerán de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Este, y estarán disponibles para niños de 3 a 12 años. ¡Estos campamentos ofrecen una variedad de actividades que incluyen manualidades, Roblox, acondicionamiento físico, Minecraft, arte digital, exploración espacial, matemáticas, juegos de actuación y más!

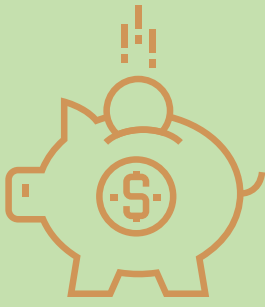
Atención para mascotas

¿Sus mascotas están aburridas? ¡No si depende de nosotros! Acceda a andadores, niñeras, guarderías, alojamiento nocturno y más a través de su beneficio Bright Horizons Back-Up Care™.

Recursos adicionales

Con Bright Horizons, también puede acceder a los siguientes recursos de apoyo familiar. Visite clients.brighthorizons.com/hellofresh para obtener más información.

- Descuentos para niñeras
- Busque cuidadores, niñeras y amas de casa
- Encuentre recursos para el cuidado de ancianos
- Busque cuidado de mascotas de calidad



PLAN 401(k)

Comience su preparación para la jubilación hoy

¿Qué es lo más importante a la hora de jubilarse? Es muy sencillo; ¡empiece inscribiéndose en el Plan HelloFresh 401(k) Retirement Savings Plan a través de Voya!

Cuando puede incorporarse

Puede incorporarse al plan como participante activo inmediatamente después de cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser un empleado elegible,
- tener 21 años o más, y
- haber cumplido 3 meses consecutivos de empleo.

Aportaciones diferidas electivas para el plan 401(k)

Al registrarse, decide cuánto quiere diferir. Su aportación diferida electiva para el plan 401(k) será una aportación diferida electiva antes de impuestos, a menos que designe la totalidad o una parte como aportación diferida electiva Roth después de impuestos. Puede actualizar su elección en cualquier momento durante el año y las actualizaciones se reflejarán dentro de 1 o 2 ciclos de pago.

Aportaciones de participación

Las aportaciones de participación de HelloFresh le brindan un rendimiento adicional sobre el monto que aplaza. El plan ofrece una igualación de Safe Harbor (plan de protección) del 100% de su aportación hasta el 3% de la compensación y luego el 50% del siguiente 2%. Si aporta el 5% o más de su compensación al 401(k), recibirá una igualación total por parte del empleador del 4%. Recibirá la aportación equivalente de HelloFresh por cada período de pago que aporte.

Límites

Límites de aplazamiento electivos 401(k): El IRS establece el límite de aportación de cada año. Para 2024, el límite de aplazamiento del salario de los empleados es de **\$23,000** y, si tendrá al menos 50 años al final del año, será elegible para hacer una contribución adicional de puesta al día de **\$7,500**

Retiros de su cuenta

Hay escenarios específicos en los que puede retirar fondos de su cuenta. Si se separa del servicio o tiene 59 años y medio o más, puede retirar la totalidad o parte de su cuenta consolidada en determinadas circunstancias.

Adquisición de derechos en su cuenta

Siempre tiene derecho al **100%** de la parte de su cuenta que resulte de lo siguiente: Aportaciones diferidas electivas al plan 401(k), aportaciones transferibles no electivas calificadas y la igualación Safe Harbor.

Inscríbase ahora mismo

Llame al 888-311-9487

Número de plan: 551637

Número de verificación: 55163799

Servicios de reinversión: 866-865-2660

Sitio web de inscripción: enroll.voya.com

Sitio web del participante:

VoyaRetirementPlans.com

Páguese usted mismo para ahorrar

Si decide invertir, hacerlo con el Plan 401(k) de HelloFresh puede hacer que hoy tenga más dinero en el bolsillo. Considere el siguiente gráfico que muestra la diferencia entre invertir con un plan e invertir fuera de un plan.

Ana gana \$40,000 al año y decide ahorrar el 6 % de su paga quincenal para el futuro. ¹		
	Si aporta al Plan 401(k)	Si ahorra fuera del Plan 401(k)
Su sueldo quincenal	\$1,539	\$1,539
6% de su pago quincenal aportó al plan	-\$92	N/A
Su nueva renta imponible	\$1,447	\$1,539
Impuestos federales sobre la renta	-\$405	-\$431
Sueldo neto después de deducciones	\$1,042	\$1,108
Dinero ahorrado fuera del plan	N/A	-\$92
Dinero que le queda en el bolsillo por cheque de pago quincenal	\$1,042	\$1,016

¹Este ejemplo hipotético supone un ahorro quincenal de \$92 o el seis por ciento del salario equivalente a \$2,400 al año y un tipo impositivo federal del 28 %, y solo tiene fines demostrativos. No pretende (1) servir como asesoramiento financiero ni como base principal para sus decisiones de inversión, ni (2) implicar el rendimiento de ningún valor específico. Tenga en cuenta que las distribuciones tributarán como ingresos ordinarios cuando se distribuyan y estarán sujetas a las sanciones fiscales que puedan aplicarse.

La capitalización es un efecto multiplicador.¹

Mientras más joven empiece a planificar su jubilación, más beneficios obtendrá. Si invierte al principio de su carrera, disfrutará de los beneficios potenciales del crecimiento con impuestos diferidos y la capitalización de intereses durante décadas. Considere a Larry y Susan. Susan no solo acaba con más dinero que Larry, sino que además aportó bastante menos dinero que él. Este es uno de los beneficios potenciales de comenzar temprano.

	Larry	Susan
Edad a la que comenzó a ahorrar	45	25
Aportación mensual	\$300	\$100
Aportación total a los 65 años	\$72,000	\$48,000
Ahorro total antes de impuestos a los 65 años	\$171,798	\$324,180

¹Esta ilustración hipotética parte del supuesto de que cada cuenta obtiene un tipo de rendimiento anual del 8% y solo tiene fines demostrativos. No está garantizado ni se basa en la tasa de rendimiento de ninguna inversión concreta, y no incluye los costos derivados de una inversión determinada. Tampoco pretende servir de asesoramiento financiero ni de base principal para sus decisiones de inversión. La inversión sistemática no asegura beneficios ni garantiza que no se produzcan pérdidas. Los inversionistas deben considerar su capacidad financiera para continuar sus compras durante los periodos de bajos niveles de precios. Los impuestos generalmente se deben al momento del retiro.

Tradicional frente a Roth

El Plan HelloFresh 401(k) ofrece una opción de aportación adicional llamada Roth después de impuestos. Le ofrece la oportunidad de recibir distribuciones libres de impuestos cuando se jubile (siempre y cuando cumpla con ciertos requisitos), a cambio de pagar impuestos sobre sus aportaciones por adelantado. El hecho de que la Roth después de impuestos sea adecuada para usted depende de diversos factores. Es posible que desee considerar esta opción si puede responder afirmativamente a cualquiera de las siguientes preguntas.

- ¿Está buscando un crecimiento libre de impuestos y un ingreso de jubilación libre de impuestos?
- ¿Le interesa minimizar los impuestos sobre sus prestaciones de la Seguridad Social durante la jubilación?
- ¿Está al principio de su carrera, prevé aumentos de sueldo en el futuro y quiere pagar impuestos ahora en lugar de hacerlo en la jubilación, cuando su tipo impositivo podría ser más alto?
- ¿Simplemente no está seguro de cuáles serán los tipos impositivos en el futuro y quiere "fijar" esencialmente los tipos impositivos actuales?
- ¿Desea diversificar su estrategia fiscal y dividir sus aportaciones entre antes y después de impuestos, con dos tratamientos fiscales diferentes para sus ahorros para la jubilación?

Tomemos el siguiente ejemplo. Stan gana \$40,000 al año y quiere ahorrar el 6 % de su salario quincenal para el futuro. Para Stan, recibir ingresos de jubilación potencialmente libres de impuestos significa una diferencia de tan solo \$14 en su salario quincenal.

	Stan hace aportaciones antes de impuestos al plan:	Stan hace aportaciones Roth después de impuestos al plan:	Stan aporta ambos tipos:
Sueldo bruto quincenal	\$1,538	\$1,538	\$1,538
Porcentaje de aportación	6% antes de impuestos	6% después de impuestos	3% antes de impuestos. 3% después de impuestos
Monto de la aportación	\$92	\$92	\$92
Impuesto sobre aportaciones	\$0	\$14	\$7
Total tomado de pago	\$92	\$106	\$99

Nota: Este ejemplo hipotético asume un ahorro quincenal de \$92, o el seis por ciento de \$40,000, y una tasa de impuestos federales del 15 por ciento y es solo para fines de demostración. No pretende (1) servir como asesoramiento financiero ni como base principal para sus decisiones de inversión, ni (2) implicar el rendimiento de ningún valor específico. La introducción de la opción Roth después de impuestos no aumenta su límite de aportación total al plan. Sus aportaciones, ya sean Roth después de impuestos o antes de impuestos, o una combinación de ambas en total, están sujetas a los límites de aportación del Código de Rentas Internas. Por lo general, hay que pagar impuestos al retirar los activos con impuestos diferidos y pueden aplicarse penalizaciones por retirada anticipada a las retiradas realizadas antes de los 59 años y medio. Debe consultar con un asesor cuando considere sus opciones o tome decisiones relacionadas con los impuestos. Voya y sus representantes no ofrecen asesoramiento legal y fiscal.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

DEDUCIBLE: Un deducible es la cantidad de dinero que debe pagar antes de que su plan comience a pagar los servicios cubiertos por el coseguro. Algunos servicios, como las visitas al consultorio, que requieren copagos no se aplican al deducible. Por ejemplo, si el deducible de su plan es de \$1,500, pagará el 100 por ciento de los gastos de atención médica elegibles hasta que alcance el deducible de \$1,500. Después de eso, comparte el costo con su plan pagando el coseguro.

COPAGO: Un copago es la cantidad fija en dólares que paga por ciertos servicios dentro de la red en un plan tradicional. En algunos casos, usted puede ser responsable del coseguro después de realizar un copago.

COSEGURO: Su parte de los costos de un servicio de atención médica, que suele calcularse como un porcentaje del monto cobrado por los servicios. Comienza a pagar el coseguro después de haber alcanzado el deducible. Su plan paga un determinado porcentaje de la factura total y usted paga el porcentaje restante.

MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO: Esto es lo máximo que debe pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar esta cantidad en deducibles y coseguro, su plan de salud paga el 100 por ciento de los costos de los beneficios cubiertos. No obstante, deberá abonar determinados gastos fuera de la red que superen los montos razonables y habituales.

FORMULARIO: Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. También llamada lista de medicamentos.

DENTRO DE LA RED: Un grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores de atención médica que tienen un acuerdo con el proveedor de su plan médico. Usted paga una tarifa negociada por los servicios cuando utiliza proveedores dentro de la red.

FUERA DE LA RED: Atención que recibe por parte de un médico, hospital u otro proveedor que no forma parte del acuerdo del plan. Pagará más cuando utilice proveedores fuera de la red, ya que no tienen una tarifa negociada con el proveedor de su plan. También se le puede facturar la diferencia entre lo que el proveedor fuera de la red cobra por los servicios y lo que el proveedor del plan paga por esos servicios.

PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO (HDHP): Este es un tipo de plan médico que requiere que el miembro alcance un deducible antes de que el coseguro cubra los servicios. Todos los gastos pagados por el miembro cuentan para el deducible y el máximo de gastos de bolsillo.

EMISIÓN GARANTIZADA: La cantidad de cobertura que puede recibir sin tener que responder preguntas de salud (Evidencia de asegurabilidad). La emisión garantizada se aplica al plan de vida voluntario y al plan de discapacidad a largo plazo con ampliación de cobertura.

EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD: La Evidencia de Asegurabilidad (EOI) es una solicitud con preguntas médicas que usted completa para ser considerado para ciertos tipos de cobertura de seguro. La evidencia de asegurabilidad se aplica a los planes de discapacidad a largo plazo de vida voluntario y de ampliación de cobertura.

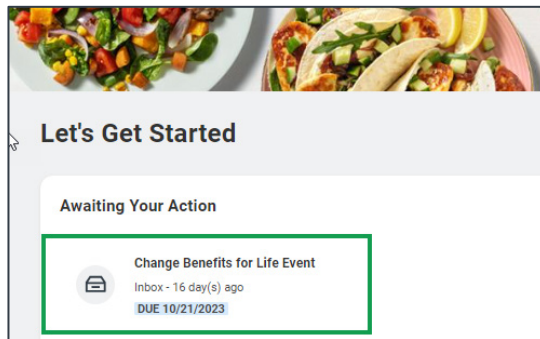
INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS PARA NUEVOS EMPLEADOS



Inscribirse en beneficios

Desde la página de inicio de Workday (<https://wd3.myworkday.com/hellofresh>):

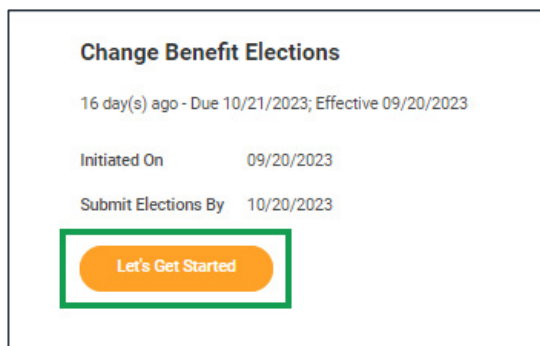
1. Haga clic en la tarea **Change Benefits for Life Event** (Cambio de beneficio por evento de vida) de la sección **Awaiting Your Action** (En espera de la acción).



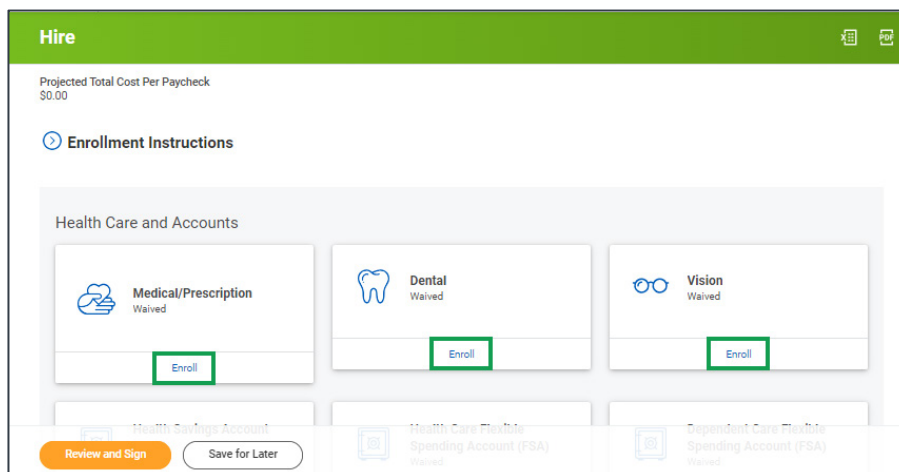
Nota:

Si no puede localizar este elemento de acción, vaya a su bandeja de entrada para localizarlo.

2. Se abrirá su bandeja de entrada. Haga clic en **Let's Get Started** (Comencemos).



3. Se muestra la página de inscripción para contrataciones. Haga clic en **Enroll** (Inscribirse) en cada ícono deseado para elegir el beneficio.



4. Para el plan seleccionado, use los botones de radio para elegir **Select** (Seleccione) o **Waive** (Eximir). Luego haga clic **Confirm and Continue** (Confirmar y continuar).

Plans Available

Select a plan or Waive to opt out of Medical/Prescription. The displayed cost of waived plans assumes coverage for Employee Only.

3 items ☰ ☰

*Selection	Benefit Plan Details	You Pay (Biweekly)	Company Contribution (Biweekly)
<input type="radio"/> Select <input checked="" type="radio"/> Waive	Name	Included	\$ ###

Nota:

Las cuentas se cancelarán de forma predeterminada.

5. Si el plan seleccionado permite dependientes, puede hacer clic en **Add New Dependent** (Agregar nuevo dependiente) y luego hacer clic en **OK** (Aceptar).

Dependents

Add a new dependent or select an existing dependent from the list below.

Coverage * Employee Only

Plan cost per paycheck \$ ###.00

6. Ingrese el **país, el nombre, el apellido, la relación, la fecha de nacimiento y el sexo del dependiente**. Su dirección existente se utilizará de forma predeterminada. Haga clic en la X en la indicación **Use Existing Address** (Use la dirección existente) para agregar una diferente. Haga clic en **Save** (Guardar) para regresar a su selección de plan.

Add My Dependent From Enrollment ☰ ☰

Name

Country *

Prefix

First Name *

Middle Name

Last Name *

Suffix

Allow Duplicate Name

Check this box only when there is more than one dependent with the same name.

National IDs

Click the Add button to enter one or more National Identifiers for this dependent.

Personal Information

Relationship *

Date of Birth *

Age (empty)

Sex *

Full-time Student

Student Status Start Date

Student Status End Date

Disabled

Address

Use Existing Address

Country * United States of America

Address Line 1

Address Line 2

City

State

Postal Code

Phone & Email

Country Phone Code

Phone Number

Phone Extension

Email Address

- Asegúrese de que aparezca la marca de verificación junto a los dependientes agregados y luego haga clic en **Save** (Guardar).

Dependents
Add a new dependent or select an existing dependent from the list below.

Coverage * Employee + Employee's Child(ren)

Plan cost per paycheck

2 Items

Select	Dependent	Relationship	Date of Birth
<input checked="" type="checkbox"/>	Anna Banana	Employee's Child (Biological/Adopted)	06/16/2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Eddy Banana	Employee's Child (Biological/Adopted)	07/25/2015

Nota:

Después de cada elección de plan, aparecerá una ventana emergente que indica que los cambios en sus beneficios se actualizan pero no se envían hasta que haga clic en **Review and Sign** (Revisar y firmar) en la página de inscripción de contratación.

- Los planes de vida y AD&D requieren un beneficiario. Para agregar un beneficiario, haga clic en + y luego agregue un nuevo beneficiario o fideicomiso. Una vez que haya ingresado su beneficiario, seleccione un **Porcentaje**. El total del Beneficiario Primario debe sumar 100%. Los beneficiarios secundarios son opcionales. Haga clic en **Save** (Guardar).

Coverage

Calculated Coverage \$ ###.00

Coverage 1 X Salary

Plan cost per paycheck Included

Beneficiaries

Select an existing or add a new beneficiary person or trust to this plan. You can also adjust the percentage allocation for each beneficiary.

*Primary Beneficiaries 0 Items

Beneficiary	Percentage
No Data	

Secondary Beneficiaries 0 Items

Beneficiary	Percentage
No Data	

Beneficiaries

Select an existing or add a new beneficiary person or trust to this plan. You can also adjust the percentage allocation for each beneficiary.

*Primary Beneficiaries

- Existing Beneficiary Persons
- Existing Trusts
- Add New Beneficiary or Trust
- Search

Percentage

9. Con los botones de radio seleccione **Add New Beneficiary or Trust** (Agregar nuevo beneficiario o fideicomiso) luego haga clic en **Continue** (Continuar).

Add New Beneficiary or Trust (X)

A beneficiary is the person or entity you name to receive this benefit. A trust is an arrangement that allows a third party, or trustee, to hold assets on behalf of a beneficiary or beneficiaries.

Would you like to add a new beneficiary or trust?

Add New Beneficiary
 Add New Trust

Continue **Cancel**

10. Ingrese la **relación** con el beneficiario y los campos necesarios de la pestaña **Legal Name** (Nombre legal). Ingrese su **dirección** en la pestaña **Contact Information** (Información de contacto). Haga clic en **OK** (Aceptar) para guardar.

Add New Beneficiary or Trust

Relationship *

Use as Beneficiary

Date of Birth MM/DD/YYYY

Age (empty)

Sex

Allow Duplicate Name

Legal Name Contact Information National IDs Additional Government IDs

Country * United States of America

Prefix

First Name *

Middle Name

Last Name *

Suffix

OK **Cancel**

Legal Name **Contact Information** National IDs Additional Government IDs

Phone

Address

Nota:

Los campos con un asterisco rojo son obligatorios.

11. Cuando haya terminado de inscribirse en sus beneficios, haga clic en **Review and Sign** (Revisar y firmar).

Review and Sign **Save for Later**

Nota:

Tiene la opción de seleccionar la dirección existente para el beneficiario.

12. Revise sus elecciones de beneficios en la página View Summary (Consultar resumen)

View Summary

Projected Total Cost Per Paycheck
\$ ###.00

****BENEFIT ELECTIONS REVIEW****

Selected Benefits 12 items

Plan	Coverage Begin Date	Deduction Begin Date	Coverage	Dependents	Beneficiaries	Cost
Medical/Prescription	10/15/2023	10/15/2023	Employee + Spouse	test spouse		\$###.00
Dental	01/09/2023	01/09/2023	Employee Only			\$###.00
Vision	01/09/2023	01/09/2023	Employee Only			\$###.00
Employee Basic Life	01/09/2023	01/09/2023	1 X Salary		Test Spouse	Included

Submit **Cancel**

13. Desplácese hasta el final y seleccione **la casilla de verificación de Acepto**, luego haga clic en **Submit** (Enviar).

Electronic Signature

LEGAL NOTICE: Please Read
Your Name and Password are considered your "Electronic Signature" and will serve as your confirmation of the accuracy of the information being submitted.

When you check the "I AGREE" checkbox, you are certifying that:

- 1) You understand that all benefits you receive are contingent upon you meeting the eligibility criteria for such benefits;
- 2) You understand that your benefit elections are legal and binding transactions;
- 3) You understand that all benefits are contingent upon your enrollment and acceptance by your employer (and/or its designated representative) and the applicable insurance carriers or benefit providers;
- 4) The information that you have provided is complete and accurate;
- 5) You understand that the applicable plan or program document, or certificate control the terms and conditions of each benefit program;
- 6) You agree that your employer has provided you with all health and welfare notices and disclosures required by law;
- 7) You agree that your employer will deduct from your wages all applicable premiums and/or contributions applicable to the benefit program(s) in which you enroll;
- 8) You agree that your employer reserves the right to terminate, suspend, withdraw, amend, or modify all benefit plans and applicable policies in whole or in part at any time subject to applicable law; and
- 9) You agree that your employer reserves the right to terminate or modify benefit coverage for any group of active or retired employees and their dependents or a class of dependents at any time subject to applicable law.

I Accept

Submit Save for Later Cancel

14. Haga clic en el botón **View Benefits Statement** (Consultar declaración de beneficios) para revisar e imprimir.

MENU HELLO FRESH Search

Submitted

You've submitted your elections.

SUBMIT ELECTIONS CONFIRMATION

Important Dates:

Benefits go into effect 10/15/2023
Final day to update benefits 10/12/2023

View 2023 Benefits Statement

Done

Nota:

Revise y asegúrese de que los beneficios y dependientes que seleccionó estén asignados correctamente a cada plan.

15. Haga clic en el botón **Print** (Imprimir) en la parte inferior de la página Submit Elections Confirmation (Confirmación de envío de elecciones). Seleccione **Download** (Descargar) desde la ventana emergente Export Document (Exportar documento). El PDF que contiene sus Elecciones de Beneficios se descargará en su dispositivo. Abra su carpeta de descargas para ver/imprimir/guardar el documento.

Submit Elections Confirmation Hire for Ella Employee

Initiated On 09/28/2023
 Submit Elections By 10/12/2023
 Event Date 10/15/2023

Total Employee Cost/Credit
 \$ ###.00 Biweekly Cost

You have successfully submitted your benefits enrollment. Select Print to launch a printable version

SUBMIT ELECTIONS CONFIRMATION

Elected Coverages 12 items

Benefit Plan	Coverage Begin Date	Deduction Begin Date	Coverage	Cost
Medical/Prescription - Cigna OAP Traditional \$1,500 Deductible	10/15/2023	10/15/2023	Employee + Spouse	
Dental - Cigna	01/09/2023	01/09/2023	Employee Only	
Vision - EyeMed	01/09/2023	01/09/2023	Employee Only	\$ ###.00
Employee Basic Life - UNUM (Employer Paid) (Employee)	01/09/2023	01/09/2023	1 X Salary	\$ ####.00
			Test Spouse	\$ ###.00

Print

Export Document

Download

Si tiene preguntas o necesita ayuda con su inscripción, comuníquese con el Centro de conexión de nómina y beneficios de Hello Fresh al 877-431-7867 (1-877-HF1STOP)

AVISOS DEL PLAN DE SALUD

ÍNDICE

1. Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare
2. Aviso completo de política y procedimientos de privacidad de HIPAA
3. Aviso de derechos especiales de inscripción
4. Aviso general COBRA
5. Aviso del derecho a designar un proveedor de atención primaria y de no obligación de autorización previa para la atención de obstetricia y ginecología
6. Aviso sobre los derechos de las mujeres en materia de salud y cáncer
7. Aviso sobre la Ley Michelle
8. Ayuda para el pago de primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

AVISO IMPORTANTE

Este paquete de notificaciones relacionadas con nuestro plan de atención médica incluye una notificación relativa a la comparación de la cobertura de medicamentos con receta del plan con la Parte D de Medicare. Si usted o un familiar cubierto también está inscrito en las Partes A o B de Medicare, pero no en la Parte D, debe leer atentamente la notificación de la Parte D de Medicare. Se titula "Important Notice From Hello Fresh About Your Prescription Drug Coverage and Medicare" (Aviso importante de Hello Fresh sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare).

AVISO IMPORTANTE DE HELLOFRESH SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con HelloFresh y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Si ni usted ni ninguno de sus dependientes cubiertos son elegibles o tienen Medicare, este aviso no se aplica a usted ni a sus dependientes, según sea el caso. Sin embargo, aún debe conservar una copia de este aviso en caso de que usted o un dependiente califiquen para la cobertura de Medicare en el futuro. Tenga en cuenta, no obstante, que avisos posteriores podrían sustituir a este aviso.

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare pasó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, como mínimo, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura a cambio de una prima mensual más elevada.

2. HelloFresh ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan de Salud para Empleados de HelloFresh ("Plan"), en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como lo que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y se considera una cobertura de medicamentos recetados "acreditable". Esto es importante por las razones que se describen a continuación.

Dado que su cobertura actual es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima

más alta (una penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, siempre y cuando se inscriba más adelante dentro de unos plazos específicos.

Inscripción en Medicare: Reglas generales

Como antecedentes, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare. Si cumple los requisitos para Medicare debido a su edad, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare durante un período de inscripción inicial de siete meses. Ese período comienza tres meses antes de cumplir los 65 años, incluye el mes en que los cumple y continúa durante los tres meses siguientes. Si tiene derecho a Medicare por discapacidad o enfermedad renal terminal, su período de inscripción inicial en la Parte D de Medicare dependerá de la fecha de inicio de su discapacidad o tratamiento. Para obtener más información, póngase en contacto con Medicare en el siguiente número de teléfono o dirección web.

Inscripción tardía y multa por inscripción tardía Si decide esperar para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, puede inscribirse más tarde, durante el período de inscripción anual de la Parte D de Medicare, que se extiende cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Pero, por regla general, si retrasa su inscripción en la Parte D de Medicare, después de cumplir los requisitos para inscribirse por primera vez, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una penalización).

Si después de su período inicial de inscripción en la Parte D de Medicare pasa **63 días seguidos o más sin una cobertura de medicamentos recetados "acreditable"** (es decir, una cobertura de medicamentos recetados que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare), su prima mensual de la Parte D puede aumentar al menos un 1 % de la prima que habría pagado si se hubiera inscrito a tiempo, por cada mes que no haya tenido una cobertura acreditable.

Por ejemplo, si después del período de inscripción inicial de la Parte D de Medicare pasa 19 meses sin cobertura, su prima puede ser al menos un 19 % más alta que la prima que habría pagado de otro modo. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta durante todo el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. No obstante, existen algunas excepciones importantes a la penalización por inscripción tardía.

Excepciones a la penalización por inscripción tardía en el Período Especial de Inscripción

Existen "períodos de inscripción especial" que le permiten añadir la cobertura de la Parte D de Medicare meses o incluso años después de haber cumplido los requisitos para ello, sin penalización. Por ejemplo, si después del período de inscripción inicial de la Parte D de Medicare usted pierde o decide dejar la cobertura médica patrocinada por la empresa o el sindicato que incluye la cobertura de medicamentos recetados "acreditable", podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en ese momento.

Además, si pierde otra cobertura acreditable de medicamentos recetados (como la de una póliza individual) por causas ajenas a su voluntad, podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, también sin penalización. Estos períodos especiales de inscripción finalizan dos meses después del mes en que termina su otra cobertura.

Comparar cobertura

Debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su zona. Consulte la descripción resumida del Plan Hello Fresh para obtener un resumen de la cobertura de medicamentos recetados del Plan. Si no tiene una copia, puede obtener una comunicándose con nosotros al número de teléfono o dirección que se indica a continuación.

Coordinación de otras coberturas con Medicare Parte D

En términos generales, si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está cubierto por el Plan Hello Fresh debido a su empleo (o el empleo de otra persona, como un cónyuge o uno de sus padres), su cobertura bajo el Plan Hello Fresh no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, el Plan pagará primero los beneficios de medicamentos recetados y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Si desea más información sobre esta cuestión de qué programa paga primero y qué programa paga después, consulte el resumen de la descripción del plan o póngase en contacto con Medicare en el número de teléfono o la dirección de Internet que figuran a continuación.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura de medicamentos recetados de Hello Fresh, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura. Para recuperar la cobertura tendría que volver a inscribirse en el Plan, de conformidad con las normas de elegibilidad e inscripción del Plan. Debe consultar el resumen de la descripción del plan para determinar si puede añadir cobertura y cuándo.

Si desea más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados...

Comuníquese con la persona que figura a continuación para obtener más información.

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo periodo en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de Hello Fresh. También puede solicitar una copia.

Para más información sobre sus opciones de cobertura de los medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare & You" (Medicare y usted). Medicare le enviará anualmente por correo un ejemplar del manual. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan directamente en contacto con usted.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada interior del manual "Medicare & You" (Medicare y usted) para obtener ayuda personalizada,
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en socialsecurity.gov o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y si se le exige o no el pago de una prima más elevada (una penalización).

Fecha: 1 de enero de 2024
Nombre de la Entidad/Remitente: Bernie Lipman
Contacto—Cargo/Oficina: Dirección del Director de Beneficios:
28 Liberty Street
New York, NY 10005

La presente notificación no le otorga a usted ni a sus dependientes el derecho a la cobertura del Plan. Su derecho (o el de sus dependientes) a la cobertura del Plan se determina exclusivamente en virtud de los términos del Plan.

HELLOFRESH

AVISO IMPORTANTE

AVISO COMPLETO DE POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISELO DETENIDAMENTE.

Este aviso se le proporciona en nombre de:

Plan de Beneficios de Salud y Bienestar HelloFresh*

* Este aviso se refiere únicamente a la cobertura médica proporcionada por el plan.

Obligación del Plan de Salvaguardar su Información Sanitaria Protegida

La información personal identificable sobre su estado de salud pasado, presente o futuro, la prestación de asistencia sanitaria o el pago de esta se considera "Información Médica Protegida" ("PHI"). El Plan está obligado a extender ciertas protecciones a su PHI y a entregarle este aviso sobre sus prácticas de privacidad que explica cómo, cuándo y por qué el Plan puede usar o divulgar su PHI. Excepto en circunstancias específicas, el Plan podrá utilizar o divulgar únicamente la información PHI mínima necesaria para cumplir con el propósito del uso o divulgación.

El Plan está obligado a seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso, aunque se reserva el derecho de cambiar dichas prácticas y los términos de este aviso en cualquier momento. Si lo hace, y el cambio es sustancial, recibirá una versión revisada de este aviso en mano, por correo a su última dirección conocida o de otra forma. Esta notificación, y cualquier revisión sustancial de esta, también se le proporcionará por escrito si así lo solicita (pregunte a su representante de Recursos Humanos, o póngase en contacto con el Responsable de Privacidad del Plan, descrito más adelante), y se publicará en cualquier sitio web mantenido por Hello Fresh que describa los beneficios disponibles para empleados y dependientes.

Es posible que también reciba uno o varios avisos de confidencialidad de las compañías de seguros que brindan beneficios bajo el Plan. Dichas notificaciones describirán la forma en que las compañías de seguros utilizan y divulgan la PHI y sus derechos con respecto a la PHI que conservan.

Cómo el plan puede usar y divulgar su información médica protegida

El Plan usa y divulga PHI por una variedad de razones. Para sus usos y divulgaciones rutinarios no requiere su autorización, pero para otros usos y divulgaciones puede ser necesaria su autorización (o la autorización de su representante personal, por ejemplo, una persona que sea su custodio, tutor o tenga su poder notarial). A continuación se ofrecen más descripciones y ejemplos de los usos y divulgaciones de su PHI por parte del Plan.

- Usos y divulgaciones relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

- **Tratamiento:** En general, y como es de esperar, el Plan está autorizado a divulgar su PHI para fines de su tratamiento médico. Así, puede divulgar su PHI a médicos, enfermeras, hospitales, técnicos de urgencias médicas, farmacéuticos y otros profesionales sanitarios cuando la divulgación sea para su tratamiento médico. Por ejemplo, si se lesiona en un accidente y es importante que su equipo de tratamiento conozca su grupo sanguíneo, el Plan podría divulgar esa PHI al equipo para que pueda brindarle un tratamiento más eficaz.
- **Pago:** Por supuesto, la función más importante del Plan, en lo que a usted se refiere, es que paga toda o parte de la atención médica que recibe (siempre que la atención esté cubierta por el Plan). En el curso de sus operaciones de pago, el Plan recibe una cantidad sustancial de PHI sobre usted. Por ejemplo, los médicos, hospitales y farmacias que le brindan atención envían al Plan información detallada sobre la atención que le han prestado, para que se les pueda pagar por sus servicios. El Plan también puede compartir su PHI con otros planes en determinados casos. Por ejemplo, si está cubierto por más de un plan de atención médica (por ejemplo, cubierto por este Plan y el plan de su cónyuge o cubierto por los planes que cubren a su padre y a su madre), podemos compartir su PHI con los otros planes para coordinar el pago de sus reclamaciones.
- **Operaciones de atención médica:** El Plan puede usar y divulgar su PHI durante sus "operaciones de atención médica". Por ejemplo, puede utilizar su PHI para evaluar la calidad de los servicios que recibió o revelar su PHI a un contador o abogado con fines de auditoría. En algunos casos, el Plan puede divulgar su PHI a las compañías de seguros con el fin de obtener diversas coberturas de seguros. Sin embargo, el Plan no divulgará, con fines de suscripción, la PHI que sea información genética.
- **Otros usos y divulgaciones de su PHI que no requieren autorización.** La ley establece que el Plan puede utilizar y divulgar su PHI sin autorización en las siguientes circunstancias:
- **Al Patrocinador del Plan:** El Plan puede divulgar la PHI a los empleadores (como HelloFresh) que patrocinan o mantienen el Plan en beneficio de los empleados y dependientes. Sin embargo, la PHI solo podrá utilizarse para fines limitados, y no podrá utilizarse para fines de acciones o decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados de los empleadores. La PHI podrá divulgarse a: el Departamento de Recursos Humanos o de beneficios para empleados, a efectos de inscripciones y cancelaciones de inscripciones, censos, resolución de reclamos y otros asuntos relacionados con la administración del Plan; el Departamento de Nóminas, a efectos de garantizar las deducciones adecuadas de las nóminas y otros pagos por parte de las personas cubiertas para su cobertura; el Departamento de Tecnología de la Información, según sea necesario para la preparación de compilaciones de datos e informes relacionados con la administración del Plan; el Departamento Financiero, a efectos de conciliar los pagos adecuados de primas al Plan y beneficios del mismo, y otros asuntos relacionados con la administración del Plan; el asesor jurídico interno, para ayudar en la resolución de reclamaciones, coberturas y otras disputas relacionadas con la prestación de beneficios del Plan.
- **A los Proveedores de Servicios del Plan:** El Plan puede divulgar su PHI a sus proveedores de servicios ("socios comerciales") que realizan pagos de reclamos y servicios de administración del plan. El Plan requiere un contrato por escrito que obliga al socio comercial a salvaguardar y limitar el uso de la PHI.
- **Obligatorio por ley:** El Plan podrá divulgar la PHI cuando una ley exija que se comunique información sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, o relacionada con sospechas de actividad delictiva, o en respuesta a una orden judicial. También debe revelar la PHI a las autoridades que supervisan el cumplimiento de estos requisitos de privacidad.
- **Para actividades de salud pública:** El Plan puede divulgar PHI cuando sea necesario para recopilar información sobre enfermedades o lesiones, o para informar estadísticas vitales a la autoridad de salud pública.
- **Para actividades de vigilancia de la salud:** El Plan puede divulgar la PHI a las agencias o departamentos responsables de monitorear el sistema de atención médica con fines tales como informar o investigar incidentes inusuales.
- **En relación con los difuntos:** El Plan puede divulgar PHI relacionada con la muerte de una persona a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, y a organizaciones de obtención de órganos relacionadas con donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.
- **Para fines de investigación:** En determinadas circunstancias, y bajo la estricta supervisión de una junta de privacidad, el Plan puede divulgar la PHI para ayudar a la investigación médica y psiquiátrica.
- **Para evitar amenazas a la salud o la seguridad:** A fin de evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad, el Plan podrá divulgar la Información Médica Protegida según sea necesario a las autoridades policiales u otras personas que puedan prevenir o disminuir razonablemente la amenaza de daño.
- **Para Funciones Gubernamentales Específicas:** El Plan puede divulgar la PHI del personal militar y los veteranos en determinadas situaciones, a instituciones correccionales en determinadas situaciones, a programas gubernamentales relacionados con la elegibilidad y la inscripción, y por motivos de seguridad nacional.
- **Usos y divulgaciones que requieren autorización:** Para usos y divulgaciones más allá de los fines de tratamiento, pago y operaciones, y por motivos no incluidos en una de las excepciones descritas anteriormente, el Plan debe contar con su autorización por escrito. Por ejemplo, los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, los usos y divulgaciones de PHI con fines de marketing y las divulgaciones que constituyan una venta de PHI requerirían su autorización. Su autorización puede ser revocada en cualquier momento para detener futuros usos y divulgaciones, excepto en la medida en que el Plan ya haya emprendido una acción basándose en su autorización.
- **Usos y divulgaciones que requieren que usted tenga la oportunidad de oponerse:** El Plan puede compartir la PHI con su familia, amigo u otra persona involucrada en su atención o en el pago de su atención. También podemos compartir la PHI con estas personas para notificarles su ubicación, estado general o fallecimiento. Sin embargo, el Plan puede divulgar su PHI solo si le informa sobre la divulgación por adelantado y usted no se opone (pero si hay una situación de emergencia y no se le puede dar la oportunidad de oponerse, la divulgación se puede hacer si es coherente con cualquier deseo expresado anteriormente y se determina que la divulgación es en su mejor interés; se le debe informar y dar la oportunidad de oponerse a la divulgación adicional tan pronto como pueda hacerlo).

Sus derechos en relación con su información médica protegida

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con su información médica protegida:

- **Para solicitar restricciones sobre usos y divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar que el Plan limite la forma en que usa o divulga su PHI. El Plan estudiará su solicitud, pero no está obligado legalmente a aceptar la restricción. En la medida en que acepte cualquier restricción sobre el uso o divulgación de su PHI, pondrá el acuerdo por escrito y lo cumplirá, salvo en situaciones de emergencia. El Plan no puede aceptar limitar los usos o divulgaciones que exige la ley.

- Para elegir cómo se comunicará el plan con usted: Tiene derecho a solicitar que el Plan le envíe información a una dirección alternativa o por un medio alternativo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito al Responsable de Protección de Datos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted. El Plan debe aceptar su solicitud siempre que le resulte razonablemente fácil atenderla.
- Para inspeccionar y copiar su PHI: A menos que su acceso esté restringido por razones de tratamiento claras y documentadas, tiene derecho a ver su PHI en posesión del Plan o de sus proveedores si presenta su solicitud por escrito. El Plan, o alguien en nombre del Plan, responderá a su solicitud, normalmente en un plazo de 30 días. Si se deniega su solicitud, recibirá por escrito los motivos de la denegación y una explicación de cualquier derecho a que se revise la denegación. Si desea copias de su PHI, es posible que se le imponga un cargo por las copias, pero puede quedar exento, dependiendo de sus circunstancias. Tiene derecho a elegir qué partes de su información desea que se copien y a recibir, previa solicitud, información previa sobre el costo de las copias.
- Para solicitar la modificación de su PHI: Si cree que hay un error o falta información en un registro de su PHI en poder del Plan o de uno de sus proveedores, puede solicitar por escrito que se corrija o complemente el registro. El Plan o alguien en su nombre responderá, normalmente en un plazo de 60 días a partir de la recepción de su solicitud. El Plan podrá denegar la solicitud si se determina que la Información Médica Protegida es: (i) correcta y completa; (ii) no fue creada por el Plan o su proveedor o no forma parte de los registros del Plan o del proveedor; o (iii) no se permite su divulgación. En toda denegación se indicarán los motivos de esta y se le explicarán sus derechos a que se adjunte a su PHI la solicitud y la denegación, junto con cualquier declaración de respuesta que usted facilite. Si se aprueba la solicitud de enmienda, el Plan o el proveedor, según sea el caso, cambiará la PHI y así le informará a usted y a otras personas que necesiten saber sobre el cambio en la PHI.
- Para averiguar qué divulgaciones se han realizado: Usted tiene derecho a obtener una lista de cuándo, a quién, con qué propósito y qué parte de su PHI ha sido divulgada por el Plan y sus proveedores, aparte de los casos de divulgación para los cuales usted dio autorización, o los casos en que la divulgación se hizo a usted o a su familia. Además, la lista de divulgación no incluirá divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La lista tampoco incluirá ninguna divulgación realizada con fines de seguridad nacional, a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley o a centros penitenciarios, o antes de la fecha de aplicación de las normas federales de privacidad al Plan. Normalmente, recibirá una respuesta a su solicitud por escrito de dicha lista en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que la solicite por escrito. Su solicitud puede referirse a divulgaciones que se remontan hasta seis años atrás. Hasta un máximo de una lista de este tipo al año será gratuita. Puede haber un cargo por solicitudes más frecuentes.

Cómo presentar una queja sobre las prácticas de privacidad del plan

Si cree que el Plan o uno de sus proveedores puede haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión tomada por el Plan o un proveedor sobre el acceso a su PHI, puede presentar una queja ante la persona indicada en la sección que se encuentra inmediatamente abajo. También puede presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La ley no permite que nadie tome represalias contra usted si presenta tales denuncias.

Notificación de una violación de la privacidad

Cualquier persona cuya PHI no protegida se haya utilizado, accedido, adquirido o divulgado de forma no autorizada, o se crea razonablemente que se ha utilizado, recibirá una notificación por escrito del Plan dentro de los 60 días posteriores al descubrimiento de la infracción.

Si la infracción afecta a 500 o más residentes de un Estado, el Plan lo notificará a los medios de comunicación destacados del Estado. El Plan mantendrá un registro de las infracciones de seguridad e informará esta información al HHS anualmente. El Plan debe informar inmediatamente al HHS si una infracción de la seguridad afecta a 500 personas o más.

Persona de contacto para obtener información o presentar una denuncia

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con el Responsable de Privacidad del Plan o con el/ los Responsable(s) Adjunto(s) de Privacidad (véase más abajo). Si tiene alguna queja sobre las prácticas de privacidad del Plan, el manejo de su PHI o el proceso de notificación de incumplimiento, comuníquese con el Funcionario de Privacidad o un Subfuncionario de Privacidad autorizado.

Funcionario de Privacidad

El Funcionario de Privacidad del Plan, la persona responsable de garantizar el cumplimiento de este aviso, es:

Bernie Lipman
Director de Beneficios

Fecha efectiva

La fecha efectiva de este aviso es: 1 de enero de 2024.

PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA DEL EMPLEADO HELLOFRESH

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura de un plan médico colectivo, es posible que pueda inscribirse más adelante y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para ese otro cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o la de sus dependientes).

La pérdida de elegibilidad incluye, entre otras:

- Pérdida del derecho a la cobertura por dejar de cumplir los requisitos de elegibilidad del plan (por ejemplo, divorcio, cese de la situación de dependencia, fallecimiento de un empleado, cese de la relación laboral, reducción del número de horas de trabajo);
- pérdida de la cobertura de la HMO porque la persona ya no reside o ya no trabaja en el área de servicio de la HMO y no hay otra opción de cobertura disponible a través del patrocinador del plan de la HMO;
- eliminación de la opción de cobertura en la que estaba inscrita una persona y no se ofrece otra opción en su lugar;
- no regresar de un permiso de ausencia FMLA; y
- pérdida de elegibilidad bajo Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP).

A menos que el acontecimiento que dé lugar a su derecho de inscripción especial sea la pérdida de su derecho a Medicaid o CHIP, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 31 días a partir de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o a partir de que la empresa que patrocina dicha cobertura deje de aportar a esta).

Si el hecho que da lugar a su derecho de inscripción especial es la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP, puede solicitar la inscripción en este plan en un plazo de 60 días a partir de la

fecha en que usted o sus dependientes pierdan dicha cobertura de Medicaid o CHIP. Del mismo modo, si usted o sus dependientes reúnen los requisitos para recibir un subsidio de prima concedido por el estado para este plan, puede solicitar la inscripción en este plan en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que Medicaid o CHIP determinen que usted o sus dependientes reúnen los requisitos para recibir el subsidio.

Además, si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la afiliación en los 31 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con:

Bernie Lipman Director de Beneficios

* Este aviso es relevante para las coberturas de atención médica sujetas a las normas de portabilidad de la HIPAA.

AVISO GENERAL COBRA

Asunto: DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

Introducción

¿Qué es la continuación de la cobertura COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, terminaría debido a un evento de la vida. A esto también se le llama "evento que califica". Los eventos que califican específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento que califica, se debe ofrecer la continuación de la cobertura COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento que califica. Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura COBRA deben pagar la continuación de la cobertura COBRA.

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.
- Si es cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:
 - su cónyuge muere;
 - se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
 - el empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
 - su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o
 - se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.
- sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos que califican:
 - El padre-empleado muere;
 - se reducen las horas de trabajo del padre-empleado;
 - el empleo del padre-empleado finaliza por cualquier motivo que no sea su falta grave;
 - El padre-empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);

- los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que ha ocurrido un evento que califica. El empleador debe notificar al Administrador del Plan de los siguientes eventos que califican:

- el cese de la relación laboral o la reducción de las horas de trabajo.
- muerte del empleado,
- Que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 0 días posteriores a que ocurra el evento que califica. Debe proporcionar este aviso por escrito al Administrador del Plan. Cualquier aviso que proporcione debe indicar el nombre del plan o planes bajo los cuales perdió o está perdiendo cobertura, el nombre y dirección del empleado cubierto bajo el plan, los nombres y direcciones de los beneficiarios calificados, el evento que califica y la fecha en que este ocurrió. El Administrador del Plan le indicará que proporcione la documentación adecuada como prueba del evento. .

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba una notificación de que ha ocurrido un evento que califica, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

También hay formas en las que se puede extender este período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA: Extensión por discapacidad del período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA. Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA. Si cree que es elegible para esta extensión, comuníquese con el Administrador del Plan.

Segunda extensión por evento que califica del período de continuación de cobertura de 18 meses

Si su familia experimenta otro evento que califica durante los 18 meses de continuación de cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan acerca del segundo evento que clasifica. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que obtengan la continuación de la cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente;

o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento que califica podría haber causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento que califica.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de Cobertura COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura COBRA, es posible que existan otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de seguros médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de seguro médico para niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud colectivos (como el plan de su cónyuge) a través de lo que se denomina "período especial de inscripción". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B, que comienzan en una de las siguientes circunstancias, la que ocurra primero:

- El mes después de que termine su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo en base en la finalización del empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de la cobertura COBRA en su lugar, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y es posible que tenga una brecha en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no se puede suspender debido al derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la cobertura de continuación de COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tiene preguntas

Las preguntas relativas a su plan o a sus derechos de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos indicados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud colectivos, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. de su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su Plan informado sobre cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. Asimismo, debe conservar una copia, para su archivo, de todas las notificaciones que envíe al administrador del Plan o a la persona que éste designe.

Información de contacto del Plan

Para obtener información adicional sobre sus derechos de continuación de cobertura COBRA, comuníquese con el Administrador del Plan a continuación:

Bernie Lipman
Director de Beneficios

NOTIFICACIÓN DEL DERECHO A DESIGNAR PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LA NO OBLIGACIÓN DE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA LA ATENCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Por lo general, el Plan de Salud para Empleados de HelloFresh permite la designación de un médico de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con el emisor del plan al 1-844-375-4194. Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa del Plan de atención médica para empleados de HelloFresh ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. No obstante, el profesional de atención médica puede estar obligado a cumplir determinados procedimientos, como obtener autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con el Plan de Salud para Empleados de HelloFresh:

Bernie Lipman
Director de Beneficios

AVISO SOBRE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES EN MATERIA DE SALUD Y CÁNCER

El Plan de Salud para Empleados de HelloFresh está obligado por ley a proporcionarle el siguiente aviso:

AVISO SOBRE LA LEY MICHELLE

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998 establece ciertas protecciones para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía. La cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico que atiende a la paciente y la paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- prótesis; y
- tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

El Plan de Salud para Empleados HelloFresh proporciona cobertura médica para las mastectomías y los procedimientos relacionados arriba indicados, sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros:

Plan Cigna Medical Traditional OAP \$1,500	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible Individual	\$1,500	\$3,000
Deducible familiar	\$3,750	\$7,500
Coseguro	20%	40%

Plan Cigna Medical Traditional OAP \$4,000	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible Individual	\$4,000	\$8,000
Deducible familiar	\$8,000	\$16,000
Coseguro	30%	50%

Plan Cigna Medical HDHP \$1,600	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible Individual	\$1,600	\$4,000
Deducible familiar	\$3,200	\$8,000
Coseguro	10%	30%

Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, consulte el Resumen de la Descripción del Plan o póngase en contacto con el Administrador del Plan.

(Para acompañar la certificación de la condición de estudiante dependiente)

La Ley Michelle es una ley federal que exige que determinados planes de salud colectivos mantengan la elegibilidad de los hijos adultos dependientes que sean estudiantes de un centro de enseñanza postsecundaria, cuando de otro modo los hijos dejarían de ser considerados estudiantes elegibles debido a una baja escolar por necesidad médica. En tal caso, el plan debe continuar tratando al niño como elegible hasta que alguna de las siguientes opciones ocurra primero:

- La fecha en que se cumpla un año de la fecha de inicio de la baja por necesidad médica; o
- la fecha en la que, de lo contrario, finalizaría la cobertura en virtud del plan.

Para que se apliquen las protecciones de la Ley de Michelle, el niño debe:

- Ser hijo dependiente, según las condiciones del plan, de un participante o beneficiario; y
- Haber estado inscrito en el plan, y como estudiante en una institución educativa postsecundaria, inmediatamente antes del primer día de la licencia médicamente necesaria.

“Permiso de ausencia médicamente necesario” se refiere a cualquier cambio en la inscripción en la escuela postsecundaria que comienza mientras el niño sufre una enfermedad o lesión grave, es necesario desde el punto de vista médico y hace que el niño pierda la condición de estudiante para los fines de la cobertura en virtud de la plan.

Si cree que su hijo es elegible para esta elegibilidad continua, debe proporcionar al plan una certificación por escrito de su médico tratante de que el niño sufre una enfermedad o lesión grave y que el permiso de ausencia es médicamente necesario.

Si tiene alguna pregunta sobre la información contenida en este aviso o sobre el derecho de su hijo a la cobertura continuada de la Ley Michelle, debe ponerse en contacto con Bernie Lipman, Director de Beneficios.

Ayuda para el pago de primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos tienen derecho a Medicaid o CHIP y usted tiene derecho a la cobertura médica de su empresa, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de primas que pueda ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de ayuda para el pago de primas, pero sí podrán contratar un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los Estados que se indican a continuación, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado para averiguar si dispone de ayuda para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlos. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por la empresa.

Si usted o sus dependientes tienen derecho a la ayuda para el pago de las primas de Medicaid o CHIP, así como al plan de su empresa, ésta debe permitirle inscribirse en el plan de su empresa si aún no lo ha hecho. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que es elegible para recibir la ayuda para el pago de las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empresa, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede optar a una ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empresa. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

<p>Medicaid de ALABAMA</p> <p>Sitio web: http://myalhipp.com/</p> <p>Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p>Medicaid de CALIFORNIA</p> <p>Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIP) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p>
<p>Medicaid de ALASKA</p> <p>Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de AK</p> <p>Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>	<p>COLORADO Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</p> <p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Relé estatal 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Relé estatal 711 Programa de Ampliación de Cobertura de Seguro Médico (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>
<p>Medicaid de ARKANSAS</p> <p>Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIP (855-692-7447)</p>	<p>Medicaid de FLORIDA</p> <p>Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
<p>Medicaid de GEORGIA</p> <p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, opción 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, opción 2</p>	<p>CHIP y Medicaid de MASSACHUSETTS</p> <p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>

<p align="center">Medicaid de INDIANA</p> <p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Cualquier otro plan Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono 1-800-457-4584</p>	<p align="center">Medicaid de MINNESOTA</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>
<p align="center">Medicaid y CHIP (Hawki) de IOWA</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p align="center">Medicaid de MISSOURI</p> <p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center">Medicaid de KANSAS</p> <p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p align="center">Medicaid de MONTANA</p> <p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>
<p align="center">Medicaid de KENTUCKY</p> <p>Programa de Pago de Primas de Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov</p>	<p align="center">Medicaid de NEBRASKA</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p align="center">Medicaid de Luisiana</p> <p>Sitio web: www.medicicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p align="center">Medicaid de NEVADA</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfnv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
<p align="center">Medicaid de MAINE</p> <p>Sitio web para la inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé de Maine 711 Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: -800-977-6740. TTY: Relé de Maine 711</p>	<p align="center">Medicaid de NEW HAMPSHIRE</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, extensión 5218</p>
<p align="center">Medicaid y CHIP de NUEVA JERSEY</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p align="center">Medicaid de DAKOTA DEL SUR</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p align="center">Medicaid de NUEVA YORK</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>	<p align="center">Medicaid de TEXAS</p> <p>Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Servicios Humanos y de Salud de Texas Teléfono: 1-800-440-0493</p>
<p align="center">Medicaid de CAROLINA DEL NORTE</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p align="center">Medicaid y CHIP de UTAH</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669</p>

<p>Medicaid de DAKOTA DEL NORTE</p> <p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825</p>	<p>Medicaid de VERMONT</p> <p>Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427</p>
<p>Medicaid y CHIP de OKLAHOMA</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Medicaid y CHIP de VIRGINIA</p> <p>Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p>Medicaid de OREGÓN</p> <p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p>Medicaid de WASHINGTON</p> <p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>
<p>Medicaid de PENNSILVANIA</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de seguro médico para niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>Medicaid de VIRGINIA OCCIDENTAL</p> <p>Sitio web: https://dhr.vv.gov/bms/ http://mywvhpp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p>Medicaid y CHIP de RHODE ISLAND</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (línea directa de Rite Share)</p>	<p>Medicaid y CHIP de WISCONSIN</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p>Medicaid de CAROLINA DEL SUR</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Medicaid de WYOMING</p> <p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia a las primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, póngase en contacto con cualquiera de ellos:

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del
Departamento de Trabajo de EE. UU.
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que un organismo federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, no obstante cualquier otra disposición legal, ninguna persona podrá ser sancionada por incumplir una recogida de información si ésta no muestra un número de control OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Se calcula que la carga que supone para el público esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se invita a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, NW., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

CONTACTOS



Plan Médico/Rx: Cigna

Número de grupo 3345209
Servicios para los miembros 877-501-7990
Sitio web (Antes de la inscripción) cigna.com
Sitio web (después de la inscripción) mycigna.com

Cuenta de Ahorro para la Salud: HSA Bank a través de Cigna

Servicios para los miembros 877-501-7990
Sitio web mycigna.com

Plan dental: Cigna

Número de grupo 3345209
Servicios para los miembros 877-501-7990
Sitio web (antes de la inscripción) cigna.com
Sitio web (después de la inscripción) mycigna.com

Plan de la vista: EyeMed

Número de grupo 1029949
Servicios para los miembros 866-800-5457
Sitio web eyemed.com

Vida y discapacidad: UNUM

Servicios para los miembros 800-421-0344
Reclamos Seguro de vida/AD&D 800-445-0402
STD/LTD 866-868-6737
Número de grupo STD/LTD/Vida y AD&D: 652467
Ampliación de cobertura de LTD (EE pagado): 878328
Seguro voluntario de vida/AD&D: 690158
Sitio web Seguro de Vida y AD&D: unum.com
Vida y discapacidad: portal.unum.com

FSA y gastos de transporte: Flores

Número de grupo 1000278614
Servicios para los miembros 800-532-3327
Sitio web flores247.com

Sitio web de beneficios de HelloFresh

Sitio web myhellofreshbenefits.com



Seguro Voluntario de Accidente e Indemnización Hospitalaria: Unum

Servicios para los miembros 800-635-5597
Sitio web unum.com

Plan 401(k): Voya

Número de grupo 551637
Numero de verificación 55163799
Servicios de Inscripción 888-311-9487
Servicios para los miembros 800-584-6001
Servicios de reinversión 866-865-2660
Sitio web de los participantes VoyaRetirementPlans.com
Sitio web de inscripción enroll.voya.com

COBRA: Flores

Servicios para los miembros 800-532-3327
Sitio web flores247.com

Programa de Asistencia al Empleado: UNUM

Servicios para los miembros 800-854-1446
Sitio web unum.com/lifebalance

Medical Bill Saver: HealthAdvocate/UNUM

Servicios para los miembros 866-799-2655

Programa de asistencia en viaje: Assist America/UNUM

Dentro de los EE. UU. 800-872-1414
Fuera de los Estados Unidos 609-986-1234
Dirección de correo electrónico medservices@assistamerica.com

Atención de respaldo de Bright Horizons

Servicios para los miembros 877-242-2737
Sitio web clients.brighthouse.com/hellofresh

Línea de asistencia

Centro de servicios de conexión de nómina y beneficios 877-431-7867 (lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. CST para teléfono y citas, chat web de 8 a.m. a 7 p.m. CST)

Portal de Workday
wd3.myworkday.com

El contenido de esta guía no es exhaustivo ni pretende ser un documento legal.