



2025

GUÍA DE BENEFICIOS



SUBARU of INDIANA AUTOMOTIVE, INC.

SUS BENEFICIOS A TRAVÉS DE SUBARU OF INDIANA AUTOMOTIVE, INC. (SIA)

Comprendemos el papel importante que tienen sus beneficios en nuestra vida y en nuestra salud en general. Por eso, le brindamos un paquete de beneficios que le permite elegir la cobertura indicada para usted y su familia como nuevo empleado y cada año durante la Inscripción Abierta.

Esta guía de beneficios puede ayudarle a familiarizarse con sus opciones bajo el programa de beneficios de SIA. También proporciona consejos, herramientas y recursos útiles para ayudarle a pensar detenidamente en sus opciones y tomar decisiones inteligentes.

¿QUIÉNES SON ELEGIBLES?

Asociados

Los asociados que trabajan al menos 16 horas por semana son elegibles para recibir los beneficios que se describen en esta guía. La mayoría de los beneficios entran en vigencia el primer día del mes posterior a su fecha de contratación.

Dependientes

- Su cónyuge legal
- Hijos/hijastros hasta los 26 años
- Menores bajo tutela legal (por lo general hasta los 18 años)

Preparación para la inscripción:

- Considere sus necesidades de cobertura para el año entrante. Por ejemplo, ¿cuánto pagó de bolsillo en gastos de atención médica el año pasado?
- ¿Prevé utilizar servicios principales en 2025?
- Debe tener en cuenta estos factores al decidir si aportar a una FSA para Atención Médica, al igual que cuánto aportar.
- Recabe la información que necesitará. Si tiene previsto cubrir a dependientes nuevos en sus planes, deberá contar con su fecha de nacimiento y, si los tiene, los números del Seguro Social. Además, necesitará documentos que acrediten la elegibilidad de los dependientes, como una licencia de matrimonio o un certificado de nacimiento.

Aprovechar al máximo sus beneficios depende de qué tan bien conozca sus planes y de cómo decida usarlos. Asegúrese de leer toda esta guía para encontrar información importante sobre sus opciones de beneficios.

ÍNDICE

- 3 Aspectos básicos de los beneficios
- 4 Instrucciones de inscripción
- 6 Cambios en sus beneficios a mitad de año
- 7 Resumen de los planes médicos
- 8 Resumen del plan de farmacia
- 10 Recursos del plan médico
- 11 Plan odontológico
- 12 Plan oftalmológico
- 13 Cuentas de Gastos Flexibles
- 14 Centro de Salud y Bienestar de SIA
- 15 Centro de Recreación de SIA
- 16 Seguro de Vida y AD&D
- 17 Programas de Reemplazo de Ingresos por Discapacidad
- 18 Planes voluntarios
- 19 Plan de Retiro de SIA
- 20 Beneficios de Salud para Jubilados de SIA
- 21 Beneficios adicionales
- 23 Términos útiles sobre beneficios
- 24 Información de contacto
- 25 Avisos Legales

INSCRIPCIÓN EN SUS BENEFICIOS



Inicie sesión en <https://workforcenow.adp.com>



Comience el proceso de inscripción a los beneficios.



Elija los beneficios que desee.



Revise y envíe sus elecciones.



Conserve una copia de sus elecciones para sus registros.

ASPECTOS BÁSICOS DE LOS BENEFICIOS



Sus beneficios son una colaboración entre usted y SIA. En el cuadro que figura a continuación se indica cómo comparten usted y SIA los costos de los beneficios. El tratamiento fiscal muestra si su aporte se toma de su cheque de pago antes o después de impuestos.

BENEFICIO	TRATAMIENTO IMPOSITIVO	QUIÉN PAGA
Plan médico y de farmacia	N/C	SIA
Plan odontológico	N/C	SIA
Plan oftalmológico	N/C	SIA
Cuentas de Gastos Flexibles	Antes de impuestos	SIA y usted
Seguro básico de vida y muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D)*	N/C	SIA
Seguro voluntario de vida y AD&D	Después de impuestos	Usted
Seguro de discapacidad a corto plazo	Después de impuestos	SIA
Seguro de discapacidad a largo plazo	Después de impuestos	SIA
Seguro de accidentes	Después de impuestos	Usted
Seguro de enfermedades graves	Después de impuestos	Usted
Plan de asistencia al asociado (PAA)	N/C	SIA
Centro de Salud y Bienestar de SIA	N/C	SIA
Plan de Ahorro para la Jubilación 401(k)	Antes de impuestos o Roth	SIA y usted

*En el caso de la muerte del Asociado, este beneficio puede ser un evento gravable para el beneficiario.

Consejo: Consulte la página 23 para ver las definiciones de términos frecuentes sobre beneficios.

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

ADP Workforce Now es el portal integral de SIA, donde podrá inscribirse en los beneficios, ver sus recibos de sueldo y actualizar sus retenciones de impuestos. Los siguientes consejos le ayudarán a preparar y completar el proceso de inscripción en línea.

ANTES DE INSCRIBIRSE

Tómese el tiempo necesario para revisar minuciosamente la información sobre los diferentes beneficios que ofrece esta guía. Los resúmenes de los planes, con información más detallada, se encuentran disponibles en el **HR Hub** en **mySIA** en subaru-sia.com/hrhub.

¿Alguna pregunta? Comuníquese con **Beneficios para los Asociados** a benefits@subaru-sia.com o llame al 765-772-7102, 765-449-6296 o 765-449-6235.

PASOS PARA COMPLETAR SU INSCRIPCIÓN

PASO 1: Inicie sesión en ADP Workforce Now, en workforcenow.adp.com.

- Se le ha asignado una ID de usuario, que por lo general es su primera inicial + su apellido + @sia1
- Por ejemplo: Jerry Subaru sería jsubaru@sia1
- Debe haber elegido su propia contraseña al registrarse.
- Si ha olvidado su ID de usuario, haga clic en "Forgot your user ID" (Olvidó su ID de usuario) y siga las indicaciones. Si ha olvidado su contraseña, introduzca su nombre de usuario y haga clic en "Forgot your password" (Olvidó su contraseña) en la página siguiente.
- Si sigue teniendo problemas para iniciar sesión, consulte al sector de **Beneficios para los Asociados**.

PASO 2: Haga clic en "Start Enrollment" (Comenzar inscripción) en la ventana emergente o haga clic en "Myself" (Yo), luego en "Enrollments" (Inscripciones), debajo de "Benefits" (Beneficios) y luego en "Start Enrollment" (Comenzar inscripción). Utilice en botón "Next" (Siguiente) ubicado en el extremo inferior derecho para avanzar por el proceso de inscripción.

PASO 3: En la página de Gestión de dependientes, haga clic en "Add dependent or beneficiary" (Agregar dependiente o beneficiario). Si no obtendrá cobertura para ningún dependiente o si no agregará nuevos dependientes, pase al próximo paso. Puede agregar beneficiarios más adelante en la ventana de seguro de vida.

- Elija la relación para un dependiente (cónyuge o hijo/a) o beneficiario (persona u organización que recibiría un beneficio en caso de su fallecimiento).
- Si selecciona hijo/a, seleccione también la clasificación apropiada para los hijos (por ejemplo, hijo biológico, hijastro, tutela legal).
- Ingrese información en todos los campos con un asterisco (*).
- Si su dependiente tiene o se le asignará un número del Seguro Social (SSN), seleccione Número del Seguro Social (SSN) de Estados Unidos debajo de Tipo de ID fiscal e ingrese ese número en el campo de ID fiscal. Si no conoce su SSN en el momento de la inscripción, puede omitir este paso por ahora. Si su dependiente no tiene ni tendrá un SSN, deje el campo de ID fiscal en blanco y marque la casilla "Applied for" (Solicitado).
- Si su dependiente es discapacitado, marque la casilla "Disabled" (Discapacitado) debajo de "Coverage Impact" (Impacto de la cobertura).
- Haga clic en "Save" (Guardar). Este paso aún no agrega a los dependientes a los beneficios ni asigna beneficiarios.

No se requiere un SSN para completar el proceso de inscripción, pero es importante contar con este número en el sistema de beneficios. Si no tiene un SSN al momento de la inscripción, obténgalo lo antes posible y vuelva para actualizar el registro de sus dependientes, o comuníquese con un miembro de Beneficios para los Asociados para recibir ayuda.

Nota: Un dependiente también puede ser beneficiario y no es necesario agregarlo por separado como beneficiario.

PASO 4: Complete la encuesta sobre consumo de tabaco (solo afecta a aquellos que se inscriben en Enfermedad grave).

PASO 5:

- Comience la inscripción haciendo clic en el botón "View all plans" (Ver todos los planes), a la derecha de la casilla de beneficios médicos. Si ingresó dependientes en una pantalla anterior, aparecerán en la lista de personas cubiertas. Debe marcar la casilla ubicada junto a su nombre para indicar que quiere que estén cubiertos bajo el plan que está visualizando. Para revisar la información acerca del plan, haga clic en "Additional Details" (Datos adicionales) junto al nombre del plan (se recomienda encarecidamente).
- Si desea renunciar/no participar en un plan, haga clic en el botón "Waive benefit" (Renunciar al beneficio), del lado derecho de la página. Se le pedirá que seleccione una razón para la renuncia (por ejemplo, ya tiene cobertura, no la quiere/necesita).
- Cuando esté listo, haga clic en "Confirm Details" (Confirmar datos) y pase a la próxima opción de beneficios.

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)

PASO 6: El beneficio de **Seguro de Vida y AD&D proporcionado por el empleador** se le otorga automáticamente, pero requiere la designación de un beneficiario.

- Haga clic en el botón "View all plans" (Ver todos los planes), y luego deslícese a beneficiarios.
- Cualquier dependiente ya agregado aparecerá aquí como opción de beneficiarios. Si necesita añadir a alguien, haga clic en "Add Beneficiary" (Añadir beneficiario). Solo se requiere indicar el nombre y el vínculo con usted, pero cualquier información de contacto o de identificación que pueda incluir sería de gran ayuda.
- Puede designar la cantidad de beneficiarios que desee.
- Un beneficiario primario tendría la prioridad para recibir el pago de sus beneficios. Designe a sus beneficiarios primarios ingresando el monto del porcentaje en el campo debajo de Primary (Primarios). **Los montos de sus porcentajes deben sumar 100% en total.**
- Un beneficiario secundario recibirá el pago de sus beneficios si fallece el beneficiario primario. No tiene obligación de designar beneficiarios secundarios, pero puede hacerlo ingresando un monto en porcentaje en el campo debajo de Secondary (Secundarios). **Los montos de los porcentajes deben sumar 100% en total.**
- Cuando finalice, haga clic en "Confirm Details" (Confirmar datos) y vuelva a confirmarlo en la página siguiente.

PASO 7: Repita el Paso 5 para el resto de las opciones de beneficios.

Nota: Debe revisar y actuar (inscribirse o renunciar/rechazar) para cada plan bajo "Action Required" (Se requiere acción) a fin de pasar al próximo paso.

PASO 8: Verá cuestionarios en torno a si su cónyuge también trabaja en SIA ("Pregunta Obligatoria") y cómo le gustaría acceder a los documentos de beneficios que SIA tiene obligación de ofrecerle ("Descripción Resumida del Plan" (SPD)). La SPD informa qué ofrece su plan y cómo opera. Estas preguntas requieren respuesta y no se deben rechazar.

Una vez realizadas todas sus elecciones, cada beneficio se marcará con una tilde verde de "Seleccionada" o una etiqueta roja de "Renuncia" del lado derecho de la página y puede hacer clic en el botón Siguiente azul ubicado en el extremo inferior derecho de la pantalla.

PASO 9: Si agregó algún dependiente nuevo (cónyuge, hijos), usted puede cargar los documentos de respaldo (certificado de matrimonio, certificado de nacimiento o carta del hospital) en ADP aquí. Si no tiene una versión escaneada o una foto del documento, puede presentarlo en la oficina de Beneficios para los Asociados o enviarlo por correo electrónico a benefits@subaru-sia.com. La documentación de respaldo se debe recibir para la fecha límite de la inscripción. Si no se presenta la documentación en el plazo indicado, no habrá cobertura para esos dependientes.

PASO 10: Haga una revisión final de sus elecciones y dependientes cubiertos y haga los cambios deseados, luego haga clic en el botón azul de Enviar inscripción, ubicado en el extremo inferior derecho de la pantalla. Aún podrá realizar cambios hasta la fecha límite de la inscripción comunicándose con el sector de Beneficios para los Asociados.

DOCUMENTOS REQUERIDOS - CÓNYUGE, HIJOS/HIJASTROS, TUTELA LEGAL

- Certificado de matrimonio
- Certificado de nacimiento o carta de confirmación del nacimiento emitida por el hospital
- Documentos judiciales oficiales que certifiquen la tutela legal

DESPUÉS DE INSCRIBIRSE

Revise las deducciones de su primer cheque de pago posterior a la aprobación de su inscripción. Es su responsabilidad asegurarse de que las deducciones de la nómina por sus elecciones voluntarias de beneficios sean correctas. Si encuentra una discrepancia, informe a Beneficios para los Asociados de inmediato.

CAMBIOS EN SUS BENEFICIOS A MITAD DE AÑO



Las elecciones de beneficios que realice como contratado nuevo y durante la Inscripción Abierta regirán durante todo el año calendario. Solamente se pueden realizar cambios en sus elecciones a mitad de año si experimenta algún evento de vida habilitante.

EVENTOS DE VIDA HABILITANTES

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento, adopción o colocación en adopción de un hijo, muerte de su cónyuge o un menor dependiente
- Pérdida u obtención de otra cobertura para usted o su dependiente
- Aceptación de una orden de manutención médica infantil por parte del Administrador del Plan
- Llegada o partida de dependientes a/de los Estados Unidos.
- Adquisición de derecho a Medicare o Medicaid

Importante: Los cambios de beneficios se deben realizar y enviar junto con la documentación de respaldo **dentro de los 31 días de su evento de vida habilitante**. Si no realiza los cambios en un plazo de 31 días a partir del evento de vida habilitante, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para realizar cambios para el próximo año calendario (a menos que experimente otro evento de vida habilitante).

Paso para registrar los eventos de vida habilitantes:

1. Inicie sesión en ADP Workforce Now workforcenow.adp.com.
2. Haga clic en "Myself" (Yo) en el menú ubicado en la parte superior de la página, luego seleccione "Enrollments" (Inscripciones) debajo de "Benefits" (Beneficios).
3. Haga clic en "Report a Change" (Informar un cambio).
4. Seleccione el evento de vida aplicable e ingrese la fecha de dicho evento, luego haga clic en "Continue" (Continuar).
5. Si agrega a un nuevo dependiente, primero deberá ingresar su información, luego revisar sus beneficios y marcar la casilla junto a su nombre para que esté cubierto.

6. Puede subir los documentos de respaldo a ADP Workforce Now. También puede enviarlos por correo electrónico a benefits@subaru-sia.com o llevarlos a la oficina de Beneficios para los Asociados en el departamento de Recursos Humanos. Si no presenta la documentación de respaldo dentro del plazo, no se aceptarán sus cambios.
7. Asegúrese de revisar todas sus elecciones para verificar su precisión antes de enviar los cambios.

La cobertura es retroactiva a la fecha del evento de vida. Informe a Beneficios para los Asociados cualquier divorcio o evento de vida que afecte a otro Asociado dentro de los 31 días del evento.

Para realizar cambios en su formulario de retención de impuestos W-4 luego de un evento, visite ADP Workforce Now. Haga clic en Myself (Yo), Pay (Pago), Tax Withholdings (Retenciones de impuestos), y haga las modificaciones necesarias para hacer cambios estatales o federales.

INFORMACIÓN/DOCUMENTACIÓN NECESARIA AL AÑADIR NUEVOS DEPENDIENTES

Cuando añada dependientes a su cobertura, deberá proporcionar la siguiente información:

- Nombre legal
- Fecha de nacimiento
- Número de Seguro Social (si está disponible)
- Documentación de respaldo, como certificado de matrimonio, certificado de nacimiento y documentos de adopción.

Nota: Si puede ofrecer o recibir cobertura de otro Asociado de SIA (cónyuge, padres o hijos), solo uno de ustedes puede tener los beneficios médicos, odontológicos y oftalmológicos para la familia. El otro Asociado debe renunciar a estos beneficios. Asimismo, no se permite que los Asociados dupliquen la cobertura para la misma persona (por ejemplo, seguro de vida para el cónyuge o hijo que trabaja en SIA).

RESUMEN DE LOS PLANES MÉDICOS

SIA ofrece un plan médico PPO a través de Anthem.

SEPA CÓMO FUNCIONA SU PLAN



1. SU DEDUCIBLE

Usted paga de su bolsillo la mayoría de los gastos médicos, excepto los que tienen un copago, hasta que llega al deducible.



2. SU COBERTURA

Una vez que llega a su deducible, usted y el plan comparten el costo de los gastos médicos y de farmacia cubiertos con el coseguro. El plan pagará un porcentaje de cada gasto elegible, y usted pagará el resto.



3. SU MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO

Cuando se alcanza el máximo de gastos de bolsillo, el plan paga el 100% de los gastos médicos y de farmacia cubiertos durante el resto del año del plan. Su deducible y coseguro cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.

Nota: Hay máximos de gastos de bolsillo separados para el plan médico y los medicamentos recetados.

DEDUCIBLE MÉDICO Y MÁXIMO DESEMBOLSO DE BOLSILLO

- El plan médico de SIA tiene un deducible integrado, lo que significa que cada miembro de la familia puede satisfacer su propio monto deducible "individual" antes de que se alcance el monto "familiar". Los copagos no cuentan para el deducible, pero sí para el máximo desembolso de bolsillo.
- Una vez alcanzado el monto del deducible individual o familiar total, usted paga un porcentaje de los costos cubiertos a través del coseguro hasta alcanzar su máximo desembolso de bolsillo anual. Su coseguro es del 20% si usa proveedores dentro de la red y del 50% si utiliza proveedores fuera de la red.
- Los deducibles dentro y fuera de la red son separados y no pueden combinarse.
- El máximo desembolso de bolsillo es lo máximo que pagará en costos médicos elegibles en un año calendario. Una vez que haya pagado el máximo desembolso de bolsillo, el plan cubrirá el resto de los gastos elegibles al 100% durante el resto del año. Si acude a proveedores fuera de la red, usted tendrá que hacerse cargo de los cargos por encima de lo que es "razonable y habitual".

CÓMO SACAR MÁXIMO PROVECHO A SU PLAN

El aprovechamiento máximo de su plan también depende de qué tan bien lo conozca. Tenga en cuenta estos consejos importantes cuando utilice su plan.

- **Proveedores y farmacias dentro de la red:** Siempre pagará menos si acude a un prestador de la red médica y de farmacia.
- **Atención preventiva:** La atención preventiva dentro de la red se cubre al 100% (sin ningún costo para usted). La atención preventiva se suele recibir durante un examen físico anual e incluye inmunizaciones, pruebas de laboratorio, exámenes y otros servicios destinados a prevenir la enfermedad o detectar problemas antes de que se noten los síntomas.

ENCUENTRE UN PROVEEDOR DENTRO LA RED

Inicie sesión en [anthem.com](https://www.anthem.com) y haga clic en "Find Care" (Buscar atención).

RESUMEN DEL PLAN DE FARMACIA

La cobertura de medicamentos recetados de SIA es administrada por Capital Rx.

- El plan de farmacia de SIA no tiene deducible.
- Usted paga de bolsillo por medicamentos recetados ya sea con un copago o porcentaje, en función de la categoría de farmacia. Algunos porcentajes tienen un costo mínimo y máximo.
- Cuando haya alcanzado su máximo desembolso de bolsillo de farmacia para ese año (que es independiente de su máximo de bolsillo para el plan médico), Capital Rx cubrirá los gastos elegibles restantes al 100% por el resto del año.

CONOZCA SU COBERTURA FARMACÉUTICA

- **Farmacia con servicio de pedidos por correo:** Si toma un medicamento de mantenimiento de forma constante por una condición como colesterol alto o presión arterial alta, puede utilizar la farmacia con servicio de pedidos por correo (Mail Order Pharmacy) para ahorrar en un suministro para 90 días.
- **Categorías de farmacia:** Los medicamentos se clasifican en categorías basadas en su costo, seguridad y eficacia. Estos niveles también afectan su cobertura.
 - **Genérico** – Fármaco equivalente a los medicamentos de marca en cuanto a uso, dosis, concentración, calidad y efectos, pero que no tiene marca registrada y, por lo tanto, es menos costoso para usted. La potencia y pureza de los fármacos genéricos son reguladas estrictamente por la Administración Federal de Alimentos y Fármacos.
 - **Medicamento preferido de marca** – Fármaco con una patente y marca registrada que se considera "preferido" porque es seguro y eficaz y no tiene un equivalente genérico.
 - **Medicamento no preferido de marca** – Fármaco con patente y marca registrada que no es "preferido" porque normalmente es más caro que otras opciones de medicamentos genéricos y preferidos de marca.
 - **Especializado** – Medicamento que requiere un tratamiento, administración o monitoreo especial. La mayoría de ellos pueden surtirse únicamente en una farmacia especializada y necesitan aprobaciones adicionales.

Capital Rx tiene una credencial de identificación separada para los beneficios de medicamentos con receta. Por eso, al visitar la farmacia para buscar medicamentos recetados, use la credencial de identificación de Capital Rx para procesar el seguro. Para comunicarse con Capital Rx, llame al 855-922-7793 o visite cap-rx.com.

COBERTURA MÉDICA Y DE FARMACIA

PRESTACIONES DEL PLAN MÉDICO	PLAN ANTHEM PPO		
	DENTRO DE LA RED		FUERA DE LA RED
Deducible anual (Individual/Familiar)	\$1,000/\$2,000		\$2,000/\$4,000
Máximo de bolsillo (incluye el deducible)	\$4,000/\$6,000		\$8,000/\$12,000
Atención preventiva	Se cubre al 100%		No se cubre (servicios de diagnóstico cubiertos al 50%*)
Visita al consultorio de atención primaria (incluido el ginecólogo/obstetra)	\$25 de copago		50%**
Visita a consultorio de médico especialista	\$50 de copago		50%*
Telemedicina Telesalud	LiveHealth Online: \$10 de copago Otra telemedicina***: \$25 de copago		No se cubre
Radiografías y análisis de laboratorio	20%*		50%*
Servicios de atención hospitalaria	20%*		50%*
Servicios de atención ambulatoria	20%*		50%*
Centro quirúrgico	20%		50%
Atención de urgencia	\$50 de copago		
Sala de emergencias	\$500 de copago (se exime en caso de hospitalización, luego se aplica el deducible)		
Cirugía ocular Lasik/PRK	El plan paga \$600/persona de por vida		
Servicios de laboratorio			
Panel de salud general, recuento sanguíneo completo, examen de próstata, faringitis estreptocócica, colesterol, Hemoglobina A1C	Nivel 1 Sin cargo	Nivel 2 20%*	Nivel 3 50%*
PRESTACIONES DE FARMACIA	PLAN DE CAPITAL RX		
	DENTRO DE LA RED		
Máximo de gastos de bolsillo para medicamentos recetados (individual/familiar)	\$2,850/\$7,700		
FARMACIA MINORISTA (SUMINISTRO DE HASTA 30 DÍAS)			
Genéricos	\$10 de copago		
Marca preferida	\$45 de copago		
Marca no preferida	25% (\$150 mín/\$250 máx)		
Especializado	30%		
FARMACIA DE PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO PARA 90 DÍAS)			
Genéricos	\$25 de copago		
Marca preferida	\$90 de copago		
Marca no preferida	25% (\$300 mín/\$500 máx)		
Especializado	30%		
Productos para dejar de fumar	\$0 (solo farmacia dentro de la red) Se excluyen algunas marcas		
Insumos para diabéticos (agujas, tiras reactivas, lancetas, jeringas)	\$0 (solo farmacia dentro de la red) Algunas marcas seleccionadas se cubren sin costo		

*Los servicios cubiertos de un proveedor no participante se basan en los cargos habituales, acostumbrados y razonables. El monto que cobra el proveedor puede ser mayor que este valor y es posible que usted deba hacerse cargo de la diferencia.

**Después del deducible

***Debe incluir tanto visual como de audio (computadora, teléfono inteligente, tablet)

¡UTILICE LAS REDES DE LABORATORIOS DE ANTHEM Y AHORRE!

Para encontrar un laboratorio de Nivel 1 cerca de usted (Quest, Mid America, LabCorp, IU Health Arnett Clinic o PCL Alverno), visite anthem.com o llame al 844-659-6883.

Asimismo, muchos servicios de laboratorio están disponibles a través del Centro de Salud y Bienestar de SIA sin cargo para usted.

Lo anterior es solo un resumen de la cobertura y puede encontrar más información sobre los planes en el HR Hub subaru-sia.com/hrhub.

RECURSOS DEL PLAN MÉDICO



NURSELINE 24/7 (LÍNEA DE ENFERMERÍA)

- Llame al 800-337-4770 para hablar con un enfermero titulado las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Los enfermeros pueden ayudarle a decidir si usted o un familiar deben ir a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia, o bien programar una cita con un médico.

TELEMEDICINA

- **LiveHealth Online** es un servicio que funciona las 24 horas todos los días y proporciona acceso a médicos certificados por la junta directiva a través de una aplicación móvil, video en línea o por teléfono.
- Si está en casa, en el trabajo, de viaje o simplemente desea una forma más cómoda de acudir a un médico, la telemedicina es fácil de usar y está disponible en cualquier momento y lugar.
- Obtenga atención para las alergias, el asma, los resfriados, la gripe, los dolores de oído, la conjuntivitis, las erupciones y mucho más. Incluso puede obtener una receta, si es necesario.
- LiveHealth Online cuenta con una red completa de salud mental para ayudar con necesidades emocionales, conductuales y sociales. Usted y sus dependientes cubiertos pueden visitar a un consejero, terapeuta o psicólogo con licencia desde la comodidad de su hogar mediante llamadas telefónicas o chats por video.
- Regístrese en livehealthonline.com.

CONDITION CARE (ATENCIÓN DE AFECCIONES)

Utilice Condition Care para recibir la atención que necesita para afecciones crónicas y gestionar los gastos asociados al asma, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad de las arterias coronarias y la insuficiencia cardíaca. Llame al 866-962-1069 para comunicarse con Condition Care, las 24 horas todos los días.

BUILDING HEALTHY FAMILIES (CONSTRUIR FAMILIAS SANAS)

A través de Building Healthy Families, los futuros padres pueden recibir ayuda e información especial, que incluye acceso a enfermeros titulados las 24 horas todos los días, para promover un embarazo, parto y bebé saludables. Para conectarse con Building Healthy Families, visite anthem.com. Luego encuentre los programas destacados en la parte inferior de la página de inicio. Seleccione "View All" (Ver todo), luego elija la ficha "Building Healthy Families" (Construir familias sanas).

PLAN ODONTOLÓGICO



Es importante tener exámenes y limpiezas dentales regulares para que los problemas sean detectados antes de que se vuelvan dolorosos y costosos. Mantener sus dientes y encías limpios y saludables ayudará a evitar la mayoría de las caries, y es una parte importante de su estado general de salud. Ofrecemos un plan odontológico a través de Delta Dental of Indiana.

PRESTACIONES DEL PLAN	DELTA DENTAL OF INDIANA
Deducible anual (individual/familiar)	\$65/\$390
Máximo de beneficio anual* (por persona)	\$1,800
Servicios diagnósticos y preventivos (p. ej., algunas radiografías, limpiezas, exámenes)	Se cubre al 100%
Servicios básicos y de restauración (p. ej., empastes)	20%
Servicios mayores (p. ej., prótesis dentales, coronas, puentes)	50%
Ortodoncia (hijos hasta los 19 años)	50%, hasta un máximo de por vida de \$1,800 por persona

*Monto máximo de beneficio que se paga cada año por cada miembro de la familia inscrito. No se debe confundir con el máximo de gastos de bolsillo.

Como miembro de un Plan de punto de servicio Delta Dental PPO™, usted puede acudir al odontólogo que elija. Sin embargo, probablemente ahorre más y reciba el mayor nivel de cobertura cuando acude a un odontólogo de Delta Dental PPO.

ODONTÓLOGOS DE DELTA DENTAL PPO	ODONTÓLOGOS DE DELTA DENTAL PREMIER®	ODONTÓLOGOS FUERA DE LA RED
<ul style="list-style-type: none">• Sin facturación de saldos por los servicios cubiertos.• Los descuentos más significativos de la red con más de 368,000 ubicaciones de consultorios en todo el país*• Los odontólogos presentan los reclamos por el afiliado	<ul style="list-style-type: none">• Sin facturación de saldos por los servicios cubiertos• Descuentos significativos en la red con la mayor cantidad de ubicaciones de consultorios en todo el país: 434,000*• Los odontólogos presentan los reclamos por el afiliado	<ul style="list-style-type: none">• Facturación de saldo• Sin descuentos en la red• Tal vez deba presentar sus propios reclamos

*Monto máximo de beneficio que se paga cada año por cada miembro de la familia inscrito. No se debe confundir con el máximo de gastos de bolsillo.

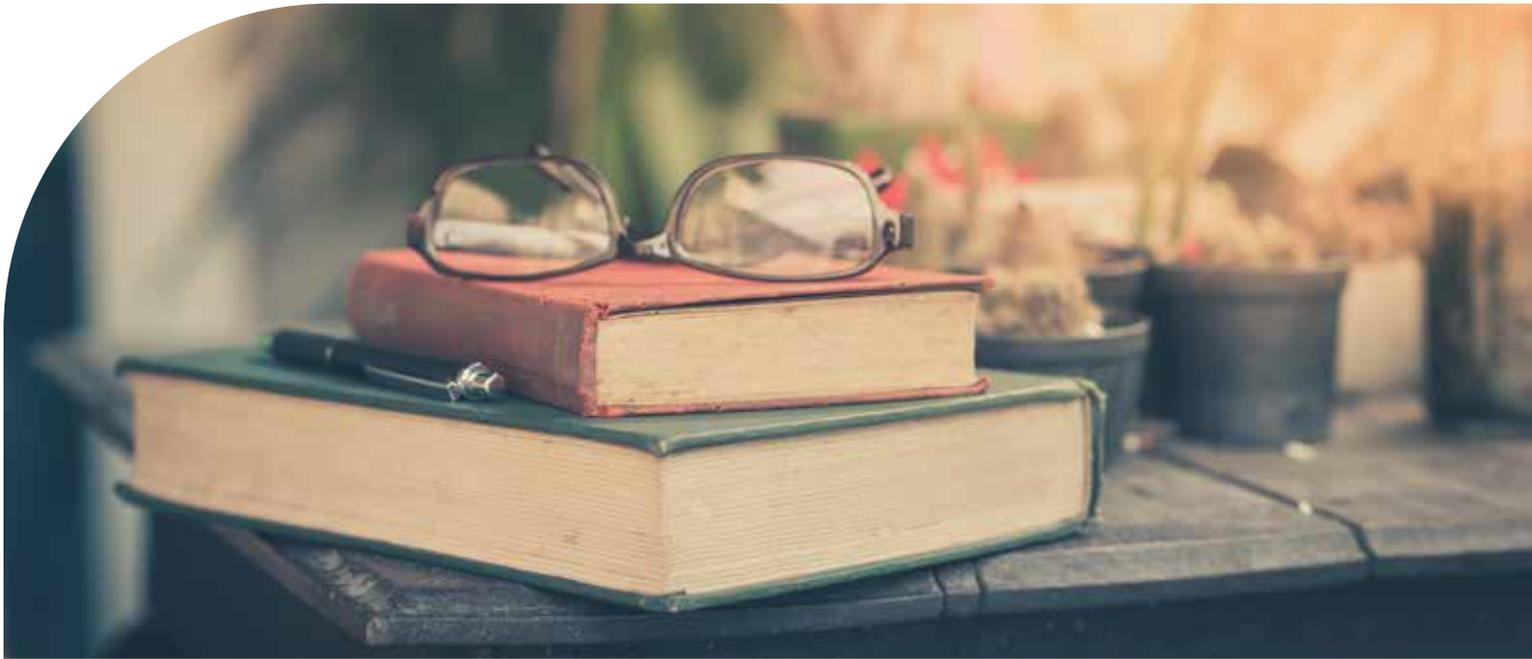
APROVECHE AL MÁXIMO SUS PLANES ODONTOLÓGICOS

- **Permanezca dentro de la red** - Aunque tiene la opción de elegir a cualquier proveedor, ahorrará dinero si se atiende con odontólogos dentro de la red. Si recurre a un proveedor odontológico fuera de la red/no participante, pagará más porque el proveedor no ha acordado cobrarle una tarifa negociada.
- **Chequeo anual gratuito** - Use la atención preventiva gratuita para mantener su boca y encías sanas durante todo el año.
- **Utilice los fondos de su FSA** - Ayuda a pagar gastos odontológicos de bolsillo elegibles.

ENCUENTRE UN PROVEEDOR ODONTOLÓGICO DENTRO DE LA RED

Visite deltadentalin.com y haga clic en "Find a Dentist" (Encontrar un odontólogo). Haga clic en el botón de búsqueda debajo de Delta Dental PPO y Delta Dental Premier. Ingrese la especialidad deseada, la red (Dental PPO o Delta Dental Premier), nombre del odontólogo específico (opcional) y la ubicación de la búsqueda. Luego, haga clic en "Find Dentists" (Encontrar odontólogos).

PLAN OFTALMOLÓGICO



El plan oftalmológico ofrece cobertura para exámenes oculares de rutina y paga la totalidad o una parte del costo de anteojos o lentes de contacto. Usted puede elegir a cualquier prestador; sin embargo, siempre ahorrará dinero si se atiende con prestadores dentro de la red. Ofrecemos un plan oftalmológico a través de Anthem.

PRESTACIONES DEL PLAN	ANTHEM BLUE VIEW VISION	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen (una vez por año calendario)	\$20 de copago	\$45 de copago
Lentes y/o armazones	\$20 de copago (materiales)	N/C
Lentes: (una vez cada año calendario)		
• Monofocales	Se cubre al 100%	Hasta \$32
• Bifocales	Se cubre al 100%	Hasta \$55
• Trifocales	Se cubre al 100%	Hasta \$65
• Lenticulares	Se cubre al 100%	Hasta \$80
Lentes de contacto (una vez por año calendario)	Se cubre al 100% hasta \$105	Hasta \$98
Lentes de contacto terapéuticos opcionales	100%	Hasta \$210
Armazones (una vez cada 24 meses)	100% hasta \$210	Hasta \$66

Nota: No se pueden recibir lentes de contacto y lentes para anteojos en el mismo año del plan (el beneficio de lentes de contacto se otorga en lugar del beneficio de lentes y armazones).

PAGUE POR GASTOS OFTALMOLÓGICOS LIBRE DE IMPUESTOS

Puede utilizar su FSA para pagar el copago de su examen y anteojos o lentes de contacto.

ENCUENTRE UN PROVEEDOR OFTALMOLÓGICO DENTRO DE LA RED

Inicie sesión en [anthem.com](https://www.anthem.com) y haga clic en "Find Care" (Buscar atención).

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES

Una Cuenta de Gastos Flexible (FSA) le ayuda a pagar los gastos médicos o de atención de dependientes utilizando dinero libre de impuestos. Su aporte se deduce de su cheque de pago antes de impuestos y se pone en la FSA. Cuando usted incurre en gastos elegibles, puede acceder a los fondos de su cuenta para pagarlos o reembolsarse a sí mismo si los pagó de bolsillo.

Este cuadro presenta los gastos elegibles para cada tipo de FSA y cuánto puede aportar cada año. Cada una de estas opciones reduce su ingreso gravable.

TIPO DE CUENTA	GASTOS ELEGIBLES	LÍMITES DE APORTE ANUAL
FSA para Atención Médica	La mayoría de los gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos que no cubre su plan de salud, como copagos, coseguros, deducibles, anteojos, ortodoncia, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre.	El aporte máximo es de \$3,200 por año. Los fondos se deducen durante todo el año, pero todos los fondos están disponibles el 1 de enero. SIA realiza un aporte de equiparación de hasta \$400 de su aporte.
FSA para Cuidado de Dependientes	Gastos de cuidado de dependientes, incluyendo guarderías, programas extraescolares para niños menores de 13 años o programas de cuidado de ancianos para que pueda trabajar o estudiar a tiempo completo.	El aporte máximo es de \$5,000 por año (\$2,500 si está casado/a y presenta declaraciones de impuestos por separado). Los fondos están disponibles incrementalmente en cada fecha de pago.

*Al momento de imprimir este documento, no se habían publicado los límites de la FSA para 2025. Para conocer los límites más recientes del IRS, visite www.irs.gov.

CÓMO FUNCIONA

Tarjeta de Débito (FSA para Atención Médica solamente)

Conserve sus recibos y las cartas de explicación de beneficios de su aseguradora después de usar su tarjeta de FSA para Atención Médica, dado que es posible que TASC le pida que demuestre los cargos (es decir, que demuestre que el gasto es elegible). **Los fondos utilizados para gastos que no se fundamenten en forma adecuada ante TASC se informarán como ingresos gravables en su W-2 al año siguiente del plan, conforme a las normas del IRS.**

Reembolso (FSA para Atención Médica y FSA para Cuidado de Dependientes)

Si paga los gastos elegibles de bolsillo, podrá presentar un reclamo a TASC con documentación de respaldo para el reembolso desde su cuenta aplicable. Asimismo, podrá registrarse en el depósito directo para recibir la devolución de los fondos más rápido.

Nota: Con su FSA para Cuidado de Dependientes, puede optar por presentar un reclamo para todo el año por sus servicios de cuidado diurno. Los servicios elegibles se reembolsarán hasta el saldo y cualquier fondo restante que se le deba se le pagará a medida que ingresen en la cuenta sus aportes quincenales.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES

- Las elecciones de las FSA no continúan automáticamente de un año a otro; usted debe inscribirse activamente cada año si desea participar.
- Los planes de las FSA no son intercambiables. Debe inscribirse en cada uno de ellos por separado y los fondos no son transferibles.
- Sus elecciones de FSA regirán a partir del 1 de enero hasta el 31 de diciembre. Se podrá acceder a la FSA para Atención Médica con la tarjeta de débito hasta el 31 de diciembre.
- Podrá acceder a los fondos que queden en su cuenta luego del cierre del año del plan presentando un reclamo de reembolso a más tardar el 31 de marzo de 2025.
- Por favor, planifique sus aportes cuidadosamente. Los fondos que queden sin usar en su(s) cuenta(s) se perderán. Esto se conoce como la regla de "se usa o se pierde" y se rige por las normativas del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS).
- Solo puede cambiar el monto de su aporte a la FSA si experimenta un evento de vida habilitante o un cambio de estado.

EJEMPLO DE FINANCIACIÓN

FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA

Aporte del Asociado	\$3,200
Aporte de equiparación de SIA	\$400
Saldo total de la FSA para atención médica	\$3,600

ACCESO A MYTASC

Para registrarse, comuníquese con TASC al 800-422-4661. Cuando llame, necesitará su ID de TASC única de 12 dígitos (que se le proporcionó con la carta de bienvenida de TASC). Una vez registrado, puede acceder a su cuenta en tasconline.com.

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR DE SIA

El Centro de Salud y Bienestar de SIA (HWC) es un centro de salud certificado, de última generación, que ofrece:

- Servicios de salud integrales de calidad superior
- Asesoramiento de corto plazo sobre salud conductual
- Servicios de fisioterapia
- Personal y gestión de calidad superior a través de Premise Health, líder en salud en el lugar de trabajo
- Ubicación conveniente en el lugar y horarios asequibles
- Estricta privacidad y confidencialidad; sus registros médicos son conservados por Premise Health y nunca se comparten con su empleador. Los registros de salud conductual se guardan separados de los registros médicos.

CUIDADOS INTENSIVOS

El HWC reconoce que las necesidades de atención médica no siempre son predecibles. Para su comodidad, hay algunos servicios de cuidados intensivos disponibles en el HWC durante el horario de atención habitual para los pacientes existentes que sufran una lesión o enfermedad imprevista. Antes de la visita, los pacientes deben llamar al HWC para programar una cita de cuidados intensivos.



Visite members.premisehealth.com/subaru para más información y para registrarse para acceder al portal. Allí, deberá crear su propio nombre de usuario y contraseña.

Quién es elegible: Jubilados menores de 65 años y Asociados en el plan médico de SIA junto con su cónyuge y dependientes cubiertos a partir de los 10 años de edad.

HORARIO (LUNES A VIERNES):

Los horarios están sujetos a modificaciones sin aviso.

Atención primaria: 7:00 am - 7:00 pm
Atención de emergencia: 7:00 am - 7:00 pm
Laboratorio: 5:00 am - 7:00 pm

Ubicación:

Lado este de las instalaciones de SIA, frente al Centro de Recreación de SIA

Los proveedores del HWC son profesionales certificados que ofrecen una diversidad de servicios de atención primaria, entre los que se incluyen, entre otros:

- Procedimientos de consultorio de rutina
- Manejo clínico de afecciones crónicas, como hipertensión, colesterol elevado, diabetes, EPOC
- Evaluación y tratamiento de enfermedades agudas, como dolor de garganta, sinusitis, alergias, dolores de cabeza, erupciones, torceduras/esguinces, lesiones y enfermedades agudas, tos, problemas musculoesqueléticos y otros
- Procedimientos quirúrgicos menores (suturas de laceraciones, extracción de lunares, etc.)
- Dejar de Fumar
- Medicamentos recetados (se pueden obtener algunos medicamentos ya envasados si el paciente es tratado por los proveedores del HWC)
- Exámenes preventivos (incluidos los exámenes físicos)
- Vacunas contra la gripe y otras inmunizaciones
- Inyecciones para la alergia (el paciente suministra el fármaco)
- Servicios de laboratorio (todos) y electrocardiogramas
- Asesoramiento y educación relacionados con la salud física
- Asesoramiento de corto plazo sobre salud conductual

¡NUEVO! El HWC se amplió recientemente y ahora incluye servicios de fisioterapia, que no requerirán copago.

ACERCA DE LA ACREDITACIÓN PCMH

El Centro de Salud y Bienestar (HWC, por sus siglas en inglés) de SIA ha recibido la certificación como hogar médico centrado en el paciente (PCMH, por las siglas en inglés) que otorga la Asociación de Acreditación para Atención Médica Ambulatoria (AAAHC). El proceso de acreditación incluye una estricta revisión que dura todo un año y reconoce solo a las instalaciones que alcanzan los estándares más elevados y aplican las mejores prácticas de operación en cumplimiento con los estándares de atención reconocidos a nivel nacional.

CITAS

Para reducir los tiempos de espera, todos los servicios requieren cita previa. Programar una cita es fácil y se puede hacer telefónicamente o en línea. Para citas, llame al **765-588-5667**, opción "0" o inicie sesión en mypremisehealth.com.

CENTRO DE RECREACIÓN DE SIA

SIA ofrece un gimnasio con personal dedicado a los Asociados y sus dependientes, para ayudarlos a alcanzar sus metas de acondicionamiento físico. Los dependientes deben tener al menos 18 años de edad para usar el equipo de máquinas de acondicionamiento físico; no obstante, los dependientes de cualquier edad pueden utilizar el gimnasio si están acompañados por un Asociado. El Centro de Recreación de SIA ha asumido el compromiso de ayudar a sus miembros a mejorar su estado físico y de salud, con el objetivo de disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, dolor articular, estrés y obesidad. Además de los especialistas titulados y certificados en acondicionamiento físico, los Asociados cuentan con muchos recursos gratuitos, que incluyen entrenamiento personal, clases de gimnasia grupales y programas de salud.

ENTRENADORES PERSONALES

Trabaje con un entrenador personal para evaluar su estado físico y crear un programa basado en sus objetivos. Una sesión de entrenamiento personal puede abarcar una amplia gama de actividades personalizadas (no solo pesas), como demostraciones de pickleball, caminata en senderos, rutinas de elongación, o clases sobre la forma y las funciones del equipo del gimnasio. El tiempo se utiliza como a usted le guste en este camino a una mayor actividad física.

CLASES DE GIMNASIA GRUPALES

Las clases de gimnasia grupales son apropiadas para todos los niveles de acondicionamiento físico. Usted controla la intensidad y dificultad de su ejercicio. Visite sia.fitnessanalyst.com para conocer los horarios de gimnasia grupal.

MEMBRESÍA DE INVITADOS EN EL CENTRO DE RECREACIÓN

Los Asociados de SIA y sus cónyuges pueden llevar a un invitado al Centro de Recreación durante los momentos designados. Los miembros invitados deberán firmar un formulario de descargo y exención de responsabilidad. Los invitados deben tener al menos 18 años de edad y estar acompañados por el miembro de SIA durante la visita de orientación y recorrido de las instalaciones.

INSTALACIONES AL AIRE LIBRE

Para usar las instalaciones al aire libre, los participantes deben ser miembros del Centro de Recreación. Las instalaciones al aire libre, incluidos el pabellón y los campos de juego, se pueden reservar de conformidad con las políticas y los procedimientos del Centro de Recreación. Los miembros deben registrarse en el escritorio de la recepción al utilizar las instalaciones al aire libre.

HORARIO DE OPERACIONES

Lunes:	4:00 am - 9:00 pm*
Martes:	12:00 am - 9:00 pm*
Miércoles:	12:00 am - 9:00 pm*
Jueves:	2:00 am - 9:00 pm*
Viernes:	12:00 am - 7:00 pm
Sábado:	11:00 am - 4:00 pm (Mar - Sept)
Domingo:	1:00 pm - 6:00 pm (Oct - Feb)

* Reabre a las 11:30 pm
El horario está sujeto a modificaciones sin aviso

CONECTAR LA SALUD Y EL BIENESTAR

El personal del Centro de Recreación trabaja en estrecha colaboración con el Centro de Salud y Bienestar (HWC) de SIA para ofrecer un abordaje integral al bienestar. Los profesionales de acondicionamiento físico del Centro de Recreación reciben las recomendaciones del HWC para diseñar un programa de ejercicios personalizado que aborde las necesidades y los objetivos de los Asociados y sus familias.

Programas

- Control del peso
- Clases de gimnasia grupales
- Entrenamiento personal
- Asesoramiento de salud
- Planes de ejercicio personalizados
- Evaluaciones de acondicionamiento físico

Recreación

- Ligas de básquet
- Campos de béisbol/softball/ fútbol americano
- Cancha de básquet cubierta/descubierta
- Cancha de vóleybol cubierta
- Senderos pavimentados/ no pavimentados para caminatas
- Canchas de tenis
- Estanque de pesca

Equipos

- Caminadoras
- Elípticos
- Escaladoras
- Bicicletas fijas
- Máquinas de remo
- Pelota de resistencia/ estabilidad
- Mancuernas



¿ALGUNA PREGUNTA?

Llame al Centro de Recreación al 765-449-6160. Para inscribirse o ver los horarios, visite sia.fitnessanalyst.com.

SEGURO DE VIDA Y AD&D

SEGURO BÁSICO DE VIDA Y AD&D

El seguro de vida es una parte importante de su seguridad financiera, especialmente si usted es el sostén económico de su familia.

El seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) proporciona un beneficio en caso de su muerte accidental o pérdida de miembros.

SIA ofrece una cobertura de Seguro de Vida básico y AD&D a todos los Asociados elegibles sin costo. La cobertura es automática.

Es importante revisar y/o actualizar a su beneficiario del seguro de vida anualmente o cuando se produzca un evento de vida habilitante. Puede revisar y actualizar la información sobre beneficiarios en cualquier momento en el portal de ADP.

TIPO DE CUENTA	BENEFICIO DE SEGURO BÁSICO DE VIDA
Seguro básico de vida y AD&D proporcionado por el empleador*	<ul style="list-style-type: none"> • 2 veces sus ingresos anuales, redondeados a los siguientes \$1,000* • Beneficio máximo de \$1,000,000 combinado con la cobertura de seguro de vida voluntario

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA Y AD&D

SIA ofrece un seguro de vida a término voluntario y AD&D a todos los Asociados elegibles y a sus familiares elegibles. Este se suma al seguro de vida y AD&D que proporciona SIA.

En el momento de la contratación, puede adquirir una cobertura adicional sin responder ninguna pregunta médica adicional (**Evidencia de Asegurabilidad**).

Una vez que renuncie a este beneficio, solo se le permitirá solicitar la cobertura durante el período de inscripción anual o si se produce un evento de vida. No obstante, puede reducir la cobertura o cancelarla en cualquier momento. La cobertura finaliza el último día del mes calendario en que termina su empleo.



COBERTURA	BENEFICIO DEL SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO
Asociado	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementos de 0.5-2 veces el salario anual hasta un máximo de \$1,000,000 (combinado con el seguro de vida básico)* • \$600,000 es la emisión garantizada al momento de la inscripción inicial • Se debe completar y aprobar una Evidencia de Asegurabilidad para quienes ingresen después o para los montos por encima de la emisión garantizada
Cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementos de \$10,000 hasta una elección de beneficios máxima de \$250,000 (mínimo de \$10,000)* • Emisión garantizada de \$50,000 • Se debe completar y aprobar una Evidencia de Asegurabilidad para quienes ingresen después o para los montos por encima de la emisión garantizada
Hijo dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Opciones de elecciones de beneficios de \$2,500; \$5,000 o \$10,000 • Todos los montos tienen emisión garantizada; no se requiere evidencia de asegurabilidad

*Reducción de beneficios en función de la edad del Asociado. Los beneficios de vida se reducen al 65% del monto original a los 65 años y al 50% a los 70 años.

Un participante tardío es una elección de vida voluntaria o para el cónyuge después del período de inscripción inicial o después de un evento de matrimonio.

AVISO:

No se permite la cobertura duplicada (p. ej., múltiples Asociados que cubran a la misma persona). Por ejemplo, usted no podría obtener el seguro de vida para el cónyuge si su cónyuge es Asociado/a de SIA. Asimismo, los padres que sean Asociados no pueden cubrir ambos al mismo hijo en el seguro de vida para hijos.

Usted es responsable de asegurarse de que los beneficiarios estén actualizados. Asegúrese de revisarlos cada año y en cualquier momento en que se produzca un evento de vida habilitante.

Para actualizar a sus beneficiarios, ingrese sesión en ADP.

PROGRAMAS DE REEMPLAZO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD

BENEFICIO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD)

El beneficio de STD proporciona un reemplazo de ingresos en caso de que usted quede discapacitado y no pueda trabajar debido a una enfermedad o **lesión no relacionada** con el trabajo. SIA paga el 100% del costo del Programa de reemplazo de ingresos por discapacidad a corto plazo.

El seguro por discapacidad a corto plazo cubre la mayoría de las discapacidades no ocupacionales. Todos los Asociados a tiempo completo de SIA pueden recibir los beneficios de STD el primer día del mes posterior a seis meses de empleo completos si están trabajando activamente en la fecha efectiva de cobertura. Si no está trabajando, la cobertura comienza en la fecha en que se reincorpora al trabajo activo.

Los beneficios de STD se pagarán no bien resulte razonable administrativamente luego de recibir la aprobación del Administrador del Plan de STD, Lincoln Financial Group.

Los Asociados que trabajan por hora tienen un período de eliminación de siete días consecutivos durante el cual no se pagan beneficios, salvo que el Asociado sea hospitalizado debido a la discapacidad.

CRONOGRAMA DE STD – ASOCIADOS ASALARIADOS

AÑOS DE SERVICIO*	REEMPLAZO DE 100% DEL PAGO**	REEMPLAZO DE 60% DEL PAGO**
Más de 6 meses, menos de 1 año	1	25
1	3	23
2	5	21
3	7	19
4	9	17
5	11	15
6	14	12
7	17	9
8	20	6
9	23	3
10 o más	26	0

*En el momento de la discapacidad
**Medido en semanas

CRONOGRAMA DE STD - ASOCIADOS POR HORA

AÑOS DE SERVICIO*	REEMPLAZO DE 80% DEL PAGO**	REEMPLAZO DE 60% DEL PAGO**
Más de 6 meses, menos de 5 años	0	26
5 años o más	11	15

*En el momento de la discapacidad
**Medido en semanas

Para iniciar un reclamo de STD, comuníquese con Lincoln Financial Group al 833-379-1375 o inicie sesión en www.lincolnfinanciam.com.

Necesitará el código de inscripción:
SUBARU



Escanee el código QR para que el sistema lo lleve al portal.

SEGURO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

El plan de LTD proporciona un reemplazo parcial de sus ingresos si sufre una discapacidad y no puede trabajar durante más de seis meses como resultado de una enfermedad o lesión no ocupacional. La cobertura de LTD entra en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación. El importe de su beneficio equivale al 60% de su salario, menos los beneficios del Seguro Social familiar o cualquier otro beneficio que reciba.

Por lo general, sus beneficios de LTD continúan:

- 1) mientras dure su discapacidad, o
- 2) hasta los 65 años de edad o hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social (SSNRA), lo que sea mayor.

Si sufre una discapacidad después de los 60 años, sus beneficios continúan durante un plazo especificado.

Recordatorio: STD es para la remuneración y la FMLA para la asistencia. Son dos beneficios separados que pueden aplicarse juntos.

PLANES VOLUNTARIOS

Complete su cobertura con beneficios que ofrecen protección y asistencia financiera en todas las áreas de su vida. Estos beneficios son voluntarios y los paga el Asociado. Las primas son por período de pago y se pueden encontrar en ADP.

SEGURO DE ACCIDENTES

Proporciona beneficios para ayudar a cubrir los costos asociados a las facturas inesperadas debidas a accidentes cubiertos, independientemente de cualquier otro seguro que tenga.

Si contrata la cobertura y una persona cubierta por este plan se lesiona en un accidente cubierto, usted recibirá un beneficio en efectivo por lesiones cubiertas que podrá utilizar como quiera.

Ejemplo de calendario de beneficios

Encuentre el plan correcto para usted eligiendo entre dos niveles de cobertura. A continuación se presenta un ejemplo de algunos beneficios cubiertos:

	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2
Radiografías o ecografías	\$50	\$75
Conmoción cerebral	\$200	\$200
Servicios de terapia (quiropaxia, terapia del habla, fisioterapia, ocupacional)	\$35 (15 días como máx)	\$50 (15 días como máx)
Ambulancia terrestre	\$200	\$400
Fractura de costilla	\$350	\$500
Gammagrafía ósea, CAT, CT, EEG, MR, MRA o MRI	\$100	\$200
Tratamiento en urgencias	\$100	\$200

Consulte el cronograma de beneficios en el HR Hub para ver una lista completa de lesiones y gastos cubiertos en www.subaru-sia.com/hrhub.

Ejemplos de lesiones cubiertas:

- Fractura de huesos
- Quemaduras
- Conmociones cerebrales
- Cortes reparados con puntos
- Lesiones oculares
- Rotura de discos
- Rotura de ligamentos

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

Proporciona dinero en efectivo para ayudar a pagar tanto los gastos médicos no cubiertos por su plan médico como los gastos cotidianos que pueden empezar a acumularse, como el alquiler, la hipoteca, los pagos del auto, etc. - mientras está enfermo.

Si a una persona cubierta por este plan le diagnostican una enfermedad cubierta, usted recibirá un beneficio en efectivo de suma global, aunque perciba otros beneficios del seguro. El diagnóstico debe tener lugar en la fecha efectiva de cobertura de la persona o después.

Montos de cobertura

ASOCIADO	CÓNYUGE	HIJO(S)
\$10,000, \$20,000, o \$30,000	50% del monto de cobertura del Asociado	50% del monto de cobertura del Asociado

Ejemplos de enfermedades cubiertas:

- Cáncer
- Cirugía de bypass en arteria coronaria
- Insuficiencia renal (riñón) en etapa terminal
- Ataque cardíaco
- Insuficiencia de órgano mayor
- Apoplejía

Incluso después de recibir un pago por una enfermedad, sigue estando cubierto por el resto de las afecciones y por la reaparición de cualquier enfermedad grave, a excepción del cáncer de piel. El beneficio por reincidencia paga el 100% de su monto de cobertura. Los diagnósticos deben estar separados por un mínimo de 180 días o las afecciones no pueden estar relacionadas entre sí.

Los hijos desde el nacimiento con vida hasta los 26 años tienen cobertura automáticamente sin costo alguno para las mismas enfermedades, además de algunas afecciones específicas de la infancia (como la parálisis cerebral, el labio leporino o el paladar hendido, la fibrosis quística, el síndrome de Down y la espina bífida).

PLAN LEGAL DE METLIFE

El plan legal ofrece representación legal para usted, su cónyuge y sus dependientes a un precio que no afectará su presupuesto. Usted puede recibir asesoramiento legal y servicios legales totalmente cubiertos para una gran variedad de temas legales personales de un abogado del plan que participe en la red. Los servicios prestados a través del plan incluyen:

- Comparecencias en tribunales
- Defensa en cobros de deudas
- Revisión y preparación de documentos
- Derecho de familia
- Asuntos inmobiliarios
- Redacción de testamentos

Cuando usted recurre a un abogado del plan para recibir servicios cubiertos, no hay ningún período de espera, ni límites de uso, deducibles o copagos. El plan se ofrece a una tarifa grupal mensual baja, que usted puede pagar mediante deducciones salariales automáticas. Para encontrar un abogado de la red, visite legalplans.com e ingrese 9901957 o llame al Centro de Servicios al Cliente al 800-821-6400.

Beneficio Be Well: Cada año, cada miembro de la familia que tiene cobertura contra accidentes y/o enfermedades graves también puede recibir \$50 por realizarse un examen de detección bajo el beneficio Be Well cubierto, como exámenes anuales, detección de cáncer, incluido el Papanicolaou, colonoscopia, pruebas de la función cardiovascular y otros estudios.

PLAN DE RETIRO DE SIA



Empower es el encargado de los registros del Plan de Retiro de SIA.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA

Usted puede participar en el Plan de Retiro de SIA a partir de su primer cheque de pago. Si no hace una elección de aportes u opta por no participar en el Plan, SIA lo inscribirá automáticamente en el Plan a una tasa de aporte del 6% antes de impuestos, una vez transcurrido un período de exclusión de 30 días. Usted puede modificar su tasa de aporte en cualquier momento del año a través de Empower.

APORTE EQUIVALENTE

SIA aportará el 50% del primer 6% que usted aporte por período de pago, después de que se cumplan seis meses de su servicio en SIA. SIA no hace aportes equivalentes para los aportes de nivelación. Aporte al menos el 6% antes de impuestos, Roth o ambos combinados, para aprovechar al máximo la equiparación. Los aportes de equiparación de SIA se realizan en fondos antes de impuestos.

APORTES DISCRECIONALES PARA LA JUBILACIÓN

Cada año, SIA puede optar por hacer un aporte discrecional para la jubilación a la cuenta de retiro del asociado. Para ser elegible para el aporte de jubilación, usted debe (1) ser empleado desde al menos 6 meses (contratado antes del 1 de julio del año del plan); y (2) estar empleado activamente el 31 de diciembre del año del plan; o haberse desvinculado durante el año del plan debido a fallecimiento, discapacidad o porque alcanzó la edad jubilatoria normal (según la defina el plan). Para información detallada sobre el Plan de Retiro de SIA y/o los requisitos de elegibilidad, consulte la Descripción Resumida del Plan ubicada en el HR Hub subaru-sia.com/hrhub.

CONECTARSE CON EMPOWER

Para hacer cambios en sus elecciones actuales, o para obtener más información acerca de cualquier fondo, incluidas las opciones de inversión, los riesgos, cargos y gastos, o para obtener un folleto sobre fondos, consulte las siguientes instrucciones:

En línea:

- Vaya a empower.com/sia401k
- Haga clic en el botón "Register" (Registrarse)
- Elija la pestaña "I do not have a PIN" (No tengo PIN)
- Siga las indicaciones para crear su nombre de usuario y contraseña

En su dispositivo móvil: Descargue la aplicación desde App Store o Google Play. Después de descargar la aplicación, ábrala y siga las indicaciones para iniciar sesión y/o registrar su cuenta.

Teléfono: Puede comunicarse con un representante de Empower al 844-SIA-401k, 844-742-4015. Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 10:00 p.m. hora del este, y los sábados de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. Hora del este.

Revise/actualice su beneficiario

Es importante revisar y/o actualizar a su beneficiario anualmente o cuando se produzca un evento de vida habilitante. Su beneficiario no tiene por qué ser un familiar y usted puede agregar a casi cualquier persona, siempre que tenga la siguiente información:

- Nombre legal completo
- Fecha de nacimiento
- Número de Seguro Social
- Número de teléfono
- Dirección

Para actualizar su beneficiario del Plan (401(k)) de Retiro de SIA, vaya a empower.com/sia401k. Inicie sesión en su cuenta, haga clic en "Account" (Cuenta), "Overview" (Resumen), y luego haga clic en "Beneficiaries" (Beneficiarios).

BENEFICIOS DE SALUD PARA JUBILADOS DE SIA

BENEFICIOS DE SALUD PARA JUBILADOS DE SIA

SIA ofrece beneficios de salud a los Asociados que se jubilen de la Compañía a los 55 años o más con un mínimo de 10 años de servicio, o con 30 años de servicio a cualquier edad. Para información detallada sobre los beneficios de salud para jubilados de SIA, inicie sesión en subaru-sia.com/hrhub para ver el Plan de Salud para Jubilados de SIA y la Descripción Resumida del Plan.

BENEFICIOS DE SALUD PARA JUBILADOS ANTES DE LOS 65 AÑOS

Los asociados jubilados, sus cónyuges menores de 65 años, y sus hijos hasta los 19 años (o 25 si son estudiantes a tiempo completo) son elegibles para participar en el Plan de Beneficios Médicos para Jubilados menores de 65 años de SIA. El costo de esta cobertura está sujeto a modificaciones anualmente. Comuníquese con la Oficina de Beneficios de SIA para conocer las primas más actualizadas. SIA y los asociados jubilados comparten el pago de las primas. La proporción de una prima que debe pagar un asociado jubilado dependerá según los años de servicio al momento de la jubilación, tal como se muestra a continuación.

DURACIÓN DEL SERVICIO ACTIVO	PROPORCIÓN DEL COSTO DE LA PRIMA PAGADO POR EL EMPLEADOR	PROPORCIÓN DEL COSTO DE LA PRIMA DEL ASOCIADO JUBILADO
10 años	45%	55%
11 años	48%	52%
12 años	51%	49%
13 años	54%	46%
14 años	57%	43%
15 años	60%	40%
16 años	63%	37%
17 años	66%	34%
18 años	69%	31%
19 años	72%	28%
20 años	75%	25%
21 años	78%	22%
22 años	81%	19%
23 años	84%	16%
24 años	87%	13%
Más de 25 años	90%	10%

BENEFICIOS DE SALUD PARA JUBILADOS DE MÁS DE 65 AÑOS

A los 65 años, los asociados jubilados y sus cónyuges se vuelven elegibles para Medicare. En el caso de los afiliados que se jubilen y sus cónyuges de 65 años o más, SIA financia un Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA) para Jubilados a través del cual se puede reembolsar al jubilado y/o su cónyuge por gastos médicos, oftalmológicos, odontológicos y por medicamentos recetados y de venta libre elegibles. El monto que SIA financiará anualmente varía sobre la base de la duración del servicio del asociado al momento de la jubilación, tal como se muestra a continuación.

CRÉDITO DEL ASOCIADO JUBILADO POR DURACIÓN DEL SERVICIO ACTIVO	MÁXIMO REEMBOLSO ANUAL DISPONIBLE*
10 años	\$1,400
11 años	\$1,494
12 años	\$1,588
13 años	\$1,682
14 años	\$1,776
15 años	\$1,870
16 años	\$1,964
17 años	\$2,058
18 años	\$2,152
19 años	\$2,246
20 años	\$2,340
21 años	\$2,434
22 años	\$2,528
23 años	\$2,622
24 años	\$2,716
Más de 25 años	\$2,800

*Monto por cada Asociado jubilado elegible y/o cónyuge cubierto

BENEFICIOS ADICIONALES



PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ASOCIADOS

La vida está llena de cambios e incertidumbre. Las responsabilidades y demandas de nuestro tiempo pueden ser abrumadoras. Nuestro Programa de Asistencia para Asociados (AAP) está aquí para ayudarlos a usted y sus familiares con los desafíos que plantea la vida.

El AAP proporciona apoyo confidencial, recursos e información para usted y sus dependientes 24/7. Usted y su familia tienen acceso a cinco consultas gratuitas con un clínico autorizado por incidente, por persona, por año calendario. Los servicios incluyen:

- **Asistencia para el cuidado de niños y adultos mayores:** Evaluación de las necesidades junto con derivaciones a proveedores de cuidado infantil y de ancianos.
- **Servicios para la vida diaria:** Derivaciones para ayudar con la planificación de eventos, servicios de transporte, servicios para mascotas, y más.
- **Servicios financieros:** Presupuestos, asesoramiento crediticio y financiero, planificación de jubilación y asistencia en cuestiones fiscales.
- **Servicios de recuperación por robo de identidad:** Información sobre cómo prevenir el robo de identidad, kit de respuesta de emergencia contra el robo de identidad, y ayuda en caso de ser victimizado.
- **Servicios legales:** Consultas sobre asuntos relacionados con el derecho civil, del consumidor, personal y de familia, asuntos financieros, derecho comercial, bienes raíces, planificación de sucesión y más.
- **Recursos para la comunidad LGBTQ+:** Terapeutas amigables para la comunidad LGBTQ+, grupos de apoyo y materiales educativos para personas de todas las edades.

La asistencia confidencial está disponible en cualquier momento. Llame al 888-628-4824 o visite guidanceresources.com (Nombre de usuario: LFGSupport, Contraseña: LFGSupport1).

COBERTURA CONTRA EL ROBO DE IDENTIDAD

ID Watchdog, desarrollado por Equifax, ofrece protección contra el robo de identidad, servicios de resolución, y una manera fácil y asequible de ayudar a proteger mejor su identidad y la de sus seres queridos de todas las edades.

Puede bloquear la apertura de nuevas cuentas y controlar el acceso a sus datos para prevenir el fraude de identidad, tanto para usted como su familia.

Asociado: Cobertura suministrada por SIA

Familia: El Asociado tiene la opción de adquirir la cobertura para su familia

SEGURO DE ACCIDENTES EN VIAJES DE NEGOCIOS

Usted tiene cobertura automática a través del Seguro de Accidente en Viaje de Negocios si es un asociado activo a tiempo completo que trabaja por lo menos 16 horas por semana. Esta cobertura le brinda un beneficio si usted o su familiar cubierto fallecen como resultado de un accidente o enfermedad mientras viaja por negocios de SIA. El Seguro de Accidente en Viaje de Negocios de SIA cubre a los viajeros que están al menos a 100 millas de su residencia mientras hacen negocios para la compañía.

Asociado: \$200,000 que se pagan al beneficiario

Cónyuge: \$50,000

Hijo/s dependiente/s: \$25,000

BENEFICIOS ADICIONALES (CONTINUACIÓN)

SEGURO DE AUTOMÓVIL Y HOGAR

Liberty Mutual personaliza su seguro de automóvil y del hogar para que usted solo pague lo que necesita.

- **Automóvil:** Además de la cobertura de responsabilidad civil requerida, usted puede recibir servicio de reclamos las 24 horas, los 7 días de la semana, y cobertura opcional como reembolso por alquiler de vehículos, remolque y asistencia en la carretera.
- **Hogar:** Las coberturas incluyen cobertura de bienes personales y responsabilidad civil. Según sus necesidades, se pueden agregar otras coberturas opcionales para proteger por completo su hogar, como de daños causados por huracanes, obstrucción de caños de agua y protección contra la inflación.

Para más información para recibir un presupuesto gratuito, llame al 844-802-4356 y mencione a Subaru of Indiana Automotive al llamar.

LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA (FMLA)

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) proporciona a los Asociados elegibles una licencia no remunerada con protección laboral. Para obtener información detallada, consulte las políticas y los procedimientos de SIA relativos a la FMLA en el HR Hub subaru-sia.com/hrhub.

Presentaciones de licencia en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica – Para nuevos reclamos, llame a Lincoln Financial Group al 833-379-1375 o inicie sesión en lincolnfinanciam.com. (Código de registro: SUBARU).

Nota: Para sus propias afecciones que califiquen para los beneficios tanto en virtud de la FMLA como de la Discapacidad a Corto Plazo (STD) de SIA, el especialista en admisiones podrá procesar su reclamo en virtud de la FMLA y de STD en forma simultánea como un reclamo coordinado, para su comodidad.

BENEFICIOS DE LICENCIA (LOA) DE SIA

Los beneficios de licencia de SIA ofrecen a los Asociados elegibles beneficios relacionados con la discapacidad, enfermedades personales o familiares; el nacimiento, adopción o colocación de un menor bajo el régimen de acogida, servicio militar, deber cívico y de desempeñarse como miembro de un jurado, necesidad personal o dificultades, y duelo debido al fallecimiento de un familiar. Consulte el Manual y las políticas y los procedimientos de SIA para obtener información detallada sobre los diversos beneficios de licencia.

COLLEGECHOICE529

SIA permite una conveniente deducción de la nómina para ayudarlo a ahorrar para la educación universitaria a través del Plan de Ahorros Directo CollegeChoice529 de Indiana. Para más información, visite collegechoicedirect.com o llame a un Representante de Servicio al Cliente al 866-485-9415, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Hora del este.

PURCHASING POWER

Purchasing Power le permite comprar entre miles de productos premium, de marca reconocida, paquetes vacacionales y servicios educativos. Los pagos se deducen desu salario de SIA. Para más información, visite purchasingpower.com o llame al 888-923-6236.

PROGRAMA DE AYUDA EDUCATIVA DE SIA

Con el Programa de Ayuda Educativa de SIA, podrá tomar cursos para avanzar en su carrera o mejorar sus habilidades. También puede cursar un programa de estudios.

El Programa de Ayuda Educativa le reembolsa por cursos relacionados con el trabajo o por asignaturas cursadas para obtener un programa de estudios aprobado en una institución acreditada. Se le puede reembolsar hasta \$4,000 por año calendario por gastos de matrícula/educación.

Algunos programas se pueden reembolsar al 100% sin límite anual. Para obtener más información, consulte la Información de Reembolso de Educación en la página de educación continua del HR Hub subaru-sia.com/hrhub o comuníquese con Desarrollo del Asociado al 765-428-7580.

TÉRMINOS ÚTILES SOBRE BENEFICIOS

- **Máximo beneficio anual** – Monto máximo de beneficio que se paga cada año por cada miembro de la familia inscrito en el plan odontológico. No se debe confundir con el máximo de gastos de bolsillo.
- **Medicamento preferido de marca** – Fármaco con una patente y marca registrada que se considera "preferido" porque es seguro y eficaz y no tiene un equivalente genérico.
- **Medicamento no preferido de marca** – Fármaco con una patente y marca registrada que no se considera "preferido" porque suele ser más costoso que otras opciones de medicamentos genéricos y preferidos de marca.
- **Aseguradora** – La compañía que administra su seguro (p. ej., Anthem es la aseguradora actual para planes médicos y oftalmológicos).
- **Coseguro** – La participación compartida en los costos entre usted y el plan. Por ejemplo, un coseguro del 80% significa que el plan cubre el 80% del costo del servicio una vez cumplido un deducible. Usted tendrá que hacerse cargo del 20% restante del costo.
- **Copago** – Monto fijo (por ejemplo \$25) que usted paga por un servicio médico cubierto, generalmente al recibir el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio.
- **Deducible** – El monto que usted debe pagar por los servicios cubiertos cada año antes de que su plan médico comience a pagar. No incluye los montos de los copagos. Los deducibles dentro y fuera de la red son separados.
- **Evidencia de asegurabilidad (EOI)** – La EOI es la documentación o declaración de buena salud que solicita la compañía de seguros de vida para que el inscrito obtenga cobertura por encima de la emisión garantizada.
- **Explicación de Beneficios (EOB)** – La EOB es una carta de su compañía de seguros que explica cómo se procesó su reclamo del plan médico, incluido lo que se pagó y lo que usted debe pagar. Si el monto de la factura que usted recibe de su proveedor no coincide con el monto responsabilidad del paciente en la EOB, comuníquese con su proveedor o con Beneficios para el Asociado.
- **Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)** – Una FSA le permite pagar gastos elegibles de atención médica (p. ej., plan médico, odontológico, oftalmológico, de farmacia, de medicamentos recetados) y de cuidado de dependientes usando dólares libres de impuestos. El dinero que está en la cuenta está sujeto a la regla de "se usa o se pierde", lo que significa que usted debe gastar el dinero que tiene depositado en la cuenta antes del final del año del plan en gastos elegibles incurridos en el mismo año del plan.
- **Medicamento genérico** – Fármaco equivalente a los medicamentos de marca en cuanto a uso, dosis, concentración, calidad y efectos, pero que no tiene marca registrada y, por lo tanto, es menos costoso para usted. La potencia y pureza de los fármacos genéricos son reguladas estrictamente por la Administración Federal de Alimentos y Fármacos.
- **Emisión garantizada** – La emisión garantizada se refiere a la cobertura que se ofrece a todos los inscritos elegibles, independientemente de su estado de salud. No se requiere Evidencia de Asegurabilidad (EOI).
- **Dentro de la red** – Una lista designada de proveedores de atención médica (médicos, odontólogos, etc.) con quienes el proveedor del seguro ha negociado tarifas especiales. Utilizar proveedores de la red reduce el costo de los servicios para usted y su familia.
- **Servicios hospitalarios con internación** – Servicios prestados a una persona durante una noche de internación en un hospital.
- **Farmacia de pedidos por correo** – Las farmacias de pedidos por correo generalmente proporcionan un suministro para 90 días de un medicamento con receta al mismo costo que un suministro para 60 días en una farmacia minorista. Además, las farmacias con servicio de pedidos por correo ofrecen la comodidad de entregarle sus medicamentos en la puerta de su casa.
- **Fuera de la red** – Proveedores que no se encuentran en la red del plan y que no han negociado tarifas con descuento. El costo de los servicios brindados por prestadores fuera de la red es mucho más alto para usted. Se aplicarán deducibles y un coseguro más altos y los proveedores fuera de la red podrán facturarle la diferencia entre lo que cobraron y las tarifas razonables y habituales. Es posible que usted también sea responsable de presentar sus propios reclamos de reembolso por estos servicios.
- **Máximo de bolsillo** – Monto máximo que usted y su familia podrían pagar por los gastos elegibles cada año del plan. Una vez que sus gastos alcancen el máximo de bolsillo, el plan paga beneficios al 100% de los gastos elegibles durante el resto del año. Su deducible anual y los copagos están incluidos en el máximo de bolsillo. Los máximos de bolsillo dentro y fuera de la red son separados.
- **Servicios ambulatorios** – Servicios prestados a una persona en un centro hospitalario sin ser hospitalizado.
- **Año del Plan** – Desde el 1 de enero al 31 de diciembre.
- **Proveedor de Atención Primaria (PCP)** – Un profesional de la salud (p. ej., médico de cabecera o de atención primaria o pediatra, personal de enfermería, asistente de médico) que brinda atención médica continua. Un proveedor de atención primaria trata una amplia variedad de afecciones relacionadas con la salud.
- **Cargos Razonables y Habituales (R&C)** – Aranceles predominantes en el mercado cobrados por servicios prestados por profesionales de la salud por determinados procedimientos en función del área geográfica en la que se recibe el servicio o insumo. Pueden aplicarse tarifas razonables y habituales a los cargos fuera de la red.
- **Especialista** – Prestador con formación especializada en una rama concreta de la medicina (p.ej., cirujano, cardiólogo o neurólogo).
- **Medicamento especializado** – Medicamento que requiere un tratamiento, administración o monitoreo especial. La mayoría de ellos pueden surtirse únicamente en una farmacia especializada y necesitan aprobaciones adicionales.
- **Justificación** – El proceso que exige el IRS por el cual un administrador de FSA confirma que una transacción o reclamo con la tarjeta de la FSA es elegible para utilizar fondos antes de impuestos con documentación de respaldo, como una carta de Explicación de Beneficios (EOB) de un plan de salud o un recibo desglosado que muestre el nombre del paciente o dependiente, el nombre del proveedor, la fecha del servicio, la descripción del servicio o del artículo comprado, y el costo. Cualquier fondo para transacciones que no se justifiquen de manera adecuada se informará el año siguiente al W-2 del titular de la cuenta como ingresos gravables de conformidad con las disposiciones del IRS.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CONTACTO	RESPONSABILIDAD	NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO/SITIO WEB
Anthem	Plan médico	844-659-6883	anthem.com
	Plan Blue View Vision	866-723-0515	
	Línea de enfermería 24/7	800-337-4770	
	Programa de Futuras Mamás	800-828-5891	
LiveHealth Online	Consulta de telemedicina con video	888-548-3432	livehealthonline.com
Capital Rx	Medicamentos con receta	855-922-7793	cap-rx.com
TASC	Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)	800-422-4661	tasconline.com
Delta Dental of Indiana	Plan odontológico	800-524-0149	deltadentalin.com
Plan de Ahorros Directo CollegeChoice 529	Plan de Ahorros para la Universidad de Indiana	866-485-9415	indiana529direct.com
Equifax/ID Watchdog	Protección contra el robo de identidad	866-513-1518	idwatchdog.com/myplan/Subaru
Liberty Mutual	Seguro de automóvil y hogar	844-802-4356	libertymutual.com/subaru-indiana
Lincoln Financial Group	Programa de Asistencia para Asociados (Employee Connect)	888-628-4824	guidanceresources.com
Lincoln Financial Group	Seguro por discapacidad a corto plazo y a largo plazo y FMLA	833-379-1375	lincolffinancial.com
MetLife	Plan legal	800-821-6400	legalplans.com
Purchasing Power	Compre los productos ahora, y páguelos a lo largo del tiempo	888-923-6236	purchasingpower.com
Centro de Salud y Bienestar de SIA	Clínica en el lugar administrada por Premise Health	765-588-5667	mypremisehealth.com , members.premisehealth.com/subaru
Centro de Recreación de SIA	Administrado por Premise Health	765-449-6160	sia.fitnessanalyst.com
Empower	Plan de jubilación	844-SIA-401k 844-742-4015	empower.com/sia401k
Unum	Accidentes y Enfermedades Graves	800-635-5597	unum.com/employees
Oficina de Beneficios para Asociados de SIA	Plan de Salud y Bienestar, Seguro de vida, Plan de salud para asociados jubilados y FSA	765-772-7102 765-449-6296 765-449-6235	benefits@subaru-sia.com
	Gestión de licencias (FMLA, LTD y STD)	765-772-7360 765-772-7388	leave.admin@subaru-sia.com
	Plan 401(k)	765-772-7365	benefits@subaru-sia.com
	Nómina	765-449-6167 765-449-6236	payroll_requests@subaru-sia.com

Aplicaciones Móviles

CONTACTO	Anthem	Capital Rx	TASC		Delta Dental of Indiana	Unum
APLICACIÓN MÓVIL	Sydney Health	Capital Rx	TASC Apple	TASC Google	Delta Dental	MyUnum
CÓDIGO QR (ESCANEAR CON LA CÁMARA DE UN TELÉFONO CELULAR INTELIGENTE)						

AVISOS LEGALES

AVISO IMPORTANTE DE SUBARU OF INDIANA AUTOMOTIVE, INC. SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Por favor, lea este aviso con mucha atención y guárdelo en un lugar seguro. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Subaru of Indiana Automotive, Inc. ("SIA") y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debería comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su zona. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos los que tengan Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o a un Plan de Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura para medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
- 2 SIA ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el Plan de Salud y Bienestar de Subaru es, en promedio para todos los participantes del plan, la que se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (un recargo) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta, sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su Cobertura Actual si decide inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de SIA se verá afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona la cobertura actual de SIA, tenga en cuenta que es posible que ni usted ni sus dependientes puedan recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (recargo) para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que, si abandona o pierde su cobertura actual con SIA y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (un recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar por lo menos en 1% de la prima básica del beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría aumentar de manera consistente un 19% como mínimo, por encima de la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima superior (un recargo) mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. También es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

AVISOS LEGALES (CONTINUACIÓN)

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta.

Comuníquese con la Oficina de Beneficios para los Asociados de SIA para obtener más información: benefits@subaru-sia.com o por teléfono a cualquiera de los siguientes números 765-772-7102/765-449-6296/765-449-6235. **NOTA:** recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en que puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de SIA. También podrá solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

En el manual "Medicare y usted", encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del manual. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa Estatal para Asistencia en Seguro Médico (en el interior de la contraportada de su manual "Medicare y Usted" encontrará el número de teléfono)
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, tiene a su disposición una ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima superior (un recargo).

Fecha:	10/1/2024 [U otra fecha anterior al plazo de envío postal de la Parte D de Medicare 10/15]
Nombre de entidad/remitente:	Subaru of Indiana Automotive, Inc.
Contacto--Cargo/Oficina:	Oficina de Beneficios para los Asociados
Dirección:	5500 State Road, 38 E, Lafayette, IN 47905
Número de teléfono:	765-449-6235/765-449-6296

Formulario CMS 10182-CC
Actualizado 1 de abril de 2011

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a un pedido de información a menos que el mismo exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para este pedido de información es 0938-0990. El tiempo necesario para responder a este pedido de información se estima en un promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar el pedido de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de a(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

AVISOS LEGALES (CONTINUACIÓN)

AVISO DE DISPONIBILIDAD DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE OBTENER UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN, QUE DESCRIBE LAS FORMAS EN QUE EL PLAN USA Y DIVULGA SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. El Plan de Salud y Bienestar de SIA (el “Plan”) proporciona beneficios médicos a los empleados elegibles de Subaru of Indiana Automotive, Inc. (la “Compañía”) y a sus dependientes elegibles, tal como se describe en las descripciones resumidas del Plan. En la prestación de estos beneficios de salud, el Plan genera, recibe, usa, mantiene y divulga información de salud sobre los empleados y los dependientes participantes. El Plan tiene obligación por ley de dar aviso a los participantes de los deberes y prácticas de privacidad del Plan con respecto a la información médica protegida de las personas cubiertas, y lo ha hecho entregando a los participantes del Plan un Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe las formas en que el Plan utiliza y divulga la información médica protegida. Para recibir una copia de las prácticas del Aviso de prácticas de privacidad del Plan comuníquese con la oficina de Beneficios para Asociados al 765-772-7102/765-449-6296/765-449-6235 o por correo electrónico a benefits@subaru-sia.com.

AVISO DE PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA HIPAA

Si decide no inscribirse o no inscribir a sus dependientes (incluido su cónyuge) porque tiene otro seguro de salud u otra cobertura de plan de médico grupal, usted podría inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes perdieran su elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer los aportes correspondientes a la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al término de su otra cobertura o la cobertura de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, podrá inscribirse usted e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Es posible que también existan derechos de inscripción especial en las siguientes circunstancias:

- Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o de un programa de seguro médico infantil (CHIP) estatal y usted solicita la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura; o bien
- Si usted o sus dependientes resultan elegibles para obtener un subsidio estatal para el pago de primas a través de Medicaid o un CHIP estatal para la cobertura de este plan y usted solicita la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la determinación de elegibilidad para esa asistencia.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si se ha sometido o se tiene que someter a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para: todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se practicó la mastectomía; cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema. Estos beneficios se ofrecerán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en el marco de este plan.

DIVULGACIÓN DE LA LEY DE RECIÉN NACIDOS

Los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de una estadía hospitalaria de cualquier duración relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe al prestador que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dar de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, bajo la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o la aseguradora para indicar una estancia hospitalaria no superior a las 48 horas (o 96 horas).

AVISO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

El plan de salud generalmente permite la designación de un prestador de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a sus familiares. Puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria de sus hijos. Usted no necesita autorización previa del plan médico ni de ninguna otra persona (incluyendo un prestador de atención primaria) para poder acceder a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional médico deba cumplir con ciertos procedimientos, como los de obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado, o cumplir con algún procedimiento para derivaciones médicas.

AVISOS LEGALES (CONTINUACIÓN)

NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS Y SU COBERTURA MÉDICA

PARTE A: Información general: Cuando partes clave de la ley de atención médica entraron en vigor en 2014, hubo una nueva forma de comprar un seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para que pueda evaluar mejor sus opciones y las de su familia, este aviso brinda información básica sobre el Mercado y la cobertura médica basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos? El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar el seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado ofrece "una ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. Tal vez, usted sea también elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura del seguro médico a través del Mercado comienza en noviembre de cada año para la cobertura que comienza a partir del 1 de enero inmediatamente posterior.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el Mercado? Usted podría calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero sólo si su empleador no ofrece cobertura, o si ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. El ahorro en la prima para el cual es elegible depende de los ingresos de su hogar.

¿Afecta la cobertura médica del empleador la elegibilidad para el ahorro de primas a través del mercado? Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan médico de su empleador. No obstante, puede resultar elegible para obtener un crédito fiscal que disminuya su prima mensual o para una reducción en el reparto de costos si su empleador no le ofrece cobertura o no le ofrece una cobertura que satisfaga determinados estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a cualquier otro miembro de su familia) es superior a 9.5%* de sus ingresos familiares para el año, o si la cobertura que su empleador proporciona no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Asequible de la Salud, usted puede ser elegible para un crédito fiscal.**

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, es posible que pierda el aporte del empleador (si hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Asimismo, este aporte del empleador, así como su aporte de empleado a la cobertura que ofrece el empleador, muchas veces se excluye de los ingresos a los fines del impuesto federal y estatal sobre la renta. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se efectúan después de impuestos.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para tener cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para cobertura de seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

*Ya que ese porcentaje se ajusta por inflación de vez en cuando.

**Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en el total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60% de dichos costos.

AVISOS LEGALES (CONTINUACIÓN)

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO INFANTIL (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP, y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia en el pago de la prima que puede ayudar a pagar la cobertura usando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero sí podría contratar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya se inscribieron en Medicaid o CHIP, y viven en uno de los estados que aparecen a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si tiene disponible asistencia para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría tener derecho a alguno de estos programas, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o marque 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si dispone de un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles en el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si usted todavía no lo estuviera. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días siguientes a haberse determinado su elegibilidad para recibir la asistencia para el pago de primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo visitando www.askebsa.dol.gov o llamando al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre elegibilidad -

ALABAMA - MEDICAID Sitio web: myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	ALASKA - MEDICAID Sitio web del Programa para Pagos de Primas del Seguro Médico de AK: myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS - MEDICAID Sitio web: myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	CALIFORNIA - MEDICAID Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP): dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO - HEALTH FIRST COLORADO (PROGRAMA MEDICAID DE COLORADO) Y CHILD HEALTH PLAN PLUS (CHP+) Sitio web de Health First Colorado: www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para afiliados de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Retransmisión estatal 711 CHP+: hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Retransmisión estatal 711 Programa de Compra de Seguros Médicos (HIBI): www.mycohibi.com/ Servicio de Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442	FLORIDA - MEDICAID Sitio web: www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA - MEDICAID Sitio web de GA HIPP: medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, pulse 1 Sitio web de GA CHIPRA: medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, pulse 2	INDIANA - MEDICAID Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Todos los demás planes Medicaid Sitio web: www.in.gov/medicaid/ www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584

AVISOS LEGALES (CONTINUACIÓN)

<p>IOWA - MEDICAID Y CHIP (HAWKI)</p> <p>Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366</p> <p>Sitio web de Hawki: Hawki - Niños sanos y saludables en Iowa Salud y servicios humanos Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563</p> <p>Sitio web de HIPP: Pago de primas del seguro médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>KANSAS - MEDICAID</p> <p>Sitio web: www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660</p>
<p>KENTUCKY - MEDICAID</p> <p>Sitio web del Programa de pago de primas del seguro médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP): chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>LUISIANA - MEDICAID</p> <p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p>MAINE - MEDICAID</p> <p>Sitio web de inscripción: www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p> <p>Sitio web de Primas de Seguros de Salud Privados: www.maine.gov/dhhs/of/ applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p>	<p>MASSACHUSETTS - MEDICAID Y CHIP</p> <p>Sitio web: www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
<p>MINNESOTA - MEDICAID</p> <p>Sitio web: mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>MISURI - MEDICAID</p> <p>Sitio web: www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p>MONTANA - MEDICAID</p> <p>Sitio web: dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHHIPPPProgram@mt.gov</p>	<p>NEBRASKA - MEDICAID</p> <p>Sitio web: www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p>NEVADA - MEDICAID</p> <p>Sitio web de Medicaid: dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>NEUVO HAMPSHIRE - MEDICAID</p> <p>Sitio web: www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
<p>NEUVA JERSEY - MEDICAID Y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de primas de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>NEUVA YORK - MEDICAID</p> <p>Sitio web: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p>CAROLINA DEL NORTE - MEDICAID</p> <p>Sitio web: medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>DAKOTA DEL NORTE - MEDICAID</p> <p>Sitio web: www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p>OKLAHOMA - MEDICAID Y CHIP</p> <p>Sitio web: www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>OREGÓN - MEDICAID Y CHIP</p> <p>Sitio web: healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<p>PENSILVANIA - MEDICAID Y CHIP</p> <p>Sitio web: www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462</p> <p>Sitio web de CHIP: Programa de seguro médico para niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>RHODE ISLAND - MEDICAID Y CHIP</p> <p>Sitio web: www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa RlTe Share)</p>

AVISOS LEGALES (CONTINUACIÓN)

CAROLINA DEL SUR - MEDICAID Sitio web: www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	DAKOTA DEL SUR – MEDICAID Sitio web: dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS - MEDICAID Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud (HIPP) Servicios Humanos y de Salud de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	UTAH - MEDICAID Y CHIP Sitio web del Programa de Colaboración con las Primas de Seguro Médico en Utah (UPP) de : https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: chip.utah.gov/
VERMONT: MEDICAID Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	VIRGINIA - MEDICAID Y CHIP Sitio web: coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select-coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON - MEDICAID Sitio web: www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	VIRGINIA OCCIDENTAL - MEDICAID Y CHIP Sitio web: dhr.vv.gov/bms/mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN - MEDICAID Y CHIP Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	WYOMING - MEDICAID Sitio web: health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
www.dol.gov/agencias/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros de Servicios Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción 4 del menú, extensión 61565

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES BUROCRÁTICOS

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos de 1995 (Pub. L. 104-13) (Paperwork Reduction Act, PRA), ninguna persona está obligada a responder a un pedido de información a menos que dicho pedido exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento advierte que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar un pedido de información a menos que esté aprobado por la OMB de conformidad con lo dispuesto en la PRA y exhiba un número de control válido de la OMB, y asimismo advierte que el público no está obligado a responder a un pedido de información a menos que el mismo exhiba un número de control válido de la OMB. Consulte 44 U.S.C. §3507. Además, y sin perjuicio de otras disposiciones legales, ninguna persona podrá ser sancionada por no cumplir con un pedido de información si el mismo no exhibe un número de control OMB válido. Consulte 44 U.S.C. §3512.

El tiempo que insume al público responder a este pedido de información se estima en un promedio de aproximadamente siete minutos por persona. Se aconseja a los interesados que envíen comentarios sobre esta estimación de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de este pedido de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación; Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (expira el 31/1/2026)



ACERCA DE ESTA GUÍA

Este resumen de beneficios proporciona información general del programa de beneficios de Subaru of Indiana Automotive, Inc. No es un documento legal y no constituye un contrato, ofrecimiento o promesa de ningún beneficio específico. No debe interpretarse que ninguna disposición de este resumen genera un contrato de empleo o que altera la naturaleza voluntaria de la relación laboral. Si bien se ha hecho todo lo posible por garantizar la precisión de la información contenida en este resumen, es posible que se produzcan errores o modificaciones a los planes de beneficios, las coberturas y la elegibilidad. Se recomienda a los Asociados consultar los documentos oficiales del plan para obtener información detallada sobre la cobertura, las exclusiones, la elegibilidad y la inscripción. En caso de discrepancia entre este resumen, los documentos oficiales del plan y la legislación federal o estatal, regirán los documentos del plan y la legislación. Subaru of Indiana Automotive, Inc. se reserva el derecho de enmendar, suspender o terminar cualquier plan de beneficios, en todo o en parte, en cualquier momento. La autoridad para realizar tales cambios le corresponde al Administrador del Plan.