Instrucciones para la Inscripción en Eventos de Vida

Consulte "Cambiar las Razones de los Beneficios Desglose de los Acontecimientos de la Vida" si tiene preguntas sobre qué tipo de evento seleccionar o comunicarse con benefits@maryfreebed.com.

El siguiente ejemplo es para el nacimiento/colocación de un(a) niño(a), ipero el proceso

es similar para todos los eventos!

48 Pasos Ver la versión más reciente 🗹

Creado por Álex Drabik Fecha de Creación 26 de noviembre, 2024 Última Actualización 27 de noviembre, 2024

Envío e Inicio de la Inscripción

PASO 1

Vaya a su "Aplicaciones" y haga clic en la Aplicación "Beneficios y Pago"

Nota: es posible que deba hacer clic en "Ver Todas las Aplicaciones" si no tiene esta aplicación guardada como una de sus favoritas.



9 Pasos

```
PASO 2
```

Haga Clic en Cambiar Beneficios

Q Search	
Tasks and Reports Payment Elections Change Cambiar	Benefits Change Retirement Saving
Needs Attention	
NOT STARTED Benefit Event: Life Event - Bir	rth /

Seleccione el Evento de Vida apropiado (para este ejemplo usaremos Nacimiento/Colocación de un(a) Niño/a)

¡Nota! La mayoría de los eventos de vida que califican requieren documentación de respaldo. Se le solicitará el documento antes de enviar su evento. Si no tiene documentación en este momento, no podrá continuar. Se necesita documentación para presentar su evento. Recuerde que solo tiene 30 días a partir de la fecha del evento para enviar la documentación y completar la inscripción. Consulte a continuación una lista de documentos aceptables. Si tiene preguntas sobre los planes de beneficios o la documentación aceptable o no tiene documentación, comuníquese con el Departamento de Beneficios:

benefits@maryfreebed.com

- Matrimonio/Pareja de Hecho Certificado o Licencia de Matrimonio,
- Nacimiento/Adopción de Niño(a) Certificado de Nacimiento, Registros Hospitalarios, Certificado de Nacido Vivo, Registros de Adopción
- Fallecimiento del Hijo(a)/Cónyuge Certificado de Defunción
- Divorcio Sentencia de Divorcio, Documentación de Separación Legal
- El Empleado o Dependiente Gana/Pierde otra Cobertura: Prueba de Nueva Cobertura o Pérdida de Cobertura

¡Nota! Antes de Iniciar un Divorcio/Disolución de una Pareja de Hecho, actualice la relación de su dependiente con el ex cónyuge o la ex pareja de hecho. Regrese a su solicitud de beneficios en su página de inicio y, en la sección Cambiar, seleccione Dependientes y luego edite el dependiente apropiado.

Change Reason *	select one	
	select one	
	Add/Update Beneficiary	
	Cafeteria Plan Enrollment	
	HSA Enrollment	
	Life Event - Birth / Placement of Child	Evento de Vida - Nacimiento/Colocación de un(a) Niño(
	Life Event - Death of a Dependent	
	Life Event - Dependent Gain or loss of Medicare	
	Life Event - Divorce	
	Life Event - Employee/Dependent Gains or Loses Other Coverage	
	Life Event - Employee Gain or loss of	

Ingrese la fecha de nacimiento, matrimonio, divorcio u otra fecha de evento como la pérdida o ganancia de la cobertura.

RECORDATORIO: Solo tiene 30 días a partir de cualquier evento de vida calificado para presentar/completar la inscripción, con la excepción de la ganancia/pérdida de Medicaid, en la que tiene 60 días.

Reason * Lit	fe Event - Birt	h / Placement	of Child 🔻	
Birth * MM/D miento * mes/d	D/YYYY Ē			
Elections By	(empty)			
	Elections By	Elections By (empty)	Elections By (empty)	Elections By (empty)

Haga clic en Seleccionar archivos para agregar la documentación necesaria.

• Matrimonio/Pareja de Hecho – Certificado o Licencia de Matrimonio,

• Nacimiento/Adopción de Niño(a) – Certificado de Nacimiento, Registros Hospitalarios, Certificado de Nacido Vivo, Registros de Adopción

- Fallecimiento del Hijo(a)/Cónyuge Certificado de Defunción
- Divorcio Sentencia de Divorcio, Documentación de Separación Legal

• El empleado o dependiente gana/pierde otra cobertura: prueba de nueva cobertura o pérdida de cobertura

	Drop files here
	or
	Select files Seleccionar Archivos
nter your comment	

Verifique que sus documentos se hayan cargado correctamente, debería ver una marca de verificación verde.



Haga clic en Enviar

Up	load	
\bigcirc	enter your comment	
Su	bmit Save for Later Cancel	

Debería aparecer un cuadro emergente que diga 'Abrir', puede hacer clic en esto para comenzar su inscripción O puede navegar a su bandeja de entrada, que se muestra a continuación.



A continuación, haga clic en Comencemos con la tarea correcta en su bandeja de entrada para iniciar su inscripción.

na	11/25/2024	☆	IMPORTANT: When you are done with your elections, click the R elections and complete the Electronic Signature. Scroll down the
			^
/e	11/22/2024		Initiated On 11/26/2024
			Submit Elections By 12/04/2024
			Let's Get Started Comencemos
/e	11/22/2024	☆	
n			4
			•

Inscripciones en la Cobertura de Atención Médica 4 Pasos

Haga clic en Administrar o Inscribir en el Mosaico de Cobertura que desea actualizar o en el que desea inscribirse.

Medical BCBS of Michigan HDI	HP - (2000)	Dental Delta Dental Di	PO	00
Cost per paycheck	\$10.00	Cost per paycheck	\$15.08	
Coverage	mployee Only	Coverage	Employee + Spouse	
Manage Administrar		Manage		Enroll
Dependent Care I Waived	FSA			
Enroll				

Haga clic en Confirmar y Continuar

Waive	BCBS of Michigan	O Select	\$85.00	\$223.49
4	PPO	 Waive 		
	€			
Confirm and Continue Cancel	Cor	nfirm and Continue	Cancel	

Agregue o elimine dependientes según corresponda para su Evento de Vida Calificado.

Verá sus dependientes existentes/agregados anteriormente enumerados aquí, si ya ha agregado a su nuevo dependiente, seleccione la casilla de verificación junto a su nombre. Si está agregando un dependiente por primera vez, haga clic en "Agregar Nuevo Dependiente" (consulte la siguiente sección sobre cómo agregar un nuevo dependiente).

A medida que selecciona o anula la selección de dependientes, debería notar que su "Cobertura" cambia al objetivo de cobertura apropiado y el costo por cheque de su plan se ajusta en función de estos objetivos de cobertura.

IMPORTANTE: Al agregar nuevos dependientes, se le pedirá que proporcione un número de seguro social, a menos que sean recién nacidos, en cuyo caso puede proporcionar el número de seguro social en una fecha posterior.

<u> </u>				
Add	New Dependent			
2 items			긑	
Select	Dependent	Relationship	Date of Birth	
	TI ''rg	Spouse	(
	Gronkowski Brandenburg	Child/Step-Child	10	

Haga clic en Administrar o Inscríbase en todas las demás fichas de Cobertura de Atención Médica que desee, asegurándose de seleccionar, anular la selección (eliminar) o agregar nuevos dependientes según sea necesario y según corresponda a su evento de vida elegible.



Agregar un Nuevo Dependiente

10 Pasos

Haga clic en Agregar Nuevo Dependiente

Add a new	w dependent or select an existing	dependent from the list below.	
Coverage	* Employee Only		
Plan cost	per paycheck \$4.72		
Add	New Dependent Agregar N	uevo Dependiente	
Add 2 items	New Dependent Agregar N	uevo Dependiente	
2 items Select	New Dependent Agregar N	uevo Dependiente Relationship	Date
2 items Select	New Dependent Agregar No Dependent Thomas Brandenburg	uevo Dependiente Relationship Spouse	Date (

PASO 15

Haga clic en Aceptar

Alexus E	Brandenburg	
Add you	ur dependent here!	lumber under National ID (for newborns vou can skin)
		Cancel OK ve dependents.
	च E	a
	Date of Birth	
	04/05/1990	
į	10/01/2024	

Ingrese el nombre y apellido del dependiente, el segundo nombre es opcional.

Name	Personal Information
Country * X United States of America 🔯	Relationship * :=
Prefix I	Date of Birth MM/DD/YYYY
First Name * Baby Primer Nombre *	Age (empty)
	Gender * 📃
Vildale Name Segundo Nombre	Citizenship Status
.ast Name (Apellido *	Full-time Student
Suffix	Student Status Start Date
	Student Status End Date
	Disabled
Allow Duplicate Name	

Seleccione la relación adecuada para el dependiente que va a agregar.

Nota: Aquellos con tutela legal sobre un(a) niño(a) deben seleccionar "Hijo(a)/Hijastro(a)"

rsonal Information				
ationship	* Search		:=	
e of Birth	* Child/	ouse Step-Child		
ŧ	Hijo(a)/	e		
der	*		:=	
zenship Status			∷≡	
-time Student	\Box			

Complete el resto de la información personal del dependiente.

La Fecha de Nacimiento y el Género son campos obligatorios para un dependiente.

Si su hijo(a)/hijastro(a) es un(a) estudiante universitario de tiempo completo, indíquelo marcando la casilla Estudiante de Tiempo Completo.

Si su dependiente está completamente discapacitado según lo definido por las regulaciones estatales y federales, marque la casilla 'deshabilitado'.

Personal Informat	ion	
Relationship	* Child/Step-Child	≣
Date of Birth Fecha de Nacimiento	* MM/DD/YYYY	
Age	(empty)	
Gender Género	*	∷≡
Citizenship Status		≔
Full-time Student	0	
Student Status Start Date		
Student Status End Date		
Disabled	0	

A continuación, deberá agregar el número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) de su dependiente

Nota: No se requiere un número de seguro social para los recién nacidos si no ha recibido uno de la SSA (por sus siglas en inglés) para completar la inscripción, sin embargo, esto debe agregarse en una fecha posterior.

Check this box only when there is more than one dependent with the same name.	
National IDs	
Click the Add button to enter one or more National Identifiers for this dependent.	
Add Agregar	
Address	Phone & Email
Address Use Existing Address	Phone & Email
Address Use Existing Address i i	Phone & Email Use Existing Phone Country Phone Code Ur
Address Use Existing Address Vse Existing Address i i i i i i i i i i i i iii iiii iiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiii	Phone & Email Use Existing Phone Country Phone Code Un Phone Number Country

Complete toda la información necesaria para agregar un documento Nacional de identidad (SSN, por sus siglas en inglés)

El país será típicamente Estados Unidos; El tipo de identificación Nacional generalmente será su número de seguro social; luego ingrese su número de seguro social en el campo agregar/editar ID. Tenga en cuenta que no es necesario agregar la fecha de emisión o vencimiento.

NO HAGA CLIC EN GUARDAR HASTA QUE COMPLETE EL RESTO DE LA INFORMACIÓN EN LAS SECCIONES RESTANTES

(Allow Duplicate Name
	Check this box only when there is more than one dependent with the same name.
	National IDs
	Click the Add button to enter one or more National Identifiers for this dependent.
	Country * VIIIted States of America 🖄 😑 Estados Unidos
Tipo de Idei	ntificación Nacional * (SN) or sus siglas en insidés
	Current ID (empty)
A	Add/Edit ID
	Issued Date MK/DD/YYYY 🗄
	Expiration Date MM/DD/YYYY
	Issued By
	Series
	Verification Date 11/26/2024
	Verified By
	Remove
	Add
	Save Cancel

Información de Contacto Completa

CONSEJO: puede usar sus direcciones y números de teléfono existentes si sus dependientes residen con usted, o puede ingresarlos manualmente.

		;
Address/Dirección	Phone & Email/Teléfono y Correo Electrónico	
Use Dirección Existente Country/País * United States of America /Estados Unidos de América Address Line 1 /Dirección 1 Address Line 2/Dirección 2	Use Existing Phone Use Teléfono Existente Country Phone Code Country Phone Code Country Phone Code United States of America (+1) Estados Unidos de Código de Teléfono de País América Phone Number Número de Teléfono Phone Extension Numero de Extensión Email Address Email Address Email Address Calanza (+1) Estados Unidos de Código de Teléfono Phone Extension Email Address Country Phone Code Country Phone Code Code Code Code Code Code Code Code Code Code	
City /Ciudad State/Estado Michigan Postal Code /Código Postal	Correo Electrónico	
Save Cancel Guardar		

Haga clic en Guardar para completar la adición/edición de su nuevo dependiente.

-			
		Phone & Email	
	i :=	Use Existing Phone	
_		Country Phone Code	United States of America (+1)
		Phone Number	
		Phone Extension	
		Email Address	

Solo para Recién Nacidos: Si no agregó el número de seguro social en el 'proceso de agregar dependiente'; puede seleccionar 'razón por la que el número de Seguro Social no está disponible' e ingresar un comentario. Actualice el número de Seguro Social de su dependiente una vez que reciba el nuevo número de la SSA (por sus siglas en inglés).

Select	Dependent		Relationship	Date of Birth	
	Thomas Branden	burg	Spouse	04/05/1990	
	Gronkowski Bran	denburg	Child/Step-Child	10/01/2024	
Security N Dependent	umber (SSN) or R	eason SSN is Not Av	ailable if you don't have access	to their number at this time. 후 뎐	
Dependent *Social Security Number					
Dependen	t ki	*Social Security Nu	mber		
Dependen Gronkows Brandenbu	t ki Jrg	*Social Security Nu	urity Number (SSN)		Ī
Dependen Gronkows Brandenbo	t ki rg	*Social Security Null Social Sec Reason SS Razón por Seguro Soc	mber urity Number (SSN) N is Not Available la que el Número de new born ial no está Disponible		
Dependen Gronkows Brandenbu	t ki rg	*Social Security Nul Social Sec Reason SS Razón por Seguro Soc	mber urity Number (SSN) :N is Not Available la que el Número de ial no está Disponible		•

Cuenta de Gastos de Inscripciones

5 Pasos

Haga clic en Inscribir o Administrar en cualquier mosaico que pueda actualizar o cambiar.

NOTA: Solo es elegible para inscribirse en la FSA (por sus siglas en inglés) de atención médica si NO está inscrito en el plan HDHP 200 (por sus siglas en inglés). HSA (cuenta de ahorros para la salud) es para aquellos inscritos en el plan HDHP 2000 (por sus siglas en inglés), y siempre es un evento de inscripción puntual que se puede cambiar/solicitar en cualquier momento. Consulte las instrucciones separadas sobre cómo inscribirse en una HSA (por sus siglas en inglés).

Medical BCBS of Michigan HDHP - (2000)	WPDATED Dental Delta Dental DPO	VPDATED Vision VSP VIS	Healthcare FSA Waived
Cost per paycheck \$72.19	Cost per paycheck \$28.63	Cost per paycheck \$8.11	
Coverage Employee + Child(ren)	Coverage Employee + Family	Coverage Employee + Child(ren)	
Dependents 1	Dependents 2	Dependents 1	
Manage	Manage	Manage	Enroll
Dependent Care FSA Waived			
Dependent Care FSA Waived			
Dependent Care FSA Waved			
	Basic AD&D 2 Plans	Voluntary Employee Life Unum (Employee)	Voluntary Employee AD&D Unum (Employee)

Seleccionar o Renunciar

Benefit Plan	*Selection	You Contribute (Biweekly)
WEX	Select/Seleccionar	
4		

PASO 26

Haga clic en Confirmar y Continuar

Confirm and Continue Confirmar y Continuar	

Para las cuentas FSA (por sus siglas en inglés), puede ingresar el monto anual o el monto por cheque de pago que desee elegir, el sistema calculará el otro campo automáticamente.

Contribute Your estimated contributions made this year 0.00	
Per Paycheck Monto por Cheque de Pago Annual Monto Anual	Remaining Paychecks 3
Summary Total Annual Contribution \$0.00	

Haga clic en Guardar

,	
Total Annual Contribution	\$5,000.00
Save Guardar	Cancel

Inscribirse en una Cobertura de Seguro (para FTE .75+...

14 Pasos

Seleccione Administrar o Inscríbase en el mosaico de cobertura de Seguro que desea actualizar o inscribirse, según corresponda a su evento calificado.

paycheck			
Manage			
nsurance			
Basic Life 2 Plans	Basic AD&D 2 Plans	Voluntary Employee Life Unum (Employee)	Voluntary Employee AD&D Unum (Employee)
Prudential - (\$50,000) Included (Employee)	Prudential - (\$50,000) Included (Employee)	Cost per paycheck \$2.70	Cost per paycheck \$3.69
Unum - (\$50,000) Included (Employee)	Unum - (\$50,000) Included (Employee)	Coverage \$150,000	Coverage \$400,000
Manage	Manage	Manage	Manage
		Administrar	
Voluntary Child Life Waived	Voluntary Child AD&D Waived		
Enroll	Enroll		

Haga clic en Confirmar y Continuar

Select
O Waive
Confirm and Continue Confirmate & Continue

Actualización de la Cobertura y/o Asignación de Beneficiarios

Para actualizar las asignaciones actuales, simplemente ajuste los porcentajes o agregue filas a la principal/secundaria para mover los beneficiarios según sea necesario. Tenga en cuenta que el porcentaje de nota para primaria DEBE ser igual al 100% del total.

Nota: en algunos eventos que califican será elegible para agregar cobertura o aumentar la cobertura, en otros eventos que califican solo podrá actualizar a los beneficiarios.

Calculated Co	overage	\$150,000.00			
Coverage		\$150,000			
Plan cost per	paycheck	\$2.70			
Beneficia	ries/Be	neficiarios			 Insurance Instructions
Select an exis allocation for	ting or add a each benefi	a new beneficiary person or trust to thi ciary.	s plan. You can also	adjust the percentage	Plan Description Unum
Primary Benefi	iciaries 2 iter	ns		±⊡ r	Provider Website Unum
+ Be	eneficiary/Be	eneficiario(a)		Percentage	Important Information
Θ	× Thomas	Brandenburg …	;≡)	50	You must submit Evidence of Insurability if your election exc previously selected coverage.
Θ	× Gronkov	vski Brandenburg 💮	;≡]	50	v v
4				•	
Secondary Ber	neficiaries 0	items		.≣ ⊡	1
(+) Be	eneficiary			Percentage	
		No Data			
5	ave	Cancer			

Agregar un nuevo Beneficiario

Haga clic en '+' para agregar una nueva fila.

Dellello	anes
Select an e allocation	existing or add a new beneficiary person or trust to this plan. You ca for each beneficiary.
Primary Be	neficiaries 2 items
Ð	Beneficiary/Beneficiario(a)
Θ	× Thomas Brandenburg ••••
Θ	× Gronkowski Brandenburg
4	

Haga clic en el cuadro de texto en blanco para buscar un beneficiario actual o seleccione 'agregar nuevo beneficiario o fideicomiso'

(+)	Beneficiary	Percentage	Important I
Θ	Search :=	0	You must subr previously sele
Θ	Existing Beneficiary Persons	50	
Θ	Existing Trusts > Add New Beneficiary or Trust/Agregar Nuevo Beneficiario o Fideicomiso	50	
4		▼	
Secondar	y Beneficiaries 0 items	<u>⇒</u> ⊡ ∟'	
(+)	Beneficiary	Percentage	
	No Data		

```
PASO 34
```

Seleccione Agregar nuevo Beneficiario o Agregar Nuevo Fideicomiso



PASO 35

Haga Clic en Continuar



Complete toda la Información del Beneficiario o Fideicomiso

Ingrese la Relación, la Fecha de Nacimiento, el Sexo, el Nombre/Apellido Y navegue hasta la pestaña de información de contacto e identificaciones nacionales para completar esos conjuntos de información.

IMPORTANTE: no haga clic en guardar hasta que haya completado también las pestañas 'información de contacto' y 'Documentos Nacionales de Identidad'.

Relationship *	=	
Use as Beneficiary Utilice como Beneficiario		
Date of Birth Fecha de Nacimiento		
Age (empt) Edad		
Gender Genero		
Allow Duplicate Name	1 1	
Legal Name Contact	nformation National IDs Additional Government IDs Other IDs n de Contacto Números de Identificación Nacional	
Country * X United State	of America 🔯 🛛 🗄	
Prefix	==	
First Name * Primer Nombre *		
Middle Name		
Last Name * Apellido *		
Suffix		

Haga clic en Información de Contacto y complete al menos un campo de contacto, Recursos Humanos recomienda que complete el número de teléfono y la dirección de los beneficiarios.

Age	(empty)		
Gender			≔
Allow Duplicate Name			
Legal Name	Contact Information Información de Contacto	National IDs	Additional Government II
Country * X Un	ited States of America [:=	
Prefix		∷≡	

Haga clic en la pestaña Identificaciones Nacionales para completar la adición del Número de Seguro Social de su beneficiario. ¡Esto es necesario para cualquier beneficiario!

l Name	Contact Information	National IDs Identificaciones Nacionales	Additional Government IDs	(

Haga clic en Agregar Fila

National IDs 0 items		
Agregar Fila	*Country	
Agregar Fila		

Introduzca el País, el Tipo de ID y el ID.

Una vez que el Nombre Legal, la Información de Contacto y la Identificación Nacional estén completos, puede hacer clic en el botón azul "Aceptar" para guardar su nuevo Beneficiario o Fideicomiso.

Use as Beneficiary								
Date of Birth	MM/DD/YYYY							
Age	(empty)							
Gender		=						
Allow Duplicate Na	ame							
🕕 Legal	Name Contact Information	National IDs Add	litional Government IDs	Other IDs				
								≅ ⊡ .¹
National IDs 1 it	em							
National IDs 1 it	*Country/País	1	National ID Type/Tipo de Identificaci	Current ID	Add/Edit ID Agregar/Editar Identificación	Issued Date	Expiration Date	Issued By
National IDs 1 it	em *Country/País	,]≡	National ID Type /Tipo de Identificaci	Current ID ón Nacional	Add/Edit ID Agregar/Editar Identificación	Issued Date MM/DD/YYYY	Expiration Date MM/DD/YYYY	Issued By
National IDs 1 at	*Country/Pais		National ID Type / Tipo de Identificaci	Current ID ón Nacional	Add/Edit ID Agregar/Editar Identificación	Issued Date	Expiration Date	Issued By
National IDs 1 m	*Country/País	,]=	National ID Type/Tipo de Identificaci	Current ID	Add/Edit ID Agregar/Editar Identificación	Issued Date	Expiration Date	Issued By

Una vez que haya asignado sus beneficiarios y seleccionado los montos de cobertura adecuados, puede hacer clic en 'guardar'.

Ξ	× Thomas Brandenburg	=
Θ	× Gronkowski Brandenburg	:=
4		
Secondar	v Beneficiaries 0 items	
+	Beneficiary	Per

Haga clic en Inscribir o Administrar en cualquier otro mosaico de seguro que desee agregar/actualizar.

Voluntary Child Life Waived	Volun Waived
Enroll Inscribir	Enroll
Additional Benefits	
TextCare	

Dependiendo de sus elecciones de seguro, es posible que deba completar una Evidencia de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés) a través del proveedor de Vida/Discapacidad antes de que su cobertura entre en vigencia. Esta información se llamará durante la inscripción y recibirá una tarea para completar su EOI (por sus siglas en inglés) según sea necesario. Póngase en contacto con benefits@maryfreebed.com para obtener más información o preguntas sobre el proceso de EOI (por sus siglas en inglés).

Envío de inscripciones

3 Pasos

IMPORTANTE: Las inscripciones no se envían hasta que complete los pasos a continuación. Puede abandonar la tarea de inscripción y volver en cualquier momento durante las fechas del período de inscripción para completar sus inscripciones. Pero debe completar los pasos a continuación para que se lleven a cabo sus elecciones.

Haga clic en Revisar y Firmar

TextCare TextCare		
Cost per paycheck	Included	
Manage		

PASO 44

Revise y acepte el aviso legal.

Lioononio orginataro	
Benefit Electronic Signature Text	
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:
You understand and approve the enrollment as indicated above. You	hereby authorize the company to deduct from your earnings the amount of your premiums or other contributions (if any) for the benefit options elected above.
You understand and acknowledge that under the Internal Revenue Cr	ode regulations rules, you may not change your benefit elections during the calendar year unless you experience a qualified change in status.
You understand that you will not pay income tax or FICA tax on my m	nedical, dental, vision, and Flexible Spending Account contributions. These benefits are paid through the Flexible Benefits Plan on a pre-tax basis.
Company-provided life insurance that exceeds \$50,000 may be subje	act to imputed income.
Each year, during the annual enrollment period, you will have the opti	ion to change certain coverages whether or not you have had a qualified change in status event during the calendar year.
enter your comment	
Process History	
Process History Alexus trandenburg Change Benefits for Life Event- On Hold	28 minutes ago
Process History Change Benefits for Life Event- On Hold Alexas Brandenburg Change Benefits for Life Event- Resumed	28 minutes ago 27 minutes ago

Haga clic en Enviar

	Alexus Brandenburg
	Change Benefits for Life Event- On Hold
0	Alexus Brandenburg
	Change Benefits for Life Event- Resumed
	Alexus Brandenburg
Θ	Change Benefits for Life Event- Awaiting Action

Imprima/Visualice sus Elecciones

3 Pasos

Haga clic en Ver Declaración de Beneficios 2024

Submitted	
You've submitted your elections.	
View 2024 Benefits Statement Ver Declaración de Beneficios del 2024	

PASO 47

Haga clic en Ver versión imprimible (PDF)

		×
L ²¹⁸	9	8
	×	PDF

Haga clic en Descargar

Esto descargará un PDF imprimible de sus elecciones. Sin embargo, también puede navegar a su perfil de empleado o al Centro de beneficios y pago para ver sus inscripciones actuales.

	Export I	× Document	Messa You m reduce	ge ust submit evidenc ed to \$0 until evider
overage	Calculated Coverage	Dependents		Beneficiaries