



Formulario de Acuse de Recibo de Oferta de Beneficios

Una selección de beneficios para satisfacer sus necesidades

Valoramos la contribución que usted hace a nuestra empresa. Ofrecer beneficios para promover y apoyar la salud y el bienestar de nuestros empleados es una prioridad máxima. Asegúrese de revisar su Guía de beneficios y la información que se detalla a continuación. La Guía de beneficios incluye el beneficio y el costo de todos los productos.

Lo que necesita saber sobre sus beneficios

1. Usted cumple con los requisitos para inscribirse en los beneficios que entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a los 59 días a partir de la fecha de su primera asignación.
2. Tiene la opción de inscribirse en los beneficios como nuevo empleado, durante el periodo de Inscripción abierta o si experimenta un evento de vida que califique.
3. Tiene *30 días* a partir de hoy para seleccionar beneficios si no los selecciona hoy. Tenga en cuenta que si no toma ninguna medida, significa que está renunciando a toda cobertura.
4. Puede elegir entre una variedad de beneficios que incluyen seguro médico, cobertura de indemnización médica, seguro odontológico, oftalmológico, de vida, seguro de discapacidad a corto plazo y seguro por enfermedad grave.
5. A menos que se solicite lo contrario, las deducciones del seguro médico, odontológico y oftalmológico se obtendrán de su salario antes de impuestos.
6. Puede inscribirse llamando a la **línea directa de ACA al 888-412-8073** o completando el formulario de inscripción en www.swipejobs.com/benefits.
7. Puede hacer modificaciones en su cobertura actual llamando al **Servicio telefónico de atención al cliente al 844-631-6104**, o visitando <https://www2.benefitelect.com/be/swipejobs>.
8. Puede obtener información específica sobre el plan, como resúmenes de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés), cuadernillos de certificados y avisos anuales en <https://www2.benefitelect.com/be/swipejobs> o www.swipejobs.com/benefits

¿Quiere un seguro de salud?

- Sí, quiero un seguro de salud. Igual DEBE completar el proceso de inscripción (vea la viñeta n.º 6. Puede inscribirse llamando a la línea directa de ACA al 888-412-8073)
- No, no quiero un seguro de salud. Está renunciando a la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o hasta que experimente un hecho habilitante.

Al firmar este Formulario de acuse de recibo de oferta de beneficios, acepta recibir ofertas de beneficios de manera electrónica y acceder a todos los documentos relevantes del plan en línea en www.swipejobs.com/benefits. En caso de que necesite una copia impresa de la información importante sobre los beneficios, puede comunicarse con la oficina local del personal o llamar al 888-412-8073 y se le facilitará una copia.

Al firmar este Formulario de acuse de recibo de oferta de beneficios, reconoce que si no selecciona los beneficios dentro de los **30 días**, toda la cobertura quedará sin efecto y que usted conoce las reglas de inscripción del plan.

¡Medida Necesaria!

He leído y he sido informado sobre los requisitos de la política de beneficios swipejobs.

Firma del Empleado: _____

Nombre en letra de imprenta del empleado: _____ Fecha: _____