

CAMBIAR SUS ELECCIONES DE BENEFICIOS

Durante el año, no puede hacer cambios en su cobertura médica, dental o de la vista o en su Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica o Cuidado de Dependientes a menos que tenga un Evento de vida. Si no se comunica con su especialista en beneficios de Engage dentro de los **30 días** posteriores al evento de vida calificado, deberá esperar hasta el próximo período anual de inscripción abierta, para hacer cambios (a menos que experimente otro Evento de Vida Calificado).

- * Los eventos calificados tienen requisitos específicos de presentación de informes; la mayoría debe notificarse en un plazo de **30 días**; **Si alguna prima se ha perdido hasta la fecha de vigencia de la cobertura, se cobrará**
- * Si pierde el período de informe requerido, debe esperar la inscripción abierta (o un segundo QLE) para realizar cambios en los beneficios
- * Se requiere prueba documentada de su evento
- * Documento de verificación de dependientes, como certificado de nacimiento, certificado de matrimonio, declaración jurada de pareja doméstica, etc. son obligatorios
- * Además de la información proporcionada aquí, pueden aplicarse otras disposiciones y restricciones.
- * Los cambios en la cobertura entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha del evento calificado.

Si tiene un Evento de Vida Calificado y desea actualizar sus beneficios, comuníquese con Engage al 888-780-8807.

Evento de vida calificado	Cambios que puede hacer por tipo de cobertura			
	Documentos requeridos	Médico, Dental y visión	Seguro de vida	Cuentas de gastos flexibles
MATRIMONIO PAREJA DE HECHO	Para agregar: Certificado de matrimonio; un formulario firmado de Declaración de Beneficios para Parejas Domésticas. Para dejar: Notificación del empleador, en papel membretado del empleador o electrónicamente, o un correo electrónico del empleador con un bloque de firma de recursos humanos que identifique la fecha de vigencia de la cobertura y la(s) persona(s) cubierta(s) por la póliza; o una copia de la(s) nueva(s) tarjeta(s) de identificación del seguro médico para cada persona cubierta, con fecha de entrada en vigencia de la cobertura; o una confirmación de inscripción de autoservicio que indique el nombre del empleador, la fecha de vigencia y la(s) persona(s) cubierta(s).	Cambiar planes: Puede agregar un cónyuge y dependientes Si es elegible para el plan de su cónyuge o pareja doméstica, puede cancelar su cobertura y abandonar los dependientes.	Inscríbese usted mismo Agregar o eliminar dependientes Exención de cobertura	Inscríbese o dejar de participar en el plan Engage FSA
DIVORCIO ANULACIÓN SEPARACIÓN LEGAL	Para agregar: En caso de que los hijos del empleado pierdan la cobertura bajo el plan del ex cónyuge, proporcione prueba de pérdida de elegibilidad debido al divorcio a lo largo con el certificado de nacimiento.	Cambiar planes: Puede dejar a un cónyuge y dependientes perdidos	Inscríbese usted mismo Agregar o eliminar dependientes Exención de cobertura	Inscríbese o dejar de participar en el plan Engage FSA
GANAR DEPENDIENTE DEBIDO AL NACIMIENTO, ADOPCIÓN, COLOCACIÓN PARA ADOPCIÓN, CUIDADO DE CRIANZA	Niño natural: Una fotocopia legible del certificado de nacimiento del niño que muestre el nombre del empleado / jubilado como padre; o una copia del certificado de huella del hospital que indique el nombre del hospital, el bebé y los nombres y apellidos de los padres, y firmado por el médico certificado, o un representante del hospital; o la verificación del documento de nacimiento del hospital que indica el nombre y apellido del bebé y los padres. Al menos uno de los padres debe ser un empleado elegible para participar. Hijastro: Una fotocopia legible del certificado de nacimiento del niño que muestre el nombre del cónyuge empleado como padre y una copia legible del certificado de matrimonio que muestre los nombres del cónyuge y el cónyuge o una fotocopia de la mitad superior de la primera página del Declaración de impuestos federales más reciente del empleado (Formulario 1040). Tutor legal, adopción o niño (s) de crianza: fotocopias legibles de órdenes judiciales, documentos de tutela o declaraciones juradas de dependencia, con la firma del juez presidente y el estado presentado; o decretos legibles de adopción o colocación legal con la firma del juez presidente. Evento de calificación de Sentencias, Decretos u Órdenes (NMSN) para obtener más información sobre la custodia aceptable y la documentación de dependencia.	Cambiar planes: Inscríbese si anteriormente estaba inscrito en otra cobertura de salud Agregar dependientes a su cobertura de salud existente	Enroll usted mismo Agregar o eliminar dependientes Exención de cobertura	Inscríbese o deje de participar en el plan Engage FSA
MUERTE	Si estaba cubierto en el plan de su cónyuge fallecido, notificación del empleador, en papel membretado del empleador o electrónicamente, identificando la fecha de terminación de la cobertura y la(s) persona(s) cubierta(s) por la póliza; Aviso de COBRA (la pérdida de COBRA debido a la falta de pago NO se considera un QLE); o carta o certificado de cobertura acreditable de la compañía de seguros que muestre la fecha de terminación, el tipo de cobertura, la fecha de terminación y la(s) persona(s) cubierta(s). Para dejar caer a un cónyuge o dependiente fallecido, necesitaremos el certificado de defunción.	Caída dependiente afectada	Inscríbese usted mismo Agregar o eliminar dependientes Exención de cobertura	Inscríbese o dejar de participar en el plan Engage FSA
OBTENCIÓN DE COBERTURA DEBIDO AL INICIO DEL EMPLEO POR CÓNYPUGE O DEPENDIENTE INSCRIPCIÓN ABIERTA BAJO EL PLAN DE OTRO EMPLEADOR	Notificación del empleador, en papel membretado del empleador o electrónicamente, o un correo electrónico del empleador con un bloque de firma de recursos humanos que identifique la fecha de vigencia de la cobertura y la(s) persona(s) cubierta(s) por la póliza; o una confirmación de inscripción de autoservicio que indique el nombre del empleador, la fecha de vigencia y la(s) persona(s) cubierta(s).	Inscríbete Agregar o soltar dependientes Exención de cobertura	Inscríbese usted mismo Agregar o eliminar dependientes Exención de cobertura	Inscríbese o dejar de participar en el plan Engage FSA
VOLVER A CONTRATAR CAMBIAR DE TIEMPO PARCIAL A TIEMPO COMPLETO		Si se vuelve a contratar o regresa de una licencia de menos de 30 días, se restablecen las coberturas anteriores a menos que haya ocurrido otro evento que permita un cambio (se aplica a todos los tipos de cobertura)		
PÉRDIDA DE COBERTURA REUBICACIÓN: si las ofertas del plan cambian o no hay un plan disponible TERMINACIÓN CAMBIAR DE TIEMPO COMPLETO A TIEMPO PARCIAL INICIO DE FMLA	Notificación del empleador, en papel membretado del empleador o electrónicamente, identificando la fecha de terminación de la cobertura y la(s) persona(s) cubierta(s) por la póliza; Aviso de COBRA (la pérdida de COBRA debido a la falta de pago NO se considera un QLE); o carta o certificado de cobertura acreditable de la compañía de seguros que muestre la fecha de terminación, el tipo de cobertura, la fecha de terminación y la(s) persona(s) cubierta(s).	La reubicación le permite cambiar la cobertura o renunciar a la cobertura si las ofertas del plan cambian o no hay planes disponibles. Para todos los demás, puede cancelar la cobertura. Si su empleador está sujeto a ACA y usted pasa de un estado de tiempo completo a un estado de tiempo parcial, es posible que pueda mantener su Cobertura hasta el final	No se permiten cambios para la reubicación Para todos los demás, puede cancelar la cobertura	No se permiten cambios para la reubicación Para todos los demás, puede cancelar la cobertura
LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA (FMLA) Cuando regrese de FMLA, véase		Puede hacer una nueva elección si su cobertura anterior terminó bajo FMLA (se aplica a todos los tipos de cobertura)		
ORDEN QUE REQUIERE COBERTURA PARA UN HIJO DEPENDIENTE	Documento judicial firmado por el juez.	Agregue cobertura como se describe en la orden; Agregar dependiente afectado a las coberturas enumeradas en el	No se permiten cambios	Puede agregar o aumentar la cobertura
ORDEN DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA UN HIJO DEPENDIENTE, DEBIDO A UNA NUEVA ORDEN DE LIBERACIÓN DEL EMPLEADO, FIRMADA POR UN JUEZ	Documento judicial firmado por el juez.	Puede proporcionar cobertura a término como se describe en la orden.	No se permiten cambios	Puede agregar o aumentar la cobertura

Evento de vida calificado	Documentos requeridos	Cambios que puede hacer por tipo de cobertura		
		Médico, Dental y Visión	Seguro de vida	Cuentas de gastos flexibles
EL EMPLEADO, CÓNYUGE O DEPENDIENTE TIENE DERECHO A MEDICARE O MEDICAID	Copia de la tarjeta de Medicare o Medicaid (que muestre la Fecha de vigencia) o la carta de elegibilidad inicial de la Oficina de Medicare o Medicaid o la carta de elegibilidad de Medicare o Medicaid que muestre la Fecha de vigencia.	Caída dependiente afectada	No se permiten cambios	No se permiten cambios
EL EMPLEADO, CÓNYUGE O DEPENDIENTE PIERDE LA COBERTURA DE MEDICARE O MEDICAID	Carta de terminación de la carta de la Oficina de Medicaid o carta de elegibilidad de Medicare o Medicaid que muestre la Fecha de vigencia.	Puede cancelar la cobertura para usted, su cónyuge o dependiente para el plan (s) donde se perdió la cobertura. solo en función del cambio	No se permiten cambios	Puede aumentar o disminuir la cobertura
EMPLEADO COMIENZA LICENCIA MILITAR (NO REMUNERADA)	Documentos / órdenes de alistamiento que muestren la fecha en que el empleado, cónyuge o dependiente fue llamado al servicio y una carta de TRICARE que muestre cuándo el miembro obtuvo cobertura a través de TRICARE.	Puede agregar cobertura para usted, cónyuge o un dependiente para el plan médico solo en función del cambio (un ejemplo sería que su cónyuge pierda el derecho a Medicaid y le permita agregar a su cónyuge a su cobertura) Sin cambios en la odontología y la visión	No se permiten cambios	Puede aumentar o disminuir la cobertura
REGRESOS DE EMPLEADOS DE LICENCIA MILITAR (NO REMUNERADOS)	Los empleados que elijan esta opción DEBEN presentar documentación de respaldo de la fecha de finalización de la cobertura militar y la cobertura se restablecerá el primer día del mes siguiente a la fecha de la pérdida de cobertura a través de TRICARE.	Restablecer elecciones anteriores a menos que haya ocurrido otro evento que permita un cambio. Restablecer en el nivel de cobertura anterior (y compensar las primas no pagadas) o en un nivel reducido proporcionalmente por las contribuciones perdidas.	No se permiten cambios	Restablecer elecciones anteriores a menos que haya ocurrido otro evento que permita un cambio.

Esta no es una lista completa de eventos de vida calificados por el IRS . Para obtener más información, busque irs.gov o comuníquese con el equipo de beneficios de Engage PEO.