



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A LOS BENEFICIOS

1. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre (en letra de molde):	Número de seguro social:	
Dirección:	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA):	Fecha de contratación:
Ciudad:	Estado:	CÓDIGO POSTAL:
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	

2. SELECCIÓN DEL PLAN MÉDICO (POR MES)

Marque (✓) una casilla
La cobertura médica incluye la cobertura de medicamentos recetados

	Plan PPO de Anthem Blue Cross	Plan HMO de Kaiser de \$15	HMO (DHMO) de Kaiser de \$1,000	Plan HSA de Kaiser de \$2,000
Empleado únicamente	<input type="checkbox"/> \$165.18	<input type="checkbox"/> \$179.35	<input type="checkbox"/> \$79.29	<input type="checkbox"/> \$7.27
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	<input type="checkbox"/> \$761.00	<input type="checkbox"/> \$837.41	<input type="checkbox"/> \$422.49	<input type="checkbox"/> \$366.04
Empleado + hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$622.64	<input type="checkbox"/> \$648.71	<input type="checkbox"/> \$337.70	<input type="checkbox"/> \$243.33
Familia	<input type="checkbox"/> \$1,037.07	<input type="checkbox"/> \$1,113.41	<input type="checkbox"/> \$664.16	<input type="checkbox"/> \$545.41

Renuncio a la cobertura médica

3. CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)

Marque (✓) una casilla

Si elige participar en el plan, puede aportar fondos a una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés) antes de impuestos. El máximo de aporte anual a la HSA es de **\$4,300 para la cobertura del empleado únicamente y \$8,550 para el resto de los niveles de cobertura**, incluidos también los aportes de la compañía. Si tiene 55 años o más, puede aportar \$1,000 adicionales (independientemente del nivel de cobertura que haya elegido).

CGW aportará a la HSA **\$600 para la cobertura del empleado únicamente, \$1,200 para la cobertura del empleado + cónyuge y \$1,200 para la cobertura familiar**.

Si está interesado en participar en la HSA, marque la casilla a continuación, elija su plan de HSA y enumere los montos de sus aportes anuales y por período de pago.

Sí, me gustaría participar en la HSA. **Aporte anual:** \$ _____ **Aporte por período de pago:** \$ _____

No, no deseo participar en la HSA.

4. CUENTAS DE GASTOS

Cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés)* para la atención médica

Máximo: \$3,300

Aporte anual: \$ _____

Cuenta de gastos flexibles para la atención de dependientes (DCFSA, por sus siglas en inglés)**

Máximo: \$5,000/\$2,500 si está casado(a) y presenta declaración por separado

Aporte anual: \$ _____

No, no deseo participar en las Cuentas de gastos.

* Elija la FSA para atención médica si se inscribe en el plan médico PPO, o también si no se inscribe en un plan médico, pero desea participar en una FSA.

** Para el 2025, cualquier empleado con un salario base de al menos \$160,000 se considerará un Empleado muy bien remunerado y tendrá un límite de aporte anual a la DCFSA de \$3,500. .

5. SELECCIÓN DEL PLAN ODONTOLÓGICO (POR MES)

Marque (✓) una casilla

PPO de Delta Dental	
Empleado únicamente	<input type="checkbox"/> \$0.00
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	<input type="checkbox"/> \$46.96
Empleado + hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$45.82
Familia	<input type="checkbox"/> \$66.44

Renuncio a la cobertura odontológica

6. SELECCIÓN DEL PLAN OFTALMOLÓGICO (POR MES)

Marque (✓) una casilla

Plan oftalmológico de VSP	
Empleado únicamente	<input type="checkbox"/> \$0.00
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	<input type="checkbox"/> \$6.62
Empleado + hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$6.70
Familia	<input type="checkbox"/> \$14.70

Renuncio a la cobertura oftalmológica

7. INFORMACIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN DE DEPENDIENTES

Nombre y apellidos del dependiente	Género (M/F)	Relación (cónyuge, pareja de hecho, hijo)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro social (obligatorio)	Seleccione el (los) plan(es) para agregar/ cancelar Médico Odontológico
					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontológico <input type="checkbox"/> Oftalmológico
					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontológico <input type="checkbox"/> Oftalmológico
					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontológico <input type="checkbox"/> Oftalmológico
					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontológico <input type="checkbox"/> Oftalmológico
					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontológico <input type="checkbox"/> Oftalmológico
					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontológico <input type="checkbox"/> Oftalmológico

8. PLAN METLIFE LEGAL

Marque (✓) una casilla

Sí, deseo elegir el plan MetLife Legal de **\$16.50 al mes mediante deducción de la nómina**
Cobertura familiar incluida sin costo adicional, incluyendo cónyuge y dependientes.

No, no deseo elegir el plan MetLife Legal.

10. SEGURO DE VIDA/ATENCIÓN A LARGO PLAZO DE ALLSTATE

Marque (✓) una casilla

Empleado únicamente

Sí, deseo elegir la cobertura de seguro de vida/atención a largo plazo de Allstate.

Monto nominal solicitado (hasta \$150,000):

No, no deseo elegir la cobertura de seguro de vida/atención a largo plazo de Allstate.

Cónyuge/pareja de hecho

Sí, deseo elegir la cobertura de seguro de vida/atención a largo plazo de Allstate.

Monto nominal solicitado (hasta \$150,000):

No, no deseo elegir la cobertura de seguro de vida/atención a largo plazo de Allstate.

9. NORTON LIFE LOCK (MENSUAL)

Marque (✓) una casilla

Empleado únicamente

\$9.49

Empleado + familia

\$17.98

No, no deseo elegir el plan Norton Life Lock.

11. FUMADOR

Marque (✓) una casilla

Esta pregunta solo se aplica al siguiente beneficio voluntario: Seguro de vida completo voluntario con atención a largo plazo de Allstate. Esta información es confidencial y no se compartirá ni utilizará en la evaluación de ningún plan de beneficios, y solo se utilizará para determinar sus tarifas en caso de que presente una solicitud.

¿Ha consumido tabaco en los últimos 12 meses?

Sí, he consumido tabaco en los últimos 12 meses

No, no he consumido tabaco en los últimos 12 meses

12. COBERTURA DEL SEGURO - SEGURO DE VIDA/POR AD&D, POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD), POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

CGW paga el 100% de las primas del seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés), así como de los seguros por discapacidad a corto y largo plazo.

- Crystal Geyser ofrece a los empleados elegibles un seguro de vida colectivo y un seguro por AD&D. El beneficio del seguro de vida básico temporal y el seguro por AD&D básico equivale a \$50,000.
- El seguro por discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en inglés) reemplaza el 60% del salario base semanal (hasta \$3,000) para los empleados durante un máximo de 26 semanas.
- El seguro por discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) reemplaza el 60% del salario base mensual (hasta \$10,000) para los empleados que sufren una discapacidad durante más de 180 días.

Indique su designación de beneficiario para los beneficios de su seguro de vida en caso de fallecimiento. Puede indicar un beneficiario principal y uno alternativo. También puede nombrar a más de un beneficiario principal y/o alternativo. A menos que se designe lo contrario, el pago se hará en partes iguales o en su totalidad a quien sobreviva. Usted tiene derecho a cambiar esta designación de beneficiario en cualquier momento. Si desea designar beneficiarios diferentes para cada plan de seguro, notifíquelo a Recursos Humanos.

13. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre del beneficiario (en letra de molde):		Tipo de beneficiario: <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Alternativo
Dirección del beneficiario:		Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA):
Número de teléfono:		Dirección de correo electrónico:
Relación:		% del beneficio:
Nombre del beneficiario (en letra de molde):		Tipo de beneficiario: <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Alternativo
Dirección del beneficiario:		Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA):
Número de teléfono:		Dirección de correo electrónico:
Relación:		% del beneficio:
Nombre del beneficiario (en letra de molde):		Tipo de beneficiario: <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Alternativo
Dirección del beneficiario:		Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA):
Número de teléfono:		Dirección de correo electrónico:
Relación:		% del beneficio:

14. SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO/POR AD&D – EMPLEADO

Marque (✓) una casilla

Los empleados tienen la opción de adquirir cobertura adicional de seguro de vida y por AD&D a través de Lincoln Financial Group. Pueden adquirir cobertura en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de 6 veces los ingresos anuales o \$750,000.

El monto de emisión garantizado es de \$250,000.

Sí, deseo elegir la cobertura de seguro de vida voluntario y por AD&D para empleados. **Monto de elección:** _____

No, no deseo elegir el seguro de vida voluntario y por AD&D para empleados

NOTA: **Debe** elegir el seguro de vida voluntario y por AD&D para empleados para participar en los siguientes planes voluntarios de seguro de vida y por AD&D para cónyuges e hijos. El empleado es responsable del 100% de la prima.

* Se necesita una Evidencia de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés) después de que se indique la emisión garantizada.

15. SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO/POR AD&D – CÓNYUGE

Marque (✓) una casilla

Puede adquirir cobertura para su cónyuge en incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$250,000.

El monto de emisión garantizado es de \$50,000.

Sí, deseo elegir la cobertura de seguro de vida voluntario y por AD&D para mi cónyuge. **Monto de elección:** _____

No, no deseo elegir el seguro de vida voluntario y por AD&D para mi cónyuge

* Se necesita una Evidencia de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés) después de que se indique la emisión garantizada.

16. SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO/POR AD&D - HIJO(S)

Marque (✓) una casilla

Puede adquirir cobertura para su(s) hijo(s) en incrementos de \$2,000 hasta un máximo de \$20,000.

Sí, deseo elegir la cobertura de seguro de vida voluntario para mi(s) hijo(s). **Monto de elección:** _____

No, no deseo elegir el seguro de vida voluntario para mi(s) hijo(s)

17. SEGURO POR ENFERMEDAD GRAVE

Marque (✓) una casilla

Los empleados tienen la opción de adquirir cobertura para enfermedades graves a través de Lincoln Financial. La cobertura está disponible en los siguientes niveles: \$10,000, \$20,000, \$30,000 y \$40,000.

Sí, deseo elegir la cobertura para enfermedades graves para empleados.

Monto de elección: _____

No, no deseo elegir la cobertura para enfermedades graves para empleados.

Tenga en cuenta: Los hijos de los empleados están cubiertos automáticamente con el 50% de la cobertura del empleado sin costo alguno.

18. SEGURO POR ENFERMEDAD GRAVE

Marque (✓) una casilla

Los empleados tienen la opción de adquirir cobertura para enfermedades graves para su cónyuge a través de Lincoln Financial. La cobertura está disponible en los siguientes niveles: \$10,000, \$20,000, \$30,000 y \$40,000.

Sí, deseo elegir la cobertura para enfermedades graves para mi cónyuge.

Monto de elección: _____

No, no deseo elegir la cobertura para enfermedades graves para mi cónyuge.

TARIFAS POR ENFERMEDAD GRAVE - TARIFAS MENSUALES POR CADA \$1,000 DE COBERTURA

EDAD	EMPLEADO		CÓNYUGE		EMPLEADO + CÓNYUGE	
	NO FUMADOR	FUMADOR	NO FUMADOR	FUMADOR	NO FUMADOR	FUMADOR
<25	\$3.39	\$3.71	\$3.90	\$4.29	\$7.29	\$8.00
25-29	\$3.51	\$4.04	\$4.10	\$4.68	\$7.61	\$8.72
30-34	\$4.02	\$4.93	\$4.68	\$5.73	\$8.70	\$10.66
35-39	\$4.84	\$6.71	\$5.58	\$7.76	\$10.42	\$14.47
40-44	\$5.71	\$8.52	\$6.51	\$9.63	\$12.22	\$18.15
45-49	\$7.25	\$11.90	\$8.39	\$13.73	\$15.64	\$25.63
50-54	\$9.57	\$16.11	\$15.51	\$19.07	\$25.08	\$35.18
55-59	\$12.64	\$21.49	\$14.86	\$24.88	\$27.50	\$46.37
60-64	\$15.58	\$25.99	\$18.33	\$30.19	\$33.91	\$56.18
65-69	\$19.07	\$30.28	\$22.50	\$35.53	\$41.57	\$65.81
70+	\$26.23	\$40.37	\$31.40	\$47.39	\$57.63	\$87.76

19. SEGURO DE ACCIDENTES VOLUNTARIO (TARIFAS MENSUALES)

Marque (✓) una casilla

Tarifas mensuales del plan de accidentes voluntario de Lincoln Financial

Empleado	<input type="checkbox"/> \$7.05
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	<input type="checkbox"/> \$12.76
Empleado + hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$16.85
Familia	<input type="checkbox"/> \$22.56

Renuncio al seguro de accidentes voluntario

20. PLAN DE INDEMNAZIÓN HOSPITALARIA VOLUNTARIO (TARIFAS MENSUALES)

Marque (✓) una casilla

Tarifas mensuales del plan de indemnización hospitalaria voluntario de Lincoln Financial

Empleado	<input type="checkbox"/> \$11.63
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	<input type="checkbox"/> \$26.92
Empleado + hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$22.21
Familia	<input type="checkbox"/> \$36.95

Renuncio al plan de indemnización hospitalaria voluntario

AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO

Por la presente, reconozco que no puedo cambiar mis elecciones durante el año del plan, a menos que haya un evento de vida elegible según los términos del plan. Entiendo que si renuncio a la cobertura ahora, seré elegible para inscribirme en la cobertura grupal a través de CGW durante el período de inscripción abierta cada año y durante el año dentro de los 30 días posteriores a un evento de vida elegible.

Además, debido a la programación de la inscripción, es posible que las primas quincenales adeudadas por mis elecciones de beneficios no se reflejen en mi primer salario. En este caso, reconozco que las deducciones omitidas se aplicarán automáticamente a mi próximo salario.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____