

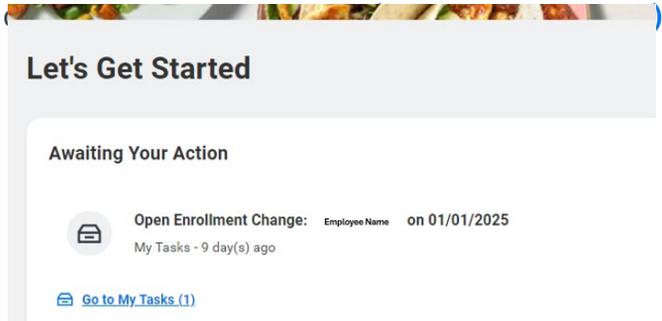


# Inscripción a beneficios para inscripción abierta - Escritorio

## Inscríbese en Beneficios

desde la página de inicio de Workday:

1. Haga clic en la tarea **Open Enrollment Change (Cambio de inscripción abierta)**



**Nota:** Si no puede encontrar 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)**.

### Change Benefits for Open Enrollment

Open Enrollment 11/4/2024-11/18/2024

Choose new plans or re-enroll in the plans you currently have.



3. Si tiene dependientes actuales registrados a quienes les falta información, como su número de seguro social, primero deberá actualizar la información o proporcionar un motivo por el cual el SSN no está disponible. Una vez completado esto, se le llevará a la página de Inscripción Abierta.

### Update Your Information

#### Dependents Missing Social Security Numbers

You have dependents covered under your health care plan without a Social Security Number. Enter their Social Security Number (SSN) or Reason SSN is Not Available if you don't have access to their number at this time.

Dependent	*Social Security Number
test Test	<input type="radio"/> Social Security Number (SSN) <input type="text"/>
	<input checked="" type="radio"/> Reason SSN is Not Available <input type="text" value="Child"/>



4. Se muestra la página de Inscripción Abierta. Haga clic en **Enroll/Manage (Inscribir/Administrar)** en cada mosaico deseado para revisar el beneficio y realizar elecciones/cambios.

Open Enrollment

Projected Total Cost Per Paycheck  
\$726.50

Enrollment Instructions

**Note:** If you receive an error during submission of your benefit elections regarding beneficiaries and are unable to update them through this benefit event. Please initiate a change beneficiaries event and re-submit this event.

Health Care and Accounts

- Medical/Prescription**  
Cigna OAP Traditional \$1,000 Deductible  
Cost per paycheck: \$646.15  
Coverage: Employee Only  
Manage
- Waiving Medical**  
Waived  
Enroll
- Dental**  
Cigna  
Cost per paycheck: \$8.46  
Coverage: Employee Only  
Manage
- Vision**  
Waived  
Enroll
- Voluntary Specified Disease (Critical Illness)**  
Waived  
Enroll
- Voluntary Accident**  
UNIM Option 1 - High-Plan  
Cost per paycheck: \$13.85  
Coverage: Employee Only  
Manage

5. Una vez que haga clic en **Enroll/Manage (Inscribirse/Administrar)**, use los botones de opción para elegir **Select (Seleccionar)** o **Waive** coverage (Renunciar a la cobertura). Luego haga clic en **Confirm (Confirmar) y Continue (Continuar)**. Podrá agregar o eliminar dependientes en la siguiente pantalla (si el plan elegido lo permite).

Medical/Prescription

Projected Total Cost Per Paycheck  
\$1.91

Plans Available

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

2 items

Benefit Plan	*Selection	You Pay (Biweekly)	Company Contribution (Biweekly)
Cigna HDHP \$3,300 Deductible w/HSA	<input type="radio"/> Select <input checked="" type="radio"/> Waive	Included	\$292.14
Cigna OAP Traditional \$1,000 Deductible	<input type="radio"/> Select <input checked="" type="radio"/> Waive	\$50.46	\$271.99

Confirm and Continue Cancel



**Nota:** Las cuentas se establecerán de forma predeterminada en su elección o renuncia actual.

**Nota:** Puede encontrar más información sobre los planes, incluidos los resúmenes de los planes y las instrucciones, en el lado derecho de la pantalla.



6. Si el plan seleccionado permite inscribir dependientes, puede hacer clic en **Add New Dependent (Agregar nuevo dependiente)** y, en la siguiente pantalla, 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

Add New Dependent

6. Ingrese el **País, Nombre, Apellido, Relación, Fecha de nacimiento** y **Sexo** del dependiente. También deberá ingresar su SSN o el motivo por el cual no está disponible. Su dirección existente se usará por defecto. Haga clic en **X** en el mensaje **Use Existing Address (Usar dirección existente)** para agregar una dirección alternativa. Haga clic en **Save (Guardar)** para regresar a su selección de plan.

### Add My Dependent From Enrollment 10/10

#### Name

Country \* x United States of America

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.

#### Personal Information

Relationship \*

Date of Birth \* MM/DD/YYYY

Age (empty)

Sex \*

Full-time Student

Student Status Start Date

Student Status End Date

Disabled

#### National IDs

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

Add

#### Address

Use Existing Address x 23 Address for Ella Employee

Country \* United States of America

Address Line 1 123 Address

Address Line 2

City Address City

State Address State

Postal Code 11111

Save Cancel

#### Phone & Email

Country Phone Code

Phone Number

Phone Extension

Email Address

8. Asegúrese de que la marca de verificación aparezca junto a los dependientes agregados. Siga este proceso para cada dependiente que desee agregar. Para eliminar a un dependiente actualmente cubierto, desmarque la casilla junto a su nombre. Una vez que se hayan agregado todos los dependientes deseados con una marca de verificación, haga clic en **Save (Guardar)**.

**Medical/Prescription - Cigna HDHP \$1,600 Deductible w/HSA**

Projected Total Cost Per Paycheck  
\$1.91

**Dependents**

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

Coverage \* Employee + Employee's Child(ren)

Plan cost per paycheck

Add New Dependent

1 item

Select	Dependent	Relationship	Date of Birth
<input checked="" type="checkbox"/>	test Test	Employee's Child (Biological/Adopted)	04/07/2022

You have dependents covered under your health care plan without a Social Security Number. Enter their Social Security Number (SSN) or Reason SSN is Not Available if you don't have access to their number at this time.

Dependent Social Security Numbers 1 item

Dependent	*Social Security Number
test Test	<input type="radio"/> Social Security Number (SSN) <input type="text"/>

Save Cancel



**Nota:** Después de cada elección de plan, aparecerá una ventana emergente indicando que los cambios en sus beneficios se actualizaron, pero no se enviaron hasta que haga clic en **Review and Sign (Revisar y firmar)** en la página de inscripción.



**Nota:** Si al dependiente le falta un número de seguro social, recibirá un mensaje para ingresarlo o proporcionar un motivo para dejarlo en blanco.

9. Los planes de vida y AD&D requieren un beneficiario. Para agregar un beneficiario, haga clic en Enroll/Manage (Inscribir/Administrar) en el mosaico del plan, Confirm and Continue (Confirmar y Continuar), luego haga clic en **+** y luego agregue un nuevo beneficiario o fideicomiso. Una vez que se haya ingresado su beneficiario, seleccione un **Porcentaje**. El total de Beneficiarios Primarios 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	

Save Cancel

**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

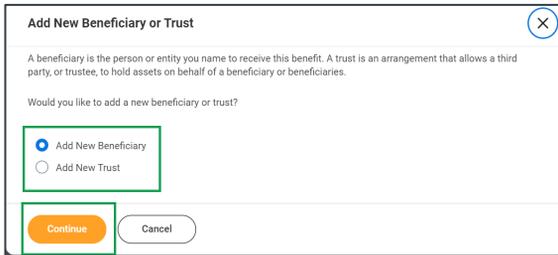
Percentage



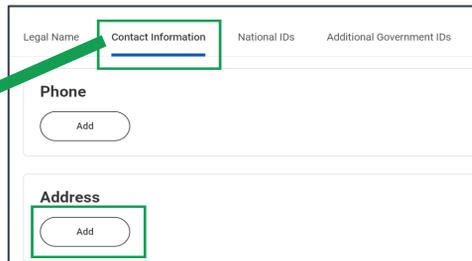
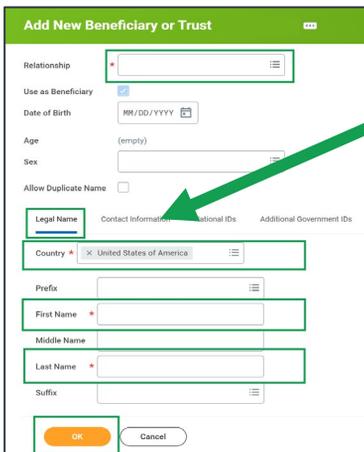
**Nota:** Se requieren beneficiarios primarios en todos los planes de vida y AD&D inscritos (HelloFresh ofrece el seguro de vida básico para empleados y el AD&D para empleados sin cargo y usted queda inscrito automáticamente).



10. Utilizando los botones de opción, seleccione **Add New Beneficiary or Trust (Agregar nuevo beneficiario o fideicomiso)** y luego haga clic en **Continue (Continuar)**.



11. Ingrese la **Relación** del beneficiario y los campos obligatorios de la pestaña **Legal Name (Nombre legal)**. Ingrese su **Dirección y teléfono** en la pestaña **Contact Information (Información de contacto)**. Haga clic en **OK (Aceptar)** para guardar.



**Nota:** Los campos con un asterisco rojo son obligatorios. Se recomienda encarecidamente proporcionar un número de teléfono.

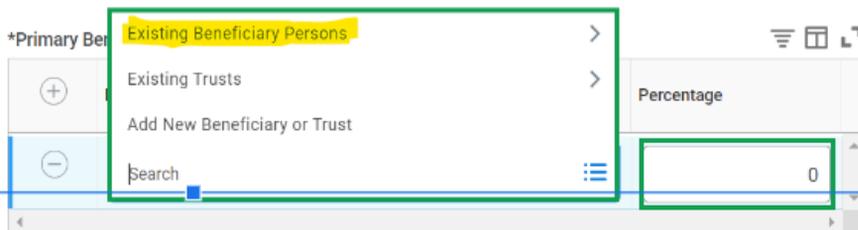


**Nota:** Tiene la opción de seleccionar la dirección existente para el beneficiario.

11. Una vez que haya ingresado un beneficiario para un plan, puede usarlo para otros planes fácilmente. Se pueden encontrar en **Existing Beneficiary Persons (Personas beneficiarias existentes)**

## 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.



**Nota:** Si está eligiendo recientemente una cobertura de vida voluntaria para usted o su cónyuge, o está aumentando la cobertura actual por encima del monto de emisión garantizado, deberá completar un formulario de Evidencia de Asegurabilidad (EOI) que se enviará como una tarea a su bandeja de entrada una vez que se haya cerrado la Inscripción Abierta.



13. Si actualmente no está inscrito en una cobertura médica (o acaba de cancelar una cobertura médica), deberá proporcionar un motivo haciendo clic en **Enroll/Manage (Inscribirse/Administrar)** en el mosaico **Waiving Medical (Renuncia a cobertura médica)**. Una vez en la pantalla de elección, deberá **Select (Seleccionar)** para renunciar a la cobertura médica y luego hacer clic en **Confirm and Continue (Confirmar y continuar)**. Esto será necesario para poder enviar su inscripción.

13. En la siguiente pantalla, seleccionará el motivo de la exención en **Coverage (Cobertura)**, luego haga clic en **Save (Guardar)**.

15. Cuando haya terminado de revisar cada cuadro de beneficio y haya realizado sus elecciones/cambios, haga clic en **Review and Sign (Revisar y firmar)**.

16. Revise sus elecciones de beneficios en la página Ver resumen.



17. Una vez que haya confirmado que todas las elecciones son correctas, desplácese hasta la parte inferior de la pantalla y seleccione la casilla de verificación **I accept (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

18. Haga clic en el botón **View Benefits Statement (Ver declaración de beneficios)** para revisarla e imprimirla.



You've submitted your elections.

**Important Dates:**

Benefits go into effect 01/01/2025

Final day to update benefits 11/18/2024



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



19. Haga clic en el botón **Print (Imprimir)** en la parte inferior de la página de confirmación de envío de elecciones. Seleccione **Download (Descargar)** en la ventana emergente 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

Print

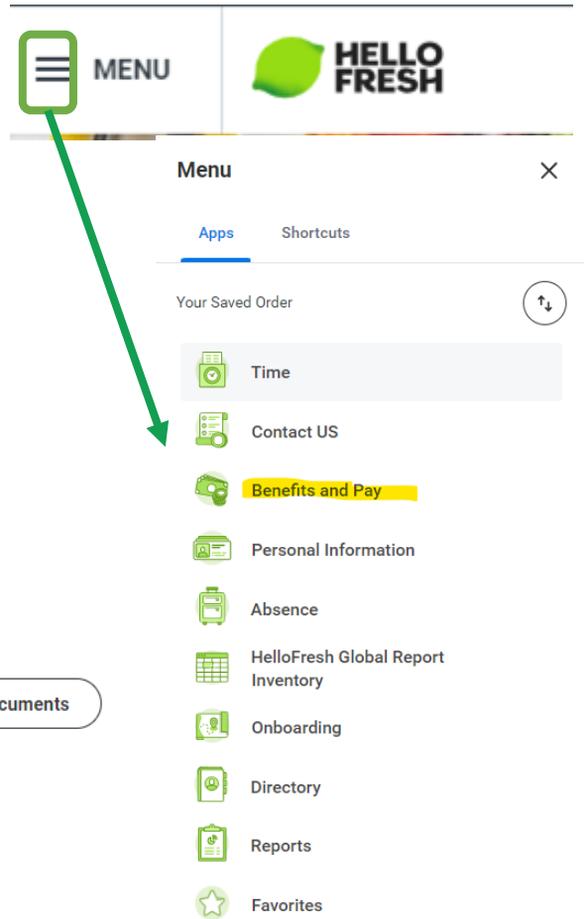
**Export Document**

Download

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



20. Para realizar cambios en sus beneficios después de enviar sus elecciones (antes de la fecha límite de inscripción abierta), haga clic en las 3 líneas junto a **Menu (Menú)** (esquina superior izquierda de la pantalla). El menú se expandirá y hará clic en **Benefits and Pay (Beneficios y pago)**
21. Se abrirá la pantalla de Beneficio y debería ver **Evento de beneficio: Inscripción abierta** bajo Necesita atención. Haga clic en **Edit (Editar)**
22. Desde allí verás una pantalla con **Let's Get Started (Comencemos)**. Esto lo llevará de regreso al Portal de Inscripción Abierta



### Tasks and Reports

Payment Elections

Change Benefits

My Tax Documents

### Needs Attention

SUBMITTED

#### Benefit Event: Open Enrollment

Submit elections by November 18, 2024.

Edit

## Change Open Enrollment

Open Enrollment 09/18/2024-11/18/2024

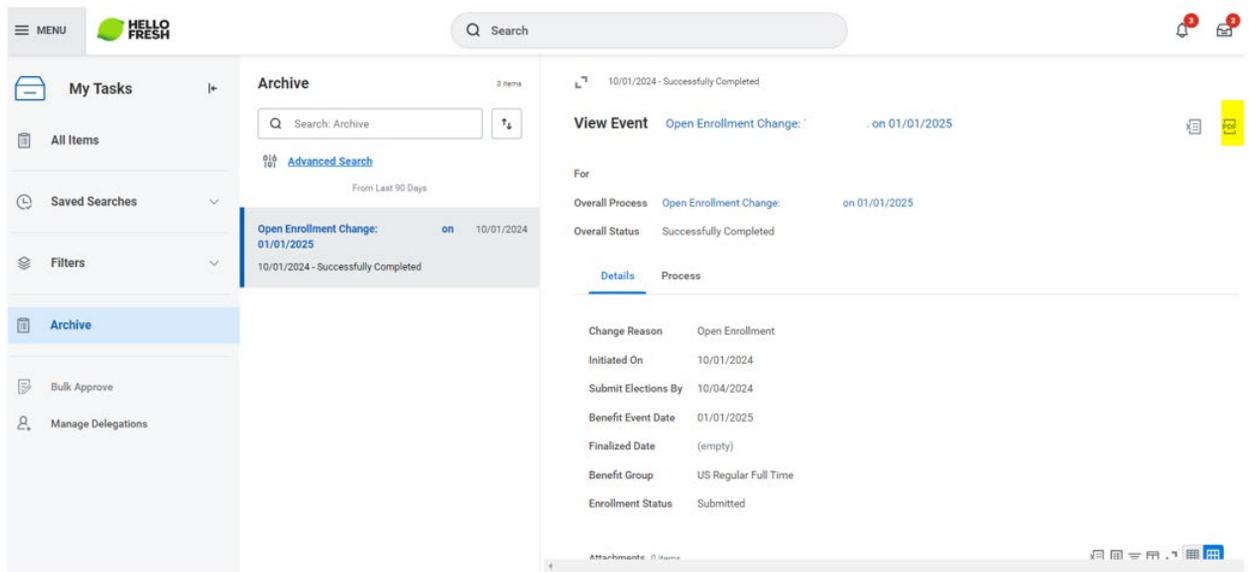
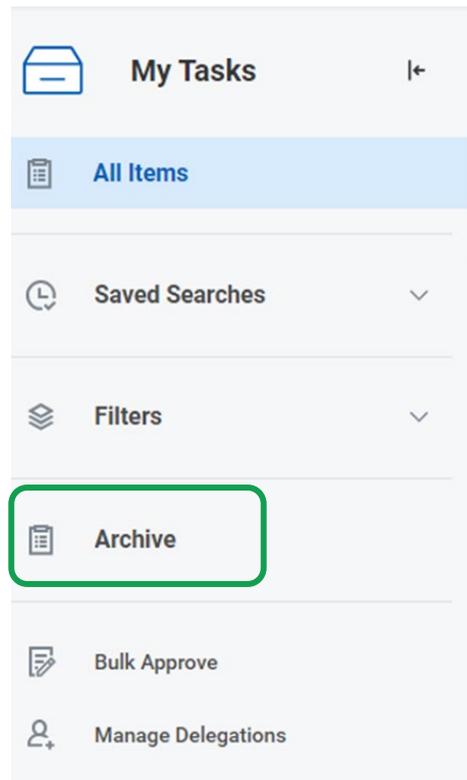
Choose new plans or re-enroll in the plans you currently have.

Let's Get Started



EveryPlate

26. Si no guardó una copia de sus elecciones inicialmente, tendrá acceso durante 90 días después de enviarlas para poder descargarlas.
27. Vaya a Mis tareas y haga clic en Archivo
28. Desde allí puede buscar **Open Enrollment Change (Cambio de inscripción abierta)**.
29. En la esquina superior derecha, hay un ícono en el que puede hacer clic que convertirá sus elecciones en PDF.



30. Una vez que la Inscripción Abierta se haya cerrado y finalizado (aproximadamente el 19/11/2024), también puede ver sus elecciones de 2025 en Workday seleccionando Menu>Benefits and Pay>Benefits>Benefits by Date (Menú (esquina superior izquierda)>Beneficios y pago>Beneficios>Beneficios por fecha). Ingrese 01/01/2025 y haga clic en Aceptar. Esto mostrará todas sus elecciones de beneficios, incluido el monto de cobertura, los dependientes cubiertos y los beneficiarios designados de seguro de vida/AD&D.

## Menu



Apps

Shortcuts

Your Saved Order



Time



Contact US



Benefits and Pay



My Team Management



Personal Information



Absence



Report Administrator



Onboarding Status



HelloFresh Global Report Inventory



Benefits and Pay



Overview



Benefits



Benefit Elections

Benefits by Date



Dependents

Beneficiaries



Pay



Compensation



Suggested Links



MyHelloFreshBenefi...



### Benefit Elections as of Date

View As Of \* 01/01/2025

OK

Cancel



EveryPlate