

Instrucciones para la Inscripción a las Prestaciones 2020

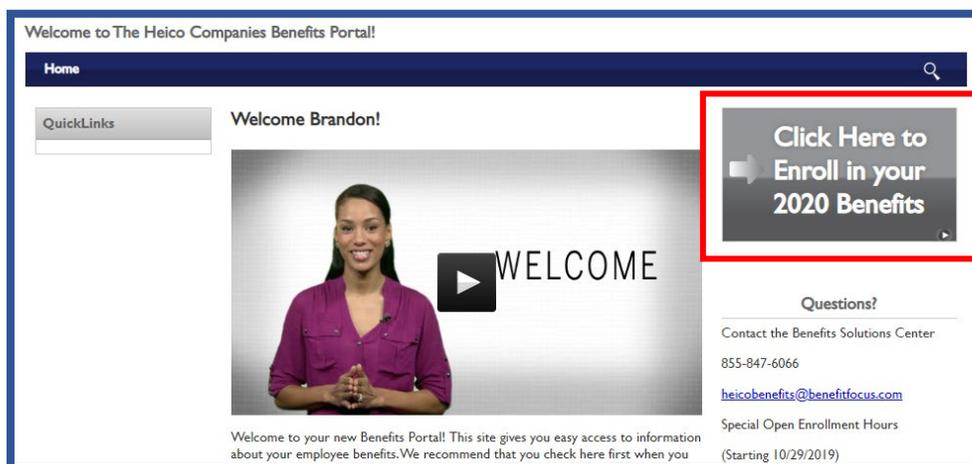
Las Incripciones Abiertas para las Prestaciones empiezan el Lunes, 28 de Octubre y terminan el Lunes, 11 de Noviembre del 2019.

Las elecciones actuales de las prestaciones no se acarrearán al plan del nuevo año.

- 1) Vaya al página web de su compañía y seleccione 'Employee Login'(Acceso de Empleado):
- 2) La página de Inscripciones Abiertas a las Prestaciones 2020 abrirá una nueva ventana, seleccione 'Enroll'(Inscribirse) para comenzar



- 3) Teclee sus credenciales de acceso de UltiPro:
 - a. **Nombre del Usuario:** Primer Nombre Legal + Fecha de Nacimiento (MMDDAAAA)
 - b. **Ejemplo:** Jaime12011972
 - Si usted ya entró a UltiPro, teclee su contraseña
 - Si usted olvidó su contraseña, seleccione 'Forgot your password?' (¿olvido su contraseña?)
 - Si usted nunca ha accedido a UltiPro, teclee su contraseña del sistema:
 - c. **Contraseña:** Primer Nombre Legal + Código Postal de su Casa
 - d. **Ejemplo:** Jaime60514
- 4) Seleccione Login (Accesar)
- 5) El Portal de Prestaciones lo llevará a una nueva pantalla, haga click en el botón gris para continuar



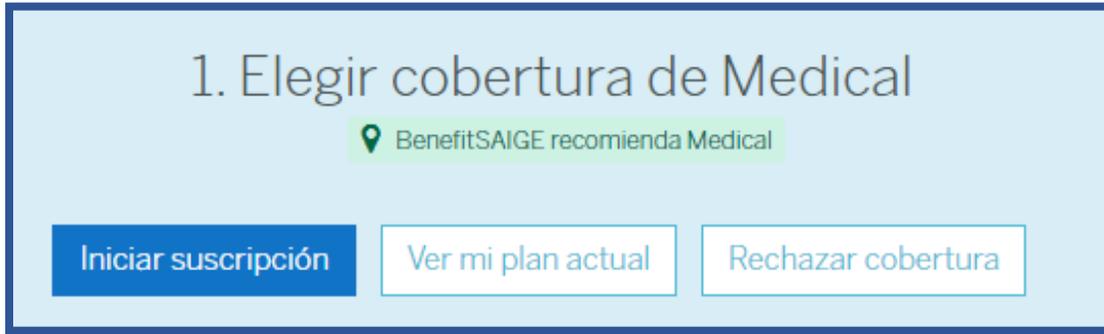
6) Revise la Guía de Prestaciones para información sobre el programa de prestaciones y seleccione ‘Get Started.’ (Comenzar)

7) Antes de inscribirse, usted agregará a sus dependientes elegibles a su plan haciendo click en Add Dependent (Agregar Dependiente). Haga Click en ‘Siguiente’ para continuar. *Se requerirá que suba la Verificación de Dependiente para nuevos dependientes agregados después de completar la inscripción.

Relación de dependencia	Documentación
Cónyuge – su cónyuge legal	Certificado de matrimonio Licencia de matrimonio
Hijo menor de 26 años - Su hijo natural, legalmente adoptado, o en proceso de ser adoptado:	Certificado de nacimiento emitido por el estado o condado, en que aparezca el nombre del empleado, o una orden de la corte firmada. Si en el certificado de nacimiento aparece el nombre de soltera de la empleada, incluya el certificado de matrimonio.
Hijastro menor de 26 años	Certificado de nacimiento emitido por el estado o condado en que aparezcan los nombres del padre y de la madre, y una copia del certificado de matrimonio
Hijo adoptado menor de 26 años	Certificado de adopción u orden válida de cobertura médica para un menor (QMCSO, por sus siglas en inglés)
Menor de 26 años de quien usted es el tutor legal	Orden de la corte firmada y declaración de impuestos del año anterior en que se reclame al menor como dependiente
Menor de 26 años en atención temporal (foster)	Carta firmada de la agencia de servicio social que confirme que el menor ha sido puesto a su cuidado
Hijo con discapacidad - su hijo que ha sido determinado incapacitado	Acta de nacimiento y documentación médica de respaldo de un médico a cargo

Inscripción a Cobertura Médica

8) Primero, seleccione 'Iniciar suscripción', 'Ver mi plan actual', o 'Rechazar cobertura'.



Las siguientes opciones están disponibles en la pantalla de Inscripción a la cobertura médica.

- a. Seleccione a los Dependientes que quiera inscribir (La cajita se pondrá verde cuando la seleccione)
 - b. Agregue los dependientes que no estén en la lista
 - c. Revise los detalles del Plan
- 9) Una vez que ha revisado sus opciones, haga click en 'Seleccionar un plan' para Inscribirse o 'Rechazar Cobertura' para rechazar y pasar al siguiente plan.

2020 - Medical Plan - Kaiser Permanente - Less Than 2 Years	
Individual Deductible	\$250
Family Deductible	\$750
Individual Out of Pocket Maximum	\$1500
Family Out of Pocket Maximum	\$3000

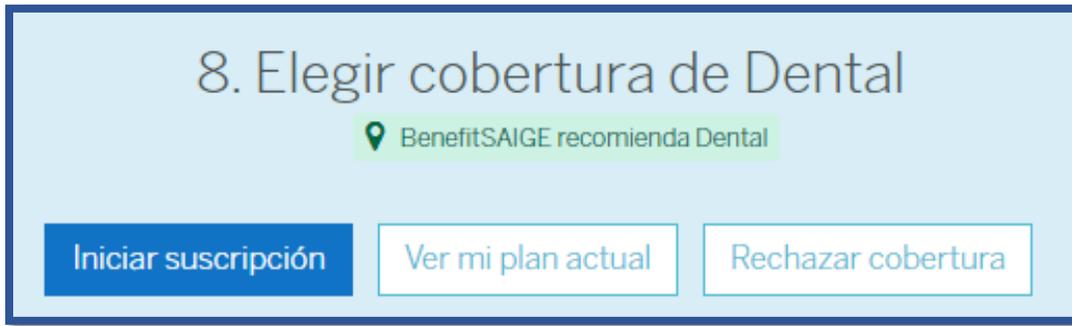
Costo del plan	\$131.53
Costo Empleador:	(\$90.01)
Paga usted (Costo Cuatro veces al mes)	
\$41.52	

10) Si usted rechaza la cobertura Médica, saldrá una ventana pidiendole que confirme. Una vez rechazada, la opción de Editar cobertura está disponible. Haga Click en 'Si, Rechazar'.

11) Para completar las prestaciones Médicas, revise sus elecciones en la pantalla del Resumen de su Cuenta y haga click en 'Guardar' para continuar.

Inscripción en la cobertura Dental

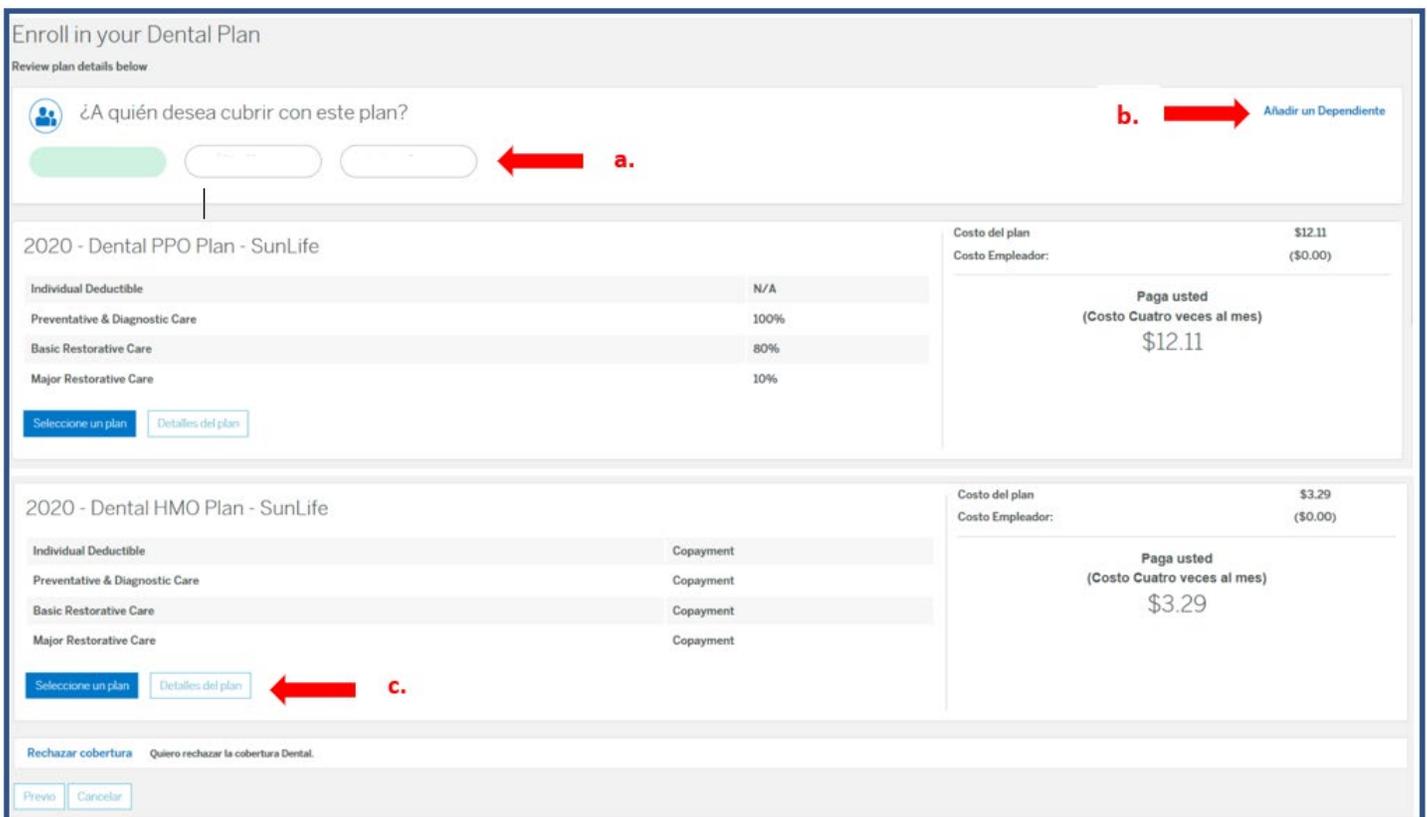
12) Seleccione Iniciar suscripción, ver mi plan actual, o rechazar cobertura



13) Las siguientes opciones están disponibles en la pantalla de inscripción a la cobertura Dental

- Seleccione a los Dependientes que quiera inscribir (La cajita se pondrá verde cuando la seleccione)
- Agregue los dependientes que no estén en la lista
- Revise los detalles del Plan

14) Una vez que ha revisado sus opciones, haga click en 'Seleccionar un plan' para Inscribirse o 'Rechazar Covertura' para rechazar y pasar al siguiente plan.



Enroll in your Dental Plan

Review plan details below

¿A quién desea cubrir con este plan? b.  [Añadir un Dependiente](#)

a. 

2020 - Dental PPO Plan - SunLife	
Individual Deductible	N/A
Preventative & Diagnostic Care	100%
Basic Restorative Care	80%
Major Restorative Care	10%

[Seleccionar un plan](#) [Detalles del plan](#)

Costo del plan	\$12.11
Costo Empleador:	(\$0.00)
Paga usted (Costo Cuatro veces al mes) \$12.11	

2020 - Dental HMO Plan - SunLife	
Individual Deductible	Copayment
Preventative & Diagnostic Care	Copayment
Basic Restorative Care	Copayment
Major Restorative Care	Copayment

[Seleccionar un plan](#) [Detalles del plan](#) c. 

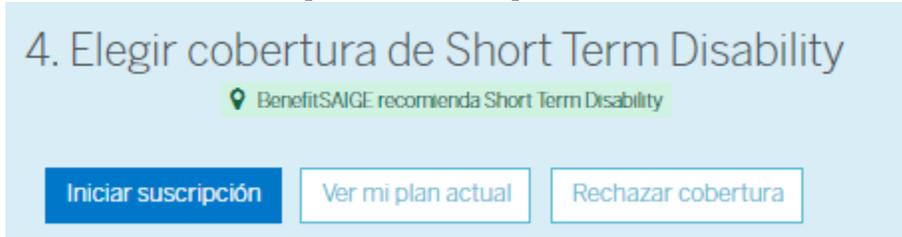
[Rechazar cobertura](#) Quiero rechazar la cobertura Dental.

[Prevo](#) [Cancelar](#)

15) Para completar la inscripción a las prestaciones Dentales, revise sus elecciones en la pantalla del resumen de su cuenta y haga click en "Guardar" para continuar.

Coberta de discapacidad a corto y largo plazo

16) Seleccione ‘Iniciar Suscripción’, o ‘Ver mi plan actual’.

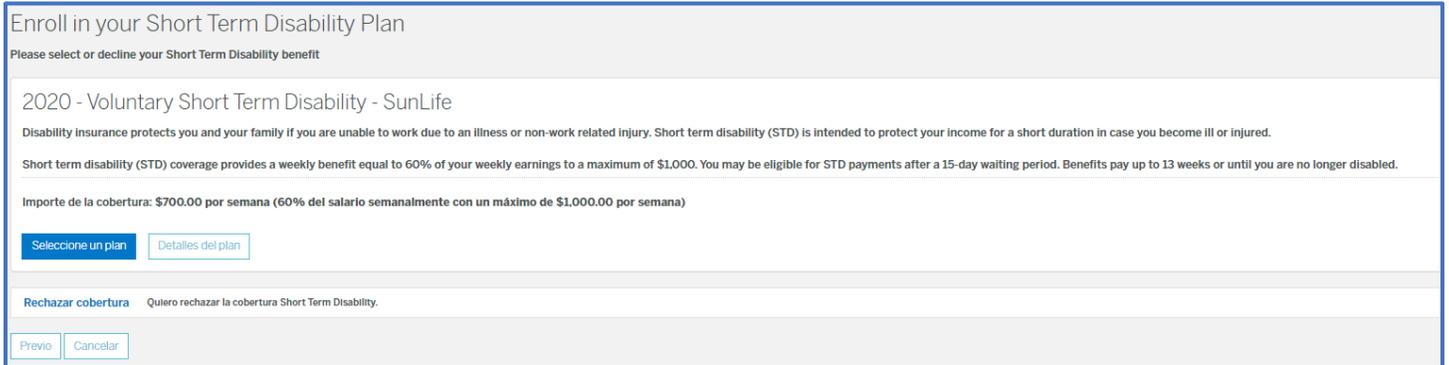


4. Elegir cobertura de Short Term Disability

BenefitSAIGE recomienda Short Term Disability

Iniciar suscripción Ver mi plan actual Rechazar cobertura

17) Revise su cobertura de discapacidad a corto plazo haciendo clic en ‘Detalles del plan’ y haga clic en ‘Siguiente’ para continuar.



Enroll in your Short Term Disability Plan

Please select or decline your Short Term Disability benefit

2020 - Voluntary Short Term Disability - SunLife

Disability insurance protects you and your family if you are unable to work due to an illness or non-work related injury. Short term disability (STD) is intended to protect your income for a short duration in case you become ill or injured.

Short term disability (STD) coverage provides a weekly benefit equal to 60% of your weekly earnings to a maximum of \$1,000. You may be eligible for STD payments after a 15-day waiting period. Benefits pay up to 13 weeks or until you are no longer disabled.

Importe de la cobertura: \$700.00 por semana (60% del salario semanalmente con un máximo de \$1,000.00 por semana)

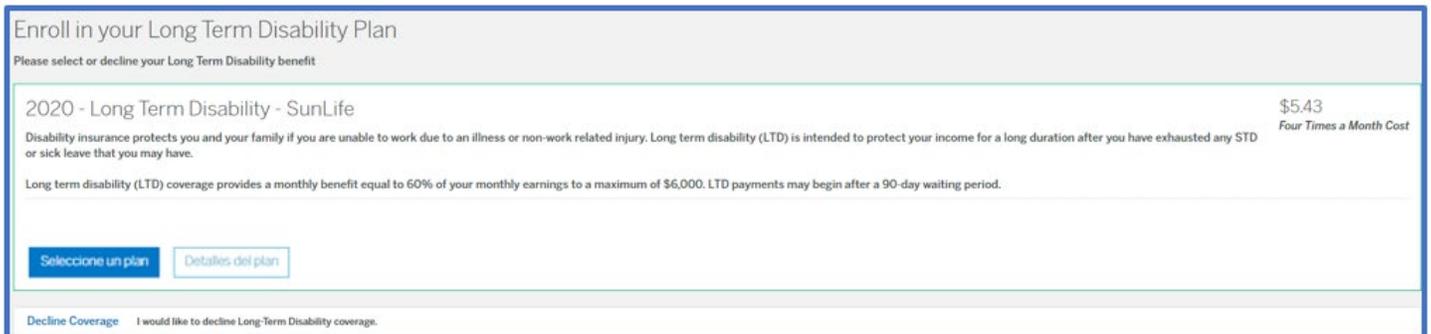
Selecciono un plan Detalles del plan

Rechazar cobertura Quiero rechazar la cobertura Short Term Disability.

Previo Cancelar

18) Se lo dirigirá automáticamente al plan de discapacidad a largo plazo, revise su cobertura haciendo click en ‘Detalles del plan’ y haga clic en ‘Siguiente’ para continuar.

19) Revise sus elecciones y haga clic en “Guardar” para continuar.



Enroll in your Long Term Disability Plan

Please select or decline your Long Term Disability benefit

2020 - Long Term Disability - SunLife

Disability insurance protects you and your family if you are unable to work due to an illness or non-work related injury. Long term disability (LTD) is intended to protect your income for a long duration after you have exhausted any STD or sick leave that you may have.

Long term disability (LTD) coverage provides a monthly benefit equal to 60% of your monthly earnings to a maximum of \$6,000. LTD payments may begin after a 90-day waiting period.

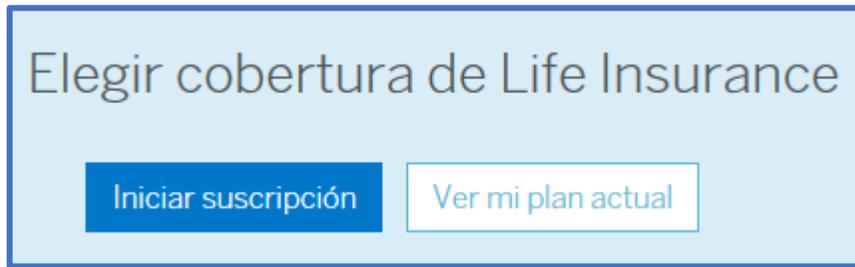
\$5.43
Four Times a Month Cost

Selecciono un plan Detalles del plan

Decline Coverage I would like to decline Long-Term Disability coverage.

Seguro de Vida

20) Seleccione 'Iniciar Suscripción', o 'Ver mi plan actual'.



21) El Seguro de Vida Básico es una prestación GRATIS, revise su cobertura haciendo click en 'Detalles del Plan' y haga click en 'Siguiete' para continuar.

Basic Life Insurance

Employer provided benefit

2020 - Basic Life Insurance - SunLife	Costo del plan \$0.64
Importe de la cobertura: \$15,000.00	Costo Empleador: (\$0.64)
<input checked="" type="checkbox"/> Seleccionado en este momento	Paga usted (Costo Cuatro veces al mes) \$0.00

Please Note:
This benefit cannot be declined.

[Siguiete](#) [Previo](#) [Cancelar](#)

22) El Seguro de Vida requiere de un Beneficiario, seleccione una opción de la lista, complete los espacios requeridos, asigne un reparto, entonces haga click en 'Siguiete' para proceder.

Life Insurance: Beneficiarios

¿De qué tipo de beneficiario se trata?

Atención:
El beneficiario es el una persona, la organización, confianza, o estate designado por el titular del certificado como receptor de los beneficios de una póliza en caso de fallecimiento del titular. Es posible nombrar múltiples personas, organizaciones y/o fideicomisos y otorgarles la categoría de beneficiarios principales y/o secundarios, además de establecer porcentajes de asignación para cada uno.

Persona Inmuebles

Organización

Fideicomiso

[Siguiete](#) [Previo](#) [Cancelar](#)

23) Revise sus elecciones y haga click en 'Guardar' para continuar.

Seguro de Vida Voluntario – Personal, Esposa, Hijos

24) Seleccione ‘Iniciar suscripción’, ‘Ver mi plan actual’, o ‘Rechazar cobertura’.

Elegir cobertura de Voluntary Employee Life Insurance

Iniciar suscripción

Ver mi plan actual

Rechazar cobertura

25) El Seguro de Vida Voluntario puede ser seleccionado. Seleccione una cantidad y haga click en ‘Siguiente’ o haga click en ‘Rechazar cobertura’ para continuar.

**Se requiere que usted complete una EDA (Evidencia de Asegurabilidad) si usted incrementa la cantidad del porcentaje de su año anterior O exceed los \$300,000 en cobertura.*

Choose your Voluntary Employee Life Insurance Plan

Seleccione el importe de la cobertura.

2020 - SunLife - Voluntary Life Insurance

Importe de la cobertura	Cuatro veces al mes Costo
<input type="radio"/> \$10,000.00	\$0.31
<input type="radio"/> \$20,000.00	\$0.62
<input type="radio"/> \$30,000.00	\$0.93
<input type="radio"/> \$40,000.00	\$1.24
<input type="radio"/> \$50,000.00	\$1.55
<input type="radio"/> \$60,000.00	\$1.86
<input type="radio"/> \$70,000.00	\$2.17
<input type="radio"/> \$80,000.00	\$2.48
<input type="radio"/> \$90,000.00	\$2.79

Seleccione un plan

Rechazar cobertura Quiero rechazar la cobertura Voluntary Employee Life Insurance.

Siguiente

Previo

Cancelar

26) Usted será llevado automáticamente a la cobertura Voluntaria del Cónyuge, seleccione o agregue un cónyuge a inscribir y haga click en 'Siguiente', o haga click en 'Rechazar Cobertura'.

Voluntary Spouse Life Insurance: ¿A quién desea brindarle cobertura?

Nota: también podrá añadir dependientes y seleccionar a quién desea brindarle cobertura cuando se inscriba o edite sus beneficios.

Si no hay ninguna, haga clic en "Rechazar cobertura" para continuar con la inscripción.

Elegible Para Cobertura

Seleccionar	Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Género	Acciones
<input checked="" type="checkbox"/>		Cónyuge		Masculino	Editar

[Añadir un Dependiente](#)

[Rechazar cobertura](#) Quiero rechazar la cobertura Voluntary Spouse Life Insurance.

[Siguiente](#) [Previo](#)

27) Si usted decide inscribirse, seleccione una cantidad de cobertura y haga click en 'Siguiente' para continuar.

Choose your Voluntary Spouse Life Insurance Plan

Seleccione el importe de la cobertura.

 ¿A quién desea cubrir con este plan?

2020 - SunLife - Voluntary Spouse Life Insurance

Importe de la cobertura	Cuatro veces al mes Costo
<input checked="" type="radio"/> \$10,000.00	\$0.31
<input type="radio"/> \$20,000.00	\$0.62
<input type="radio"/> \$30,000.00	\$0.93
<input type="radio"/> \$40,000.00	\$1.24
<input type="radio"/> \$50,000.00	\$1.55

[Seleccione un plan](#)

[Rechazar cobertura](#) Quiero rechazar la cobertura Voluntary Spouse Life Insurance.

[Siguiente](#) [Previo](#) [Cancelar](#)

28) Usted será dirigido automáticamente a Seguro de Vida Voluntario para Hijos, seleccione o agregue un dependiente a inscribir y haga click en 'Siguiente', o haga click en 'Rechazar Cobertura'.

Voluntary Child Life Insurance: ¿A quién desea brindarle cobertura?

Nota: también podrá añadir dependientes y seleccionar a quién desea brindarle cobertura cuando se inscriba o edite sus beneficios.

Si no hay ninguna, haga clic en "Rechazar cobertura" para continuar con la inscripción.

Elegible Para Cobertura

Seleccionar	Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Género	Acciones
<input type="checkbox"/>		Niño		Femenino	Editar

[Añadir un Dependiente](#)

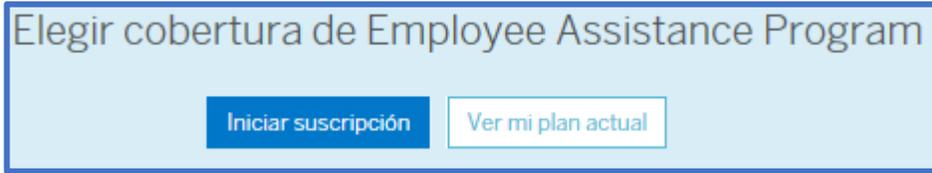
[Rechazar cobertura](#) Quiero rechazar la cobertura Voluntary Child Life Insurance.

[Siguiente](#) [Previo](#)

29) Si usted decide inscribirse, seleccione la cantidad de cobertura y haga click en 'Siguiente' para continuar.

Programa de Asistencia a Empleados

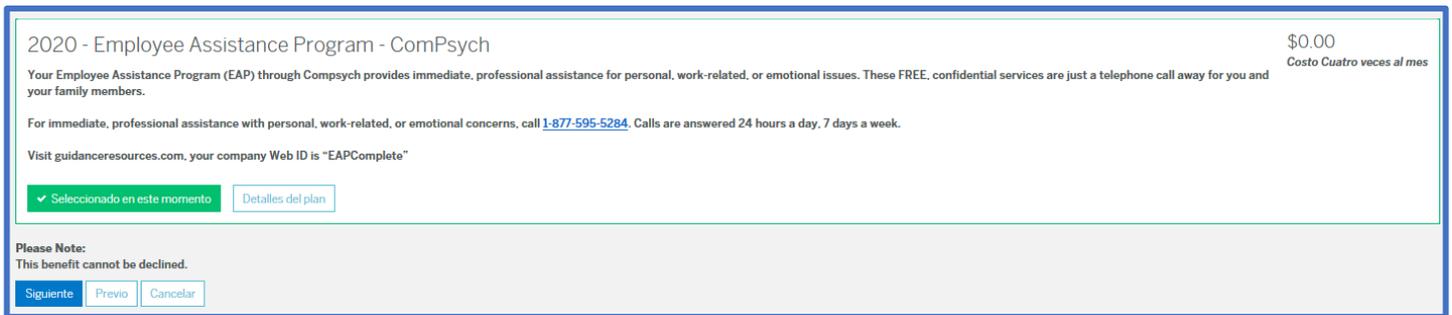
30) Seleccione 'Iniciar suscripción' o 'Ver mi plan actual'.



Elegir cobertura de Employee Assistance Program

Iniciar suscripción Ver mi plan actual

31) El programa de Asistencia a Empleados es una prestación GRATIS, revise el plan y haga click en 'Siguiente' para continuar.



2020 - Employee Assistance Program - ComPsych \$0.00
Costo Cuatro veces al mes

Your Employee Assistance Program (EAP) through Compsych provides immediate, professional assistance for personal, work-related, or emotional issues. These FREE, confidential services are just a telephone call away for you and your family members.

For immediate, professional assistance with personal, work-related, or emotional concerns, call [1-877-595-5284](tel:1-877-595-5284). Calls are answered 24 hours a day, 7 days a week.

Visit guidanceresources.com, your company Web ID is "EAPComplete"

Seleccionado en este momento [Detalles del plan](#)

Please Note:
This benefit cannot be declined.

[Siguiente](#) [Previo](#) [Cancelar](#)

32) Revise todas sus elecciones que ha hecho y haga click en 'Completar Inscripción') para terminar la inscripción.