

Eventos de la vida: cómo hacer cambios en los beneficios o inscribirse como nuevo empleado

¿Necesita hacer un cambio en sus beneficios fuera de la Inscripción Abierta? Puede realizar cambios en su cobertura si experimenta alguno de los siguientes Eventos de vida calificados en los últimos 30 días:

- Pérdida de cobertura de salud (quiere agregarse a sí mismo o a sus dependientes a nuestro plan)
 - Perder la cobertura de salud existente, incluidos los planes basados en el trabajo, individuales y para estudiantes
 - Perder la elegibilidad para Medicare, Medicaid o CHIP
 - Cumplir 26 años y perder la cobertura a través del plan de uno de los padres
- Obtiene cobertura de salud en otro lugar (quiere eliminar la cobertura para usted o un dependiente)
 - Unirse al plan de un cónyuge
 - Obtener elegibilidad para Medicare, Medicaid o CHIP
- Cambios en la familia
 - Casarse o divorciarse
 - El nacimiento de un bebé o la adopción de un niño.
- Convertirse en elegible para las horas de ACA después de su período de prueba para nuevos empleados

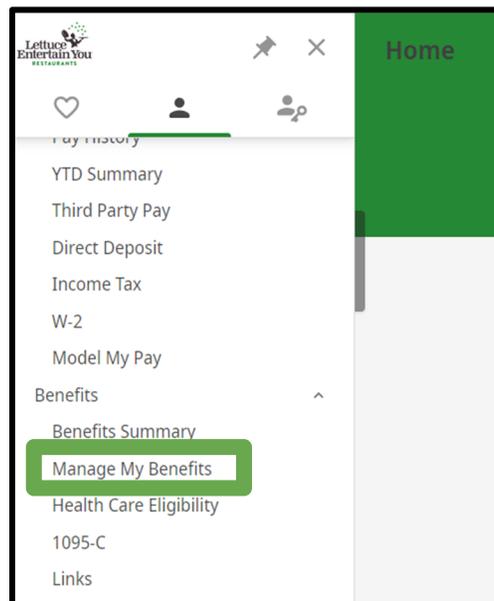
Necesitará **documentación** para respaldar Life Events y para inscribir a miembros de la familia; por favor tenerlos listos para cargar.

- Si está **agregando a su cónyuge** a su cobertura, necesitará una copia del certificado de matrimonio y un banco conjunto actual, estado de cuenta de crédito o declaración de impuestos. ¿Agregar una pareja de hecho? Comuníquese con beneficios@leye.com para obtener más información.
- Si **agrega hijos dependientes**, necesitará una copia del certificado de nacimiento o los documentos de adopción.
- Si experimenta un **divorcio**: necesitará una copia de la sentencia de divorcio.
- Si ha **perdido la cobertura**; deberá presentar una copia de la carta COBRA u otra prueba aceptable con la fecha en que perdió la cobertura.
- Si **obtuvo cobertura en otro lugar**, presente prueba de cuándo comenzó la cobertura actual, generalmente el certificado de seguro de la nueva compañía de seguros.

Su inscripción no se activará sin esta documentación, que debe cargarse cuando se le solicite después del pago o enviarse por correo electrónico a beneficios@leye.com dentro de los **30 días**. **IMPORTANTE: Si no envía la documentación dentro de su ventana de inscripción, su elección será rechazada y cancelada.**

¡Empecemos!

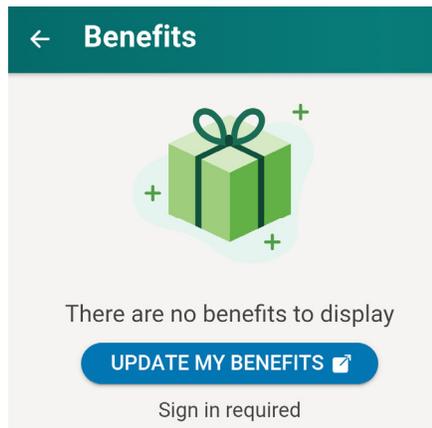
- Desde el sitio n12.ultipro.com, vaya a **Yo mismo** y luego a **Beneficios**
- Haga clic en **Administrar mis beneficios**



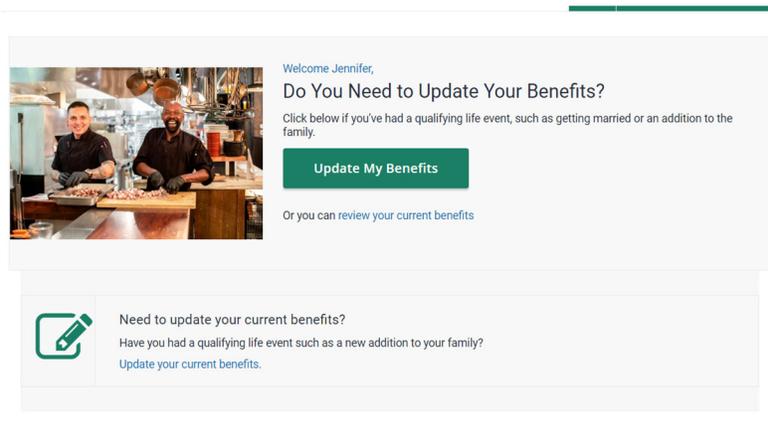
- O en la aplicación UKG, elija el mosaico **Beneficios**



- elija **Actualizar mis beneficios**



- Elija **Actualizar mis beneficios** en la página de bienvenida o revise los beneficios que ya tiene



- Verifique su información de su empleado
- Haga clic en **Editar información** para realizar cambios o actualizaciones

- Cuando haya terminado, haga clic en **Guardar**
- Haga clic en **SIGUIENTE REVISAR MI FAMILIA**
- Haga clic en + **Agregar miembro de la familia** para ingresar el dependiente O
- Haga clic en **SIGUIENTE** si no tiene dependientes

NOTA: Deberá cargar los documentos de respaldo de los dependientes después de la inscripción para que su cobertura entre en vigencia.

- Esto se hace después de **Checkout**

- Una vez que haya agregado y guardado con éxito la información de los dependientes, seleccione **Next Shop for Benefits**

Successfully saved your family member.

[Edit Info](#)

Basic Info		Additional Info	
First Name *	Middle Name	Lives At Home	
Henry		Yes	
Last Name *	SSN		
Child	123-45-6789		
Gender *	Birthdate *		
Male	06/23/1999		
Relationship *			
Child			

[Back](#)  [Next: Shop for Benefits](#)

En **Comprar beneficios**, elija la opción **Comprar planes** a la derecha de la categoría de beneficios

Welcome Nilda \$0.00 Per Pay Period

Your Benefits

Review Profile [Shop Benefits](#) [Checkout](#)

To make a change, click on the benefit name. To complete your enrollment, click **Check Out** at the bottom of the page.

Current Benefits Plan Year Effective from 09/01/2021 to 08/31/2022

Medical	<input type="checkbox"/> No Plan Selected	 Shop Plans
Critical Illness	<input type="checkbox"/> No Plan Selected	Shop Plans
Accident Insurance		

NOTA: Deberá pasar por CADA categoría de beneficios e inscribirse o renunciar antes de poder pagar

- Marque los dependientes que desea cubrir en el área de **Family Covered**
 - Desmarque para eliminar la cobertura
- Elija **Ver plan** para ver información detallada sobre el plan

NOTA: No podrá inscribirse en un plan sin elegir primero **Ver plan**

The screenshot displays a user interface for selecting a health plan. At the top right, there is a user profile 'Welcome Nilda' and a shopping cart icon. Below this is a navigation bar with a link '< To Benefits'. The main section is titled 'Family Covered' and includes a '+ Add Family Member' link. Underneath, there are two checked checkboxes for 'Yourself' and 'Henry Child'. Below this is a 'Select a Plan' section with three plan cards. Each card features the BlueCross BlueShield of Illinois logo, the plan name, the premium amount per pay period, and a table of financial details. The first plan is 'Premium PPO Plan' with a premium of \$303.50. The second is 'Base PPO' with a premium of \$222.00. The third is 'HDHP + HSA Plan' with a premium of \$173.50. Each card has a 'View Plan' button at the bottom. Green arrows highlight the 'Family Covered' section and the 'View Plan' button for the Premium PPO Plan.

- Una vez en **Ver plan**, elija **Actualizar carrito** para seleccionar el plan e inscribirse

Family Covered ➕ Add Family Member

Yourself Henry Child

<input type="checkbox"/> Employee Only	\$86.50 Per Pay Period
<input type="checkbox"/> Employee + Spouse	\$276.00 Per Pay Period
<input checked="" type="checkbox"/> Employee + Children	\$222.00 Per Pay Period
<input type="checkbox"/> Employee + Family	\$316.00 Per Pay Period

Plan Details

Description	In Network	Out of Network
Plan Deductible	Single: \$3,000 / Family: \$6,000	Single: \$7,000 / Family: \$14,000
Coinsurance	You Pay 20% / Plan Pays 80%	You Pay 50% / Plan Pays 50%
Out-of-Pocket Maximum	Single: \$7,000 / Family: \$14,000	Single: \$14,000 / Family: \$28,000
Preventive Care	Covered at 100%	Deductible, then 50%
Doctors Office Visit Copays	Virtual Visit: \$15 / Primary Care: \$50...	Deductible, then 50%
Routine Vision Exam	Covered at 100%	Deductible, then 20%

Base PPO
\$222.00
Per Pay Period

[Update Cart](#)

[Decline Medical Benefits](#)

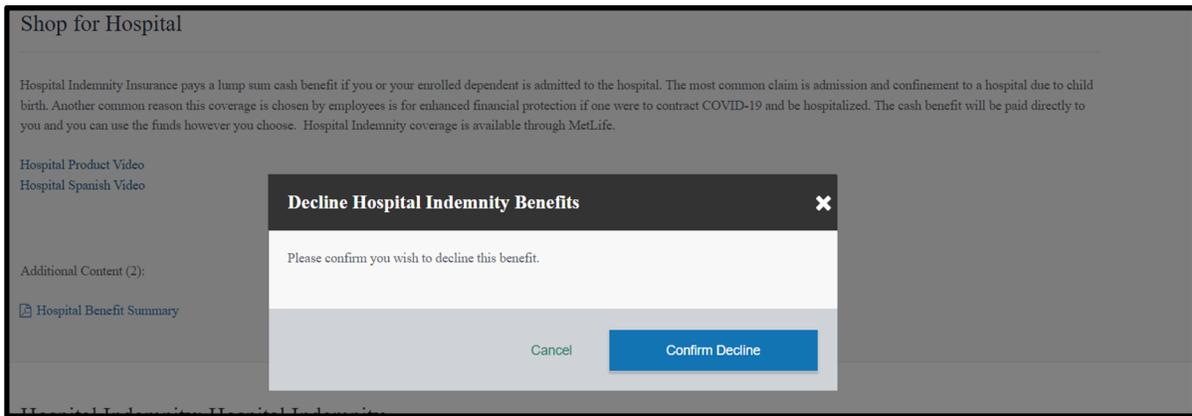
- El carrito se actualizará con el costo del plan por periodo de pago

Welcome Nilda ▾  **\$222.00**
Per Pay Period

- El carrito actualizado lo llevará de vuelta a la página **Comprar planes**
- Continúe el proceso comprando CADA PLAN (Enfermedad crítica, Accidente, Visión, etc.)
- Agregar o renunciar a la cobertura en cada
- Para rechazar una cobertura, elija **Rechazar beneficios** en la opción **Actualizar carrito**



- Una ventana emergente le pedirá que confirme el rechazo de la cobertura



- Ciertas coberturas (enfermedad crítica y vida) le pedirán que elija el monto de la cobertura
- Esto cambiará el costo de la cobertura por período de pago

NOTA: Se verá una barra gris con **INSCRIPCIÓN**, pero la inscripción no se completará hasta que **seleccione la cantidad** y **actualice el carrito**.

Voluntary Employee Life: Voluntary Life and AD&D

[← To Benefits](#)

Select Coverage Level

Enrolled

Select Coverage Amount

 **→** Select Amount ▾

- Guaranteed Coverage
- \$10,000.00 (\$0.60)
- \$20,000.00 (\$1.20)
- \$30,000.00 (\$1.80)
- \$40,000.00 (\$2.40)
- \$50,000.00 (\$3.00)
- \$60,000.00 (\$3.60)
- \$70,000.00 (\$4.20)
- \$80,000.00 (\$4.80)
- \$90,000.00 (\$5.40)
- \$100,000.00 (\$6.00)
- \$110,000.00 (\$6.60)


Voluntary Life and AD&D

\$0.00

Per Pay Period

 [Update Cart](#)

[Decline Voluntary Employee Life Benefits](#)

- Después de elegir el nivel de seguro de vida, haga clic en **Siguiente Revisar beneficiarios**

Voluntary Employee Life

 MetLife	Voluntary Life and AD&D	\$3.00 Per Pay Period	View or Change Plan
--	-------------------------	--------------------------	-------------------------------------

Voluntary Child Life

 MetLife	Voluntary Child Life	\$1.00 Per Pay Period	View or Change Plan
--	----------------------	--------------------------	-------------------------------------

Employer Contribution	\$175.34
Your Cost Per Pay Period	\$270.03

You must select or decline all coverages before moving on [Next: Review Beneficiaries](#)

- Puede completar previamente la información del beneficiario de los dependientes O agregar nuevos beneficiarios

 **MetLife** Voluntary Employee Life Coverage amount \$50,000.00

Primary Beneficiaries (Required *)
You must designate a primary beneficiary for this benefit.

[+ Add Beneficiary](#) 

Would you like to add secondary beneficiaries?  No Yes

[Back](#) [Review and Checkout](#)

- Ingrese las asignaciones para cada beneficiario; la suma debe sumar 100%
 - EJEMPLO: Si tiene un beneficiario, la asignación es del 100%. Si tiene dos beneficiarios, cada uno recibe el 50%, etc.

MetLife Voluntary Employee Life Coverage amount \$50,000.00

Primary Beneficiaries (Required *)
You must designate a primary beneficiary for this benefit.

Beneficiary Name	Allocation	Actions
Henry Child, Child	50%	Edit Delete

[+ Add Beneficiary](#)

Allocation Total: **50%**
Allocation Total must equal 100%

Would you like to add secondary beneficiaries? No Yes

[Back](#) [Review and Checkout](#)

- Después de haber renunciado o inscrito a través de cada plan, el sistema le indicará que eche un último vistazo
- Si no hay cambios, haga clic en **PAGAR** en Beneficios actuales

Welcome Nilda
\$270.03
Per Pay Period

Medical

BlueCross BlueShield of Illinois Base PPO

\$222.00
Per Pay Period

[View or Change Plan](#)

Start Date: 06/01/2022

Family Covered: Henry Child

Coverage Level: Employee + Children

Employer Contribution: \$175.34

Critical Illness

MetLife Critical Illness

\$7.70
Per Pay Period

[View or Change Plan](#)

Start Date: 06/01/2022

Volume: \$10,000.00

Coverage Level: Employee + Children

Family Covered: Henry Child

Accident Insurance

MetLife Accident Insurance

\$9.70
Per Pay Period

[View or Change Plan](#)

Start Date: 06/01/2022

Coverage Level: Employee + Children

[← Back](#)

Checkout

© Lettuce Entertain You Enterprises, Inc., 2022

- Después de finalizar la compra, puede enviarse por correo electrónico una copia de la confirmación de su beneficio.

NOTA: Si agregó dependientes o tuvo un evento de vida, verá **SU LISTA DE TAREAS**

- SU INSCRIPCIÓN NO ESTARÁ COMPLETA HASTA QUE CARGUE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA Y SEA APROBADA

Welcome Nilda

Current Benefit Elections

New Hire Enrollment!

Congratulations. You have completed the new hire enrollment process and confirmed your benefits.

Need a copy of your benefits confirmation statement? [Send by Email](#)

Review Profile Shop Benefits Checkout

The coverage details listed below are the current active elections on file for you and your dependents.

1. To change an election, click directly on the name of the benefit.
2. To complete enrollment, click continue at the bottom of the page.
 - If you believe there is an error in your statement, please contact Human Resources.
 - If you need to make changes due to a qualifying life event, please click on the Life Event link.

Click on the icons below to print your confirmation statement or generate a PDF file.

Your To-Do List

- Upload the required document for Henry Child

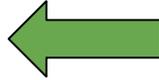
0 of 1 Complete

Open >

- Para cargar los documentos requeridos, siga las instrucciones a continuación

Your To-Do List ¹

Upload the required document for Henry Child



Click **Upload required document**

Open

My Documents

Your healthcare provider requires the following documentation. If you are unable to supply the requested documents please indicate as such below. If you need time to gather these documents you may skip this section, however you must finish this step before your request will be processed.

Required Documents

Select Document Type:

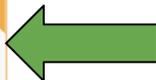
Birth Certificate

Henry Child

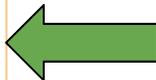
Drag document here
or click to browse

Files must not exceed 5MB in size. For optimal performance please select files of 3MB or less.

Other options:
[Select an existing document](#)
[Cannot provide required document](#)
[I will supply the document later](#)



Select the type of document you are uploading



Drag document to upload or browse device

If you choose to supply document later, you must do so within 30 days or your enrollment will not be complete and coverage will not become active