

Nombre del Empleado/a: \_\_\_\_\_ Ubicación de Tutta Bella: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleado/a: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Empleado/a: \_\_\_\_\_

Al hacer mis selecciones abajo, acepto que las primas sean deducidas de la nómina como pago por la cobertura de seguro para mí y los dependientes, si es aplicable. La mitad del costo por mes se deducirá de los dos primeros períodos de pago de cada mes.

Plan de Médico: Virtual Plus	Costo por mes
<input type="checkbox"/> Empleado Solamente	\$181.93
<input type="checkbox"/> Empleado + Conyugue	\$767.70
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	\$509.40
<input type="checkbox"/> Empleado + Conyugue + Hijo(s)	\$1,095.17

Plan de Médico: Access PPO	Costo por mes
<input type="checkbox"/> Empleado Solamente	\$240.04
<input type="checkbox"/> Empleado + Conyugue	\$919.40
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	\$619.81
<input type="checkbox"/> Empleado + Conyugue + Hijo(s)	\$1,299.13

Elijo renunciar a la cobertura Médica (razón requerida)
<input type="checkbox"/> Porque tengo cobertura mediante un miembro familiar
<input type="checkbox"/> Porque tengo cobertura mediante una póliza individual de salud
<input type="checkbox"/> Aunque no tengo cobertura de médico

Plan de Dentales Voluntarios	Costo por mes
<input type="checkbox"/> Empleado Solamente	\$29.61
<input type="checkbox"/> Empleado + Conyugue	\$57.87
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	\$76.47
<input type="checkbox"/> Empleado + Conyugue + Hijo(s)	\$110.35
<input type="checkbox"/> Elijo renunciar a la cobertura	

Plan de Oftalmológicos Voluntarios	Costo por mes
<input type="checkbox"/> Empleado Solamente	\$5.31
<input type="checkbox"/> Empleado + Conyugue	\$11.19
<input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s)	\$11.96
<input type="checkbox"/> Empleado + Conyugue + Hijo(s)	\$19.16
<input type="checkbox"/> Elijo renunciar a la cobertura	

Plan de Vida / MA&D	Costo por mes
<input type="checkbox"/> Empleado Solamente	\$1.12
<input type="checkbox"/> Elijo renunciar al Plan de Vida / MA&D	

**Si está renunciando a la cobertura, no necesita completar el formulario de inscripción adjunto. Si se inscribe, debe completar el formulario de inscripción adjunto.**

Firmando a continuación, reconozco y estoy de acuerdo con los siguientes términos y condiciones:

- Se me ha provisto una guía de inscripción, incluyendo un Resumen de Beneficios y Cobertura.
- Marzo es el periodo de inscripción abierta, y es mi oportunidad anual de hacer cambios a mis elecciones de beneficios de empleado.
- De acuerdo con la Sección 125 del reglamento del IRS, no podré hacer cambios a mis elecciones de plan de beneficios hasta el 1 abril, 2022 a menos que yo o mis dependientes elegibles experimenten un evento de cambio de elección permitido de medio año.
- Los dependientes elegibles incluyen mi cónyuge de matrimonio legal, pareja doméstica,\* y mis hijos dependientes hasta la edad de 26. Es mi responsabilidad notificar a Recursos Humanos si cualquiera de mis dependientes deja de cumplir con la definición de un dependiente elegible bajo los términos del plan de beneficios de empleado. Si yo cubro un individuo en el plan de beneficios de empleado quién no es considerado un dependiente elegible, esto es considerado fraude y robo, y puede ser motivo para la terminación de empleo.
- Mis deducciones de pago serán tomadas de mi cheque de pago libre de impuesto para pagar mi responsabilidad de las primas por los beneficios de empleado que escoja. Es mi responsabilidad notificar a Recursos Humanos si quiero que se les aplique impuestos a mis primas.
- Las reducciones de compensación sin impuesto reducirán mis ingresos sujetos a impuesto para propósitos de Seguro Social, y pueden resultar en una reducción de beneficios de Seguro Social que yo, o mis dependientes, puedan ser otorgados en el futuro.
- \*Bajo la ley de impuestos federales, si mi pareja doméstica (o su hijo[os]) no califican como dependientes de impuesto, las primas pueden no ser pagadas libres de impuesto. Adicionalmente, el valor de cobertura de mi pareja doméstica, menos la cantidad pagada por mi persona por esa cobertura sujeta a impuesto, será incluida en mis ingresos brutos, sujetos a retención federal e impuestos de trabajo.

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha