



SU 2025/2026 BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

wineshipping

Esta publicación contiene información importante sobre su programa de prestaciones para empleados; léala detenidamente.

Esta guía ofrece un resumen de las principales prestaciones y no constituye una descripción completa de su cobertura. Para obtener información completa, incluidas las prestaciones, los procedimientos de reclamación y las limitaciones, consulte la **Evidencia de Cobertura** oficial o el **Resumen de la Descripción del Plan**. Si existe alguna diferencia entre esta guía y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos del plan. Los documentos pueden consultarse en www.wsbenefits.info.



Recursos y apoyo para la vida laboral y personal

Uprise Health

Apoyo 100% confidencial - para usted y su familia - completamente gratuito.

Todo el mundo necesita un poco de apoyo de vez en cuando, ya sea porque se enfrenta a un reto personal, a un problema relacionado con el trabajo o simplemente porque necesita la orientación de un experto. El Programa de Apoyo Vida/Trabajo (EAP) de Guardian está aquí para ayudarle a superar los altibajos de la vida con confianza. Tendrás acceso gratuito y confidencial a asesoramiento, recursos y herramientas prácticas diseñadas para apoyar tu bienestar, siempre que lo necesites y sin compromiso.

Los servicios incluyen:

- Entrenamiento en línea y guiado por un entrenador para la resiliencia, el estrés y la aptitud mental.
- Hasta 3 sesiones de asesoramiento a corto plazo con la red nacional de proveedores de Uprise Health.
- Ayuda en caso de crisis disponible las 24 horas por teléfono 1-800-386-7055.
- Recursos de conciliación de la vida laboral y familiar para ayudar con los retos de la vida como problemas matrimoniales, de pareja o familiares, abuso de sustancias, cuidado de niños o ancianos y expertos legales/financieros.



Acceda a información adicional llamando al (800) 386-7055 en horario laboral o en línea en worklife.uprisehealth.com.

Inicie sesión en línea como empleado con el código de acceso: **worklife**.



Conozca su cobertura

Recursos y apoyo para la vida laboral y personal (EAP) 1

Elegibilidad e Inscripción..... 3

Cobertura médica y de recetas 5

Cuentas de ahorro sanitario y de gastos flexibles 11

Cobertura dental 13

Cobertura oftalmológica 13

Seguro de vida e invalidez 14

Enfermedad crítica, hospitalización y accidentes 15

Contactos 16

Información sobre tarifas 17

Avisos sobre planes de salud colectivos..... 19

Asegúrese de revisar la información detallada del plan para conocer los requisitos, limitaciones y exclusiones importantes de la cobertura en línea en www.wsbenefits.info.

Si desea más información sobre nuestro plan 401(k), el tiempo libre de los empleados y otros recursos, póngase en contacto con Recursos Humanos llamando al 707.933.9063.



Información importante sobre prestaciones

Quién tiene derecho a cobertura

Puede optar a las prestaciones si es un empleado activo a tiempo completo que trabaja 30 horas o más.

Wineshipping.com ofrece prestaciones totalmente pagadas por la empresa, parcialmente pagadas por la empresa y algunas pagadas por el empleado. Las prestaciones que requieren una cotización deben ser elegidas por usted. Los cambios sólo pueden hacerse durante la inscripción abierta o después de un acontecimiento vital que cumpla los requisitos.

Muchos de los planes ofrecen cobertura para las personas dependientes que reúnan los requisitos, entre ellas

- Su cónyuge legal o pareja de hecho registrada, tal y como se define en la legislación estatal y local
- Sus hijos, incluidos los hijastros, los hijos adoptados legalmente o los hijos de los que usted sea tutor legal (hasta el final del mes en que la persona dependiente cumpla 26 años).
- los hijos a su cargo de cualquier edad que sean física o mentalmente incapaces de valerse por sí mismos.

Las parejas de hecho registradas deben cumplir la definición de dependiente fiscal del artículo 152 del IRC para obtener ventajas fiscales.

Si decide inscribir a un cónyuge, pareja de hecho o hijo a cargo, es posible que se le pida que acredite que cumple los requisitos. La afiliación de una persona que no cumpla los criterios de elegibilidad se considera fraude y puede dar lugar a la finalización de la cobertura y a la adopción de medidas disciplinarias.

Sección 125

Al participar en el Plan de Cafetería 125, usted autoriza a su empleador a reducir su remuneración bruta en los montos de contribución al inscribirse en las coberturas ofrecidas bajo nuestro plan de Salud y Bienestar. Para obtener una copia del Documento del Plan de la Sección 125, póngase en contacto con Recursos Humanos.

Elección y cambio de cobertura

Puede inscribirse o modificar sus elecciones de prestaciones en los siguientes momentos:

- Durante anual de inscripción abierta a las prestaciones (las elecciones entran en vigor el 1 de agosto)
- dentro de los primeros 30 días de elegibilidad como empleado recién contratado; la cobertura entrará en vigor el día 1 del mes siguiente a la fecha de contratación
- dentro de los 30 días siguientes a un acontecimiento vital que cumpla los requisitos (véanse los ejemplos a continuación)

Si el cambio se debe a la obtención o pérdida del derecho a Medicaid, Medicare o a un programa estatal de seguro médico, deberá presentar la solicitud en un plazo de 60 días a partir del suceso.

Los eventos que califican incluyen:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Cambio de estado civil de una persona dependiente
- Ganancia o pérdida de cobertura
- Cambio de situación laboral

Requisitos para inscribirse

Para evitar sanciones en algunos estados, debe mantener un seguro de salud, ya sea a través de nuestro programa de beneficios o de otra fuente, como un Intercambio de Seguros de Salud Estatal o Federal.

Para obtener más información sobre el Mandato Individual, visite www.cciio.cms.gov o www.coveredca.com para obtener información específica sobre California.

Puede optar por renunciar a la cobertura médica, dental o de visión rechazando la cobertura en Paylocity. Si renuncia a la cobertura, sólo podrá volver a inscribirse durante la siguiente inscripción abierta anual, a menos que experimente un Evento de Vida Calificado.

¿Es elegible para Medicare? Tiene opciones.

Si usted o las personas a su cargo son beneficiarios de Medicare en la actualidad, o lo serán en los próximos dos meses, la ley federal le ofrece opciones adicionales de cobertura. Consulte la sección Avisos sobre planes de salud colectivos para obtener información más detallada.

Estas opciones pueden ofrecerle una cobertura más asequible y completa que nuestro plan de salud colectivo.

Nos hemos asociado con Medicare Experts para ayudarle a navegar por Medicare y las posibles opciones. Visite www.myplanadvocate.com para obtener más información o llame a un especialista al 1-800-650-6585.



Finalización de la cobertura

La cobertura de sus prestaciones finalizará a medianoche del

- El último día de trabajo, excepto en el caso de las prestaciones médicas, dentales y oftalmológicas, que finalizarán al final del mes en el que deje de trabajar.
- el final del mes en el que usted o un dependiente dejen de cumplir los requisitos de afiliación
- la fecha en la que no se reciban los pagos de las cotizaciones
- la fecha de finalización de cualquier plan de prestaciones
- la fecha en la que se incorpore a las fuerzas armadas en servicio activo a tiempo completo, salvo en los casos cubiertos por la ley USERRA.

Cómo inscribirse o realizar un cambio

Dispone de 30 días a partir de la fecha de contratación o de la fecha de un evento vital cualificado para solicitar cobertura en línea en: <https://access.paylocity.com/>.

Si necesita ayuda para inscribirse, póngase en contacto con Recursos Humanos llamando al 707.933.9063.



Cuatro planes. Un objetivo: Obtener la cobertura adecuada para usted.

		¿En qué consiste?	¿Por qué debo tenerlo en cuenta?	¿Qué más necesito saber?
	HDHP	Un plan de salud con deducible alto (HDHP) funciona como un PPO pero tiene un deducible más alto. También viene con una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) para ayudarle a ahorrar dinero libre de impuestos para gastos médicos.	Una opción inteligente para todo tipo de empleados, especialmente si se tiene en cuenta la contribución libre de impuestos de la empresa de \$1,600 (individual) o \$3,200 (familiar) a su cuenta.	Esta opción utiliza la misma red que nuestro plan PPO con mayor control el potencial de ahorro. Tenga en cuenta que deberá alcanzar el deducible antes de que se cubran los servicios no preventivos.
	EPO	Una Organización de Proveedores Exclusivos (EPO) le permite elegir entre la red de médicos y hospitales y no requiere un médico de atención primaria (PCP).	Es una buena opción si desea limitar el pago de una franquicia y se siente cómodo utilizando proveedores de la red para todos sus cuidados.	No necesita una derivación para consultar a un especialista de la red; sin embargo, no hay cobertura fuera de la red a menos que se trate de una urgencia.
	PPO	Un plan PPO (Preferred Provider Organization, Organización de Proveedores Preferentes) ofrece una red de proveedores a un coste más bajo, pero le permite consultar a proveedores fuera de la red por una tarifa más alta.	Es la mejor opción si desea tener más opciones de proveedores y no le importa pagar un poco más de su sueldo para tener una franquicia más baja y menos gastos de su bolsillo cuando reciba atención médica.	Puede acudir a proveedores dentro o fuera de la red, pero obtendrá una cobertura mucho mejor y menores costes si permanece dentro de la red.
 KAISER PERMANENTE®	HMO	Un plan HMO requiere que elija un médico de atención primaria (PCP) y que acuda a médicos y proveedores de la red HMO. El plan no cubre la atención fuera de la red a menos que se trate de una urgencia.	Es una buena opción si desea reducir las deducciones de nómina y no le importa que un médico de atención primaria (PCP) coordine su atención.	Todos los servicios, incluida la atención de un especialista o los servicios fuera de la red, requieren una derivación de su médico de atención primaria. Esta opción sólo está disponible para los empleados con derecho a prestaciones en California.



¿Quiere saber quién forma parte de la red? Escanee el código QR con su smartphone para acceder al recurso de búsqueda de proveedores de nuestros

BUSCAR EN
PROVEEDORES DE



BUSCAR EN
PROVEEDORES DE



Características del plan	EPO	PPO	HDHP
Atención preventiva gratuita No hay ningún costo adicional por consultar a un proveedor de la red para recibir atención preventiva.			
Cobertura dentro y fuera de la red Puede recibir atención y servicios de proveedores y centros fuera de la red a un precio reducido.			
Beneficio de reembolso de la franquicia (HRA) La compañía pagará los gastos deducibles de la red superiores a \$500 (individual) o \$1,000 (familiar) para afiliados EPO/PPO.			
Cuenta de ahorro para la salud (HSA) elegible Los afiliados que abran una cuenta de ahorro para gastos médicos tendrán derecho a una contribución anual libre de impuestos de hasta \$1,600 (individual) o \$3,200 (familiar).			

Coste de los servicios más comunes de la red	EPO	PPO	HDHP
Deducible (Ind Fam)	\$3,000 \$6,000	\$3,000 \$6,000	\$3,500 \$7,000
Reembolso del Deducible de la WS HRA (Ind Fam)	\$2,500 \$5,000	\$2,500 \$5,000	N/A
Contribución WS HSA (Ind Fam)	N/A	N/A	\$1,600 \$3,200
Su Deducible Después de HRA o HSA (Ind Fam)	\$500 \$1,000	\$500 \$1,000	\$1,900 \$3,800
Máximo de gastos de bolsillo (Ind Fam)	\$7,150 \$14,300	\$7,150 \$14,300	\$5,000 \$10,000

Servicios de atención preventiva	DE COPAGO \$0	DE COPAGO \$0	DE COPAGO \$0
Visitas virtuales de telesalud	DE COPAGO \$0	DE COPAGO \$0	DED + 10%
Visitas al consultorio del médico (Primaria Especialista)	DE COPAGO \$35 \$70	DE COPAGO \$35 \$70	DED + 10%
Atención urgente	DE COPAGO \$50	DE COPAGO \$50	DED + 10%
Sala de Urgencias	\$350 DED + 20%	\$350 DED + 20%	DED + 10%
Servicios de rayos X y laboratorio (consultorio médico centro)	DED + 20% 50%	DED + 20% 50%	DED + 10% 40%
Otros servicios hospitalarios	DED + 20%	DED + 20%	DED + 10%

Medicamentos con receta médica (30 90 días)			DESPUÉS DEL DEDUCIBLE
Nivel 1	DE COPAGO \$10 \$25	DE COPAGO \$10 \$25	DE COPAGO \$10 \$25
Nivel 2	DE COPAGO \$45 \$113	DE COPAGO \$45 \$113	DE COPAGO \$35 \$88
Nivel 3	DE COPAGO \$90 \$225	DE COPAGO \$90 \$225	DE COPAGO \$70 \$135
Especialidad Nivel 2 Nivel 3	DE COPAGO \$150 \$250	DE COPAGO \$150 \$250	DE COPAGO \$150 \$250

Visita con un proveedor 24/7 — en cualquier momento y en cualquier lugar

Con las Visitas Virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, puede conectarse con un proveedor por teléfono o video¹ a través de **myuhc.com**[®] o la aplicación UnitedHealthcare[®]



Otra manera de recibir cuidado

Los proveedores pueden tratar una amplia variedad de enfermedades — incluidas muchas de las mismas afecciones que se tratan en una sala de emergencias (emergency room, ER) o un centro de cuidado de urgencia — e incluso pueden recetar medicamentos,² si cuentan con el permiso y fuera necesario. **Con un plan de UnitedHealthcare, su costo por una Visita Virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana generalmente es de \$0.³**

Considere usar el servicio de Visitas Virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana para las siguientes enfermedades frecuentes y mucho más

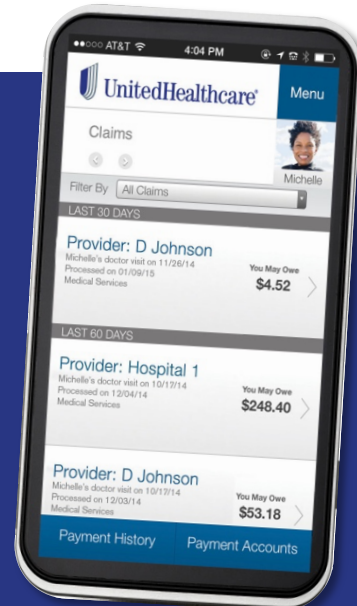
- Alergias
- Gripe
- Dolor de garganta
- Bronquitis
- Dolor de cabeza o migrañas
- Dolor de estómago
- Infecciones oculares
- Sarpullidos

\$0 de costo

Alrededor del 25% de las visitas a la sala de emergencias pueden tratarse con una Visita Virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana — que reduce un posible costo de \$2,000⁴ a \$0.

Cúidese, en cualquier lugar

Los miembros de United Healthcare[®] pueden ver tarjetas de identificación, hacer un seguimiento de reclamos, encontrar proveedores dentro de la red, verificar niveles de cobertura y más, todo desde su teléfono. Es una manera simple y segura de mantener el control de su salud.



** Coste de \$0 Se aplica a los programas PPO y EPO; los afiliados a CDHP pagan una cuota reducida, tal y como exigen las directrices federales.



Nuestro compromiso con su bienestar

Gane hasta \$300 en recompensas con UHC

Con UHC Rewards, las cosas que ya está haciendo, como el seguimiento de sus pasos o el sueño puede conducir a dinero en efectivo de recompensa. Las actividades que elija dependen de usted, y lo mismo ocurre con las formas de gastar sus ganancias. Visite UHC Rewards para obtener una lista completa de las actividades con las que puede obtener recompensas.

Inscríbase en los gimnasios OnePass con UHC

One Pass Select le ayuda a mantenerse activo con acceso a entrenamientos digitales, gimnasios y estudios, en casa o en movimiento. Los planes van desde \$10 a \$144/mes, y puede cambiar de nivel en cualquier momento. Inscríbase a través de UHC Rewards y utilice sus ganancias para ayudar a pagar. Los miembros de la familia mayores de 18 años pueden unirse, y usted puede utilizar varios gimnasios en el mismo mes para una máxima flexibilidad.

Mejora tu salud con Real Appeal

Real Appeal en Rally Coach™ es un programa de control de peso gratuito y probado que se incluye con sus beneficios. Establezca objetivos alcanzables, realice un seguimiento de su progreso y obtenga apoyo a través de sesiones de grupo virtuales, consejos personalizados y una comunidad motivadora. Los miembros de UHC pueden unirse ahora en enroll.realappeal.com.

Quit For Life® en Rally Coach™

Consigue un Plan Quit personalizado, coaching uno a uno, herramientas 24/7, sesiones de grupo y consejos de la vida real a los que puedes acceder en cualquier momento y lugar. Listo para dar el primer paso? Los miembros de UHC pueden unirse ahora en enroll.realappeal.com.

¡Empecemos ya!

1. Escanee el siguiente código para **descargar la aplicación de UHC**
2. **Inicie sesión o regístrese**
3. Seleccione la pestaña **Menú** y elija **UHC Rewards**
4. Seleccione **Canjear premios**



Atención completa para ayudarle a vivir una vida más plena y saludable

Con Kaiser Permanente, nuestros equipos de atención de confianza coordinan y personalizan toda su atención; así, podrá dedicar más tiempo a hacer lo que le gusta.

¿Tiene preguntas sobre los planes?



Vaya a kp.org/choosekp
(en inglés) para comenzar.

Llame al **1-800-514-0985** (TTY **711**)
de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.,
hora del Pacífico, para hablar con
un especialista en inscripciones.

Los miembros actuales de
Kaiser Permanente que tengan alguna
pregunta pueden llamar a Servicio
a los Miembros, las 24 horas del día,
los 7 días de la semana (cerrado en
días festivos).

- **1-800-464-4000**
(inglés y más de 150 idiomas
con servicios de interpretación)
- **1-800-788-0616** (español)
- **1-800-757-7585**
(dialectos chinos)
- **711** (TTY)





KAISER PERMANENTE®

Disponible para empleados con derecho a prestación
en Napa, CA, Windsor, CA, and Vacaville, CA

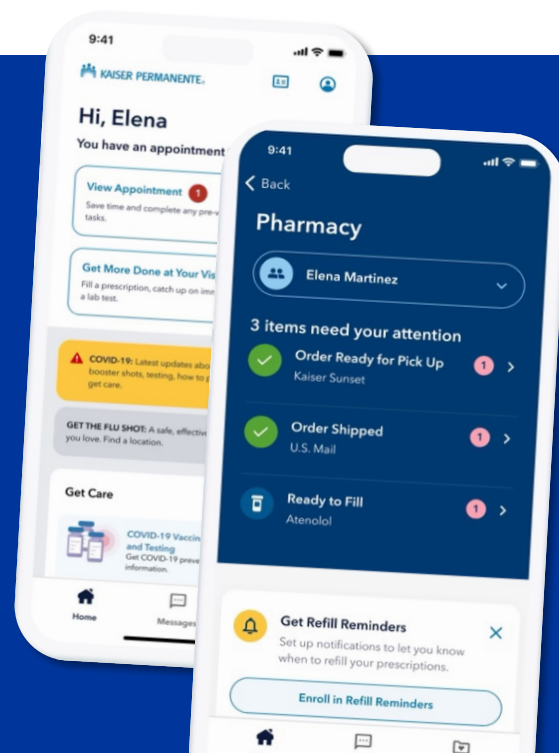
Características del plan	HMO
Atención preventiva cubierta al 100 No hay costo adicional para usted por ver a un proveedor de la red de la red para recibir atención preventiva.	
Sólo cobertura de la red Usted recibirá el nivel más alto de cobertura seleccionando proveedores de la red de UHC.	

Su coste por los servicios más comunes de la red	HMO	
Servicios de atención preventiva	DE COPAGO \$0	
Visitas al consultorio del médico (atención primaria o especialista)	DE COPAGO \$40	
Atención urgente	DE COPAGO \$40	
Sala de emergencias	30% después del deducible	
Servicios de diagnóstico de rayos X y laboratorio	DE COPAGO \$40	
Diagnóstico Complejo	30% después del deducible	
Otros servicios hospitalarios	30% después del deducible	
Deducible (Individual Familiar)	\$1,000 \$2,000	
Máximo de bolsillo (Individual Familiar)	\$6,250 \$12,500	
Cobertura de medicamentos recetados	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS
Nivel 1	DE COPAGO \$25	DE COPAGO \$50
Nivel 2	DE COPAGO \$50	DE COPAGO \$100
Medicamentos especializados	DE COPAGO \$150	NO CUBIERTOS

Hay una aplicación para eso

Los afiliados de Kaiser Permanente pueden acceder y gestionar fácilmente su asistencia sanitaria en cualquier momento y lugar. Ver tarjetas de identificación, realizar un seguimiento de las reclamaciones, encontrar proveedores de la red, comprobar los niveles de cobertura y mucho más, todo desde su teléfono.

Es una forma sencilla y segura de mantener el control de su salud.



Conserve más, pague menos Con una FSA o HSA



Tome el control y ahorre hasta un 30%.

Participar en una HSA o FSA es una forma inteligente de ahorrar dinero en atención médica. Administradas por **igoe**, estas cuentas le permiten reservar dinero antes de impuestos para pagar gastos médicos, dentales y oftalmológicos elegibles, reduciendo sus ingresos imponibles y manteniendo más dinero en su bolsillo. Ya sea que esté planeando para la atención de rutina o costos inesperados, una HSA o FSA le ayuda a administrar los gastos al tiempo que aumenta su bienestar financiero.

Cuenta de gastos flexibles de asistencia sanitaria (PARA SUSCRIPTORES DE PPO, EPO, HMO)

Una cuenta de gastos flexibles para atención sanitaria le permite reservar dinero antes de impuestos para pagar gastos médicos, dentales y oftalmológicos elegibles no cubiertos por el seguro. En 2025, puede aportar hasta \$3,300, y hasta \$660 pueden transferirse al año siguiente. Sólo tiene que calcular sus gastos, establecer las deducciones de nómina y utilizar su tarjeta de débito de la FSA o presentar los recibos para el reembolso. Es una forma inteligente de estirar más su dinero para asistencia sanitaria.

Cuenta de gastos flexibles para fines limitados (PARA INSCRIPTOS EN HDHP)

Si usted es elegible y planea contribuir a una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA), una FSA de Propósito Limitado es una opción inteligente a considerar. Puede utilizarse para reembolsar gastos cualificados de atención preventiva, dental y oftalmológica. Para 2025, la aportación máxima es de \$3,300.

Cuenta de ahorros para la salud (PARA INSCRIPTOS EN HDHP)

Cuando se inscriba en el Plan de Salud con Deducible Elevado UHC Select Plus, tendrá acceso a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés), una forma flexible y con ventajas fiscales de ahorrar en atención médica. Usted decide cuánto aportar, el dinero es suyo y se acumula año tras año. Utilícelo para pagar deducibles, copagos y otros gastos de su bolsillo, al tiempo que reduce su base imponible y toma el control de sus gastos sanitarios.

Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de personas dependientes

La Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Personas Dependientes puede utilizarse para pagar los gastos de guardería de niños menores de 13 años, o el cuidado de un miembro del hogar discapacitado que no pueda valerse por sí mismo. Para tener derecho a la ayuda, si está casado, su cónyuge debe estar trabajando, buscando trabajo activamente o matriculado en la escuela a tiempo completo. La contribución máxima es de \$5,000.

Cuenta para gastos de desplazamiento

El programa de prestaciones para personas que viajan diariamente a su trabajo puede utilizarse para pagar abonos de transporte público, viajes compartidos en furgoneta, transporte por carretera y gastos de aparcamiento. Para 2025, la contribución máxima es de \$325 al mes, tanto para estacionamiento como para transporte público. Todas las compras deben realizarse con la tarjeta de débito de la FSA; no se permite el reembolso en efectivo.

Características y diferencias de la HSA, FSA de asistencia sanitaria y FSA limitada

Características del plan	Cuentas de ahorro para la salud (HSA)	FSA de asistencia sanitaria	FSA limitada
¿Quién contribuye?	Usted y Wineshipping.com	Sólo usted	Sólo Usted
Contribución máxima	\$4,300 Individual \$8,550 Familia, y \$1,000 si tiene 55 años o más	Hasta \$3,300	Hasta \$3,300
Contribución de Wineshipping.com	\$1,600 Individual \$3,300 Familia	Ninguno	Ninguno
Gastos subvencionables	Gastos médicos, oftalmológicos y dentales aprobados por el IRS para el afiliado y sus beneficiarios cualificados	Gastos médicos, oftalmológicos y dentales aprobados por el IRS para el afiliado y los beneficiarios cualificados	Sólo gastos dentales o de visión aprobados por el IRS para el afiliado y los beneficiarios cualificados
Requisitos del plan	Debe estar afiliado al HDHP	No puede estar inscrito en el HDHP	Puede estar inscrito en el HDHP
Ventaja fiscal	Contribuciones libres de impuestos Ingresos por intereses e inversiones libres de impuestos	Contribuciones libres de impuestos	Contribuciones libres de impuestos
Reinversión o periodo de carencia	Sí, los fondos se transfieren a final de año.	Se puede transferir un máximo de 660 dólares durante 75 días	Se puede transferir un máximo de 660 dólares durante 75 días
Opciones de inversión	Posibilidad de invertir tras alcanzar el umbral mínimo	Sin opciones de inversión	Sin opciones de inversión
Portabilidad	Sí - las aportaciones a la HSA permanecen con el empleado incluso después de dejar la empresa	No portabilidad	Sin portabilidad

Consideraciones adicionales

- Si está inscrito en otra cobertura sanitaria no cualificada, en Medicare o en una FSA o HRA de salud general, si se le declara como dependiente fiscal de otra persona (excepto su cónyuge) o si ha recibido atención médica del VA no relacionada con el servicio en los últimos tres meses, no puede participar en la HSA.
- Utilizar los fondos de la HSA para gastos no elegibles antes de los 65 años puede dar lugar a impuestos y a una penalización, por lo que es importante utilizar la cuenta sólo para gastos de asistencia sanitaria elegibles.
- Los fondos de la HSA pueden crecer libres de impuestos, ayudándole a ahorrar más con el tiempo, aunque esto puede variar según el estado. Asegúrese de consultar a su asesor fiscal para saber cómo se le aplican las leyes fiscales estatales.

Beneficios dentales



Sonrisa más brillante con cobertura dental inteligente

Con Guardian Dental PPO, puede acudir a cualquier dentista y elegir una cobertura PPO baja o alta. Los dentistas de DentalGuard Preferred ofrecen tarifas más bajas y se encargan de tramitar las reclamaciones por usted. Compruebe si su dentista está dentro de la red escaneando el código QR o visitando guardiananytime.com y seleccionando la red DentalGuard Preferred.

BUSCAR UN
DENTISTA



Características del plan	Guardian Dental Low PPO		Guardian Dental High PPO	
	RED	FUERA DE LA RED	RED	FUERA DE LA RED
UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS				
Servicios preventivos	100%	80%	100%	100%
Servicios básicos	80%	80%	90%	80%
Servicios principales	50%	50%	60%	50%
Deducible por año civil	\$0	\$50/Persona	\$0	\$50/Persona
Prestación máxima anual	\$1,000/Persona		\$1,000/Persona	
Servicios de ortodoncia	50% a \$500 Máximo de por vida		50% a \$2,000 máximo de por vida	
Asignación de transferencia de beneficios	Hasta \$1,000/Persona		Hasta \$1,500/Persona	

Beneficios para la vista



Cobertura para no perder de vista la vida

Nuestro plan oftalmológico a través de **UnitedHealthcare** le permite ahorrar en servicios oftalmológicos y pagar un simple copago al momento de recibir el servicio. Los miembros que no pertenecen a la red deben pagar por adelantado y pueden presentar un reclamo para obtener un reembolso parcial. Visite www.myuhcvision.com para encontrar un proveedor de la red.

BUSCAR UN
PROVEEDOR



Características del plan	UHC Visión	
	RED	FUERA DE LA RED
UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS		
Examen de la vista	\$10 Copago	Hasta \$40 permitidos
Lentes	Copago de \$25	Hasta \$80 permitidos
Armazones (30% de descuento en la red)	\$200 de franquicia	Hasta \$45 permitidos
Frecuencia de los beneficios	Cada 12 meses	
Lentes de contacto médicamente necesarias	100% Cubierto	Hasta \$210 permitidos
Cosméticos (en lugar de lentes)	\$200 permitidos	Hasta 200 \$ permitidos
LASIK	35% de descuento	

Cobertura por incapacidad a corto plazo



Proteja sus ingresos cuando la vida da un giro inesperado

Si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo, la cobertura por incapacidad le ayuda a reponer los ingresos perdidos, para que pueda seguir con lo esencial y proteger lo que más le importa. Su derecho a prestaciones depende de si no puede trabajar en su propio empleo o en cualquier otro, según el plan.

Participación sin coste	Guardian Vida
Incapacidad a Corto Plazo	Cobertura del 60% de sus ingresos de predisponibilidad, hasta \$2,500 semanales, con un máximo de 12 semanas.
Seguro estatal de invalidez	Su estado de residencia puede proporcionarle un seguro de invalidez que sustituya su salario. Para más información, póngase en contacto con Recursos Humanos.

Seguro de vida básico y AD&D

Cobertura que vela por el futuro de su familia

El seguro de vida proporciona apoyo financiero a sus seres queridos en caso de fallecimiento, ayudándoles a mantenerse seguros durante un momento difícil. Si su fallecimiento se debe a un accidente, o si sufre una lesión grave como la pérdida de un miembro, la cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) ofrece protección adicional. Las prestaciones disminuyen a partir de los 65 años.

Participación gratuita	Guardian Vida
Seguro de vida básico	\$50,000 de cobertura
Muerte accidental y desmembramiento	La cobertura varía en función de la enfermedad y está sujeta a un límite de \$50,000.

Seguro de vida complementario y AD&D

Tranquilidad para los imprevistos de la vida

Puede complementar su seguro de vida y AD&D pagado por el empleador con cobertura voluntaria adicional para usted y sus dependientes a través de deducciones de nómina con Guardian. Los importes de cobertura superiores a \$150,000 requieren aprobación sanitaria. El coste de la cobertura puede consultarse en la tabla de tasas de cotización del empleado, al final de este folleto.

Participación sin coste	Guardian Vida
Cobertura para empleados	\$10,000 a \$500,000 (Hasta \$150,000 Emisión Garantizada)
Cobertura para cónyuges	\$5,000 a \$250,000 (Hasta \$50,000 Emisión Garantizada)
Cobertura para hijos	14 días hasta los 26 años, Opciones de \$5,000 - \$10,000
Cobertura AD&D	Opción de igualar el importe adquirido de cobertura de vida complementaria

Cobertura de enfermedad crítica



Apoyo adicional cuando más lo necesita

El seguro para enfermedades graves de Guardian te paga en efectivo si te diagnostican una afección cubierta, como cáncer, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Úsalo para pagar facturas médicas, ingresos perdidos o gastos cotidianos, para que puedas concentrarte en tu recuperación, no en tus finanzas.

Opciones de cobertura	Vida Guardian
Cobertura para empleados	\$10,000 o \$20,000
Cobertura para el cónyuge	La mitad de la prestación elegida por el empleado
Cobertura para hijos	Cobertura automática del 25% de la prestación del empleado

Cobertura de protección hospitalaria

Cobertura que cubre las carencias

El seguro hospitalario voluntario de Guardian le paga en efectivo por las estancias hospitalarias para ayudarle con los gastos que su plan médico no cubre, como copagos, desplazamientos, cuidado de niños o pérdida de ingresos.

Características del plan	Guardian Life
Hospitalización - primer día	\$1,000 - Máximo 3 veces por familia
Hospitalización o UCI - Diaria	\$100 por día - Máximo 15 días por asegurado

Cobertura de Accidentes

Un seguro que cubre lo inesperado

El seguro voluntario contra accidentes de Guardian te paga en efectivo por lesiones y tratamientos cubiertos, como visitas a urgencias, cirugía o terapia. Utiliza el dinero como lo necesites, desde facturas médicas hasta gastos cotidianos.

Características del plan	Guardian Life
Tratamiento de emergencia en caso de accidente	\$150
Visita médica de seguimiento por accidente	\$25 - Máximo 6 tratamientos/accidente en 90 días
Ambulancia	Terrestre \$150 / Aérea \$750
Ingreso en hospital o UCI	\$1,500
Internamiento en Hospital o UCI	\$150 Hospital (Límite 1 año) / \$300 UCI (Límite 15 días)
Prestación por fallecimiento	\$20,000 Empleado o Cónyuge / \$10,000 Hijo

Nota: La cobertura voluntaria de esta página es pagada al 100% por el empleado con contribuciones después de impuestos.

Directorio y recursos

INSCRIPCIÓN/HABILITACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
En línea en Paylocity		access.paylocity.com
Recursos Humanos		
Gina Francis	707.690.4793	Gina.Francis@wineshipping.com
Alan Hernández	707.933.9063	Alan.Hernandez@wineshipping.com
Jose Ibarra	707.703.1460	Jose.Ibarra@wineshipping.com

COBERTURA MÉDICA	GRUPO	NÚMERO DE TELÉFONO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
Kaiser HMO	669546	800.464.4000	myuhc.com
UHC EPO	928243	866.663.2446	kaiserpermanente.org
UHC HDHP	928243	866.663.2446	myuhc.com
UHC PPO	928243	866.663.2446	myuhc.com
Ahorros para la salud (HSA) o Reembolso del Deducible (HRA)		800.633.8818 Opción #1	goigoe.com

COBERTURA DENTAL	GRUPO	NÚMERO DE TELÉFONO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
Guardián Bajo	575120	800.541.7846	guardianlife.com
Guardian Alta	575120	800.541.7846	guardianlife.com

COBERTURA DE VISIÓN	GRUPO	NÚMERO DE TELÉFONO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
United Healthcare	928243	866.663.2446	myuhcvision.com

VIDA, DISCAPACIDAD Y LUGAR DE TRABAJO	GRUPO	NÚMERO DE TELÉFONO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
Vida/AD&D	575120	800.525.4542	guardianlife.com
Discapacidad	575120	800.538.4583	guardianlife.com
Enfermedad Crítica	575120	800.541.7846	guardianlife.com
Seguro de Accidentes	575120	800.541.7846	guardianlife.com
Indemnización hospitalaria	575120	800.268.2525	guardianlife.com

BENEFICIOS BASADOS EN CUENTA	NÚMERO DE TELÉFONO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
Gastos Flexibles (FSA)		
Ahorros para la salud (HSA)	800.633.8818	goigoe.com
Reembolso de deducible (HRA)	Opción #1	

APOYO A LA VIDA LABORAL (EAP)	GRUPO	NÚMERO DE TELÉFONO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
Uprise Health	vida laboral	800.386.7055	worklife.uprisehealth.com

2025/2026 Tasas de contribución de los empleados

UNITED HEALTHCARE EPO	SEMANAL	BISEMANAL
Sólo empleado	\$27.75	\$55.50
Empleado y cónyuge/pareja de hecho registrada	\$101.33	\$202.66
Empleado e hijo(s)	\$69.42	\$138.84
Empleado y familia	\$146.86	\$293.72

UNITED HEALTHCARE HDHP	SEMANAL	BISEMANAL
Empleado solamente	\$31.38	\$62.76
Empleado y cónyuge/pareja de hecho registrada	\$123.65	\$247.30
Empleado e hijo(s)	\$98.79	\$197.58
Empleado y familia	\$130.00	\$260.00

UNITED HEALTHCARE PPO	SEMANAL	BISEMANAL
Empleado solamente	\$58.26	\$116.52
Empleado y cónyuge/pareja de hecho registrada	\$170.99	\$341.98
Empleado e hijo(s)	\$142.47	\$284.94
Empleado y familia	\$243.57	\$487.14

KAISER HMO	SEMANAL	BISEMANAL
Sólo para empleados	\$56.31	\$112.62
Empleado y cónyuge/pareja de hecho registrada	\$168.00	\$336.00
Empleado e hijo(s)	\$152.08	\$304.16
Empleado y familia	\$232.85	\$465.70

GUARDIAN LOW DENTAL	SEMANAL	BISEMANAL
Sólo empleado	\$1.76	\$3.52
Empleado y cónyuge/pareja de hecho registrada	\$7.15	\$14.30
Empleado e hijo(s)	\$9.14	\$18.28
Empleado y familia	\$13.63	\$27.27

GUARDIAN HIGH DENTAL	SEMANAL	BISEMANAL
Sólo empleado	\$2.29	\$4.57
Empleado y cónyuge/pareja de hecho registrada	\$9.29	\$18.57
Empleado e hijo(s)	\$11.87	\$23.75
Empleado y familia	\$17.71	\$35.41

UNITED HEALTHCARE VISION	SEMANAL	BISEMANAL
Empleado solamente	\$.39	\$.79
Empleado y cónyuge/pareja de hecho registrada	\$1.58	\$3.16
Empleado e hijo(s)	\$1.62	\$3.24
Empleado y familia	\$2.41	\$4.81

2025/2026 Tasas de contribución de los empleados

SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	EMPLEADO/CÓNYUGE TASA MENSUAL POR \$1,000
Menos de 25	\$0.087
25 - 29	\$0.087
30 - 34	\$0.092
35 - 39	\$0.123
40 - 44	\$0.182
45 - 49	\$0.291
50 - 54	\$0.480
55 - 59	\$0.777
60 - 64	\$1.229
65 - 69	\$2.473
70 o más	\$4.677
Hijo(s) a cargo	\$0.17
AD&D	\$0.04

ENFERMEDAD CRÍTICA BISEMANAL	EMPLEADO \$10,000	EMPLEADO \$20,000	CÓNYUGE \$5,000	CÓNYUGE \$10,000
Menos de 30	\$1.98	\$3.97	\$0.99	\$1.98
30 - 39	\$2.58	\$5.17	\$1.29	\$2.58
40 - 49	\$5.08	\$10.15	\$2.54	\$5.08
50 - 59	\$10.02	\$20.03	\$5.01	\$10.02
60 - 69	\$17.86	\$35.72	\$8.93	\$17.86
70 o más	\$32.86	\$65.72	\$16.43	\$32.86

Prima del cónyuge calculada según la edad del empleado

PROTECCIÓN HOSPITALARIA GUARDIAN	SEMANAL	BISEMANAL
Sólo empleado	\$3.21	\$6.42
Empleado y cónyuge/pareja de hecho registrada	\$7.21	\$14.42
Empleado e hijo(s)	\$5.44	\$10.88
Empleado y familia	\$9.45	\$18.90

PROTECCIÓN CONTRA ACCIDENTES GUARDIAN	SEMANAL	BISEMANAL
Sólo empleado	\$1.53	\$3.06
Empleado y cónyuge/pareja de hecho registrada	\$2.64	\$5.28
Empleado e hijo(s)	\$2.68	\$5.36
Empleado y familia	\$3.79	\$7.58

AVISOS IMPORTANTES DEL PLAN

Este paquete de notificaciones relacionadas con nuestro plan de atención médica incluye una notificación sobre cómo se compara la cobertura de medicamentos recetados del Plan con la Parte D de Medicare. Si usted o un miembro de su familia también está inscrito en las Partes A o B de Medicare, pero no en la Parte D, debe leer atentamente la notificación de la Parte D de Medicare. Se titula "Aviso importante de Wineshipping.com LLC sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare".

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o para las personas a su cargo (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, es posible que pueda inscribirse o inscribir a las personas a su cargo en este plan si usted o las personas a su cargo pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si la empresa deja de contribuir a su otra cobertura o a la de las personas a su cargo). No obstante, debe solicitar la afiliación en los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o la de las personas a su cargo (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la afiliación en los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

También pueden existir derechos especiales de afiliación en las siguientes circunstancias:

- si usted o las personas a su cargo pierden el derecho a Medicaid o a la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños (CHIP) y solicita la inscripción en los 60 días siguientes a la finalización de dicha cobertura; o bien
- Si usted o las personas a su cargo cumplen los requisitos para recibir una subvención estatal de asistencia para el pago de primas a través de Medicaid o de un CHIP estatal con respecto a la cobertura de este plan y solicita la afiliación dentro de los 60 días siguientes a la determinación del derecho a dicha asistencia.

Nota: el plazo de 60 días para solicitar la afiliación sólo se aplica en estas dos últimas circunstancias enumeradas relativas a Medicaid y CHIP estatal. Como se ha descrito anteriormente, el plazo de 60 días se aplica a la mayoría de las inscripciones especiales.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con Recursos Humanos llamando al 707.690.4793.

INFORMACIÓN SOBRE LA SECCIÓN 125

Este plan está disponible si un Asociado se inscribe en el plan de salud. Un Plan Sección 125 es un beneficio valioso que permite a los Asociados ahorrar dinero en impuestos. Los Asociados pueden elegir esta opción cuando se inscriben en el plan de salud. Las aportaciones de los Asociados al plan de salud se deducirán de su nómina antes de impuestos, a menos que elijan otra opción en el momento de la inscripción. Al elegir la cobertura antes de impuestos en el plan de salud, los empleados dan permiso a Wineshipping.com LLC para deducir su contribución a la prima antes de impuestos. Una vez inscritos, sólo se pueden realizar cambios en la fecha de aniversario del plan o como resultado de un acontecimiento que cumpla los requisitos. En caso de contradicción entre la información de este resumen y el Documento del Plan de la Sección 125, el Documento del Plan se considerará el documento de control.

AVISO DE DISPONIBILIDAD DEL PLAN DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS DE WINESHIPPING.COM LLC AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE OBTENER UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN, QUE DESCRIBE LAS FORMAS EN QUE EL PLAN UTILIZA Y DIVULGA SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. El Plan de

Beneficio de Empleado de Wineshipping.com LLC (el "Plan") proporciona beneficios de salud a empleados elegibles de Wineshipping.com LLC, (la "Compañía") y sus dependientes elegibles como descrito en la descripción de plan de resumen (s) para el Plan. El Plan crea, recibe, utiliza, conserva y divulga información sanitaria sobre los empleados participantes y las personas a su cargo mientras proporciona estas prestaciones sanitarias. El Plan está obligado por ley a notificar a los participantes las obligaciones y prácticas de privacidad del Plan con respecto a la información médica protegida de las personas cubiertas y lo ha hecho proporcionando a los participantes del Plan una Notificación de Prácticas de Privacidad, que describe las formas en que el Plan utiliza y divulga la información médica protegida.

Para recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Plan, puede ponerse en contacto con Recursos Humanos en gina.francis@wineshipping.com, que ha sido designada como persona de contacto del Plan para todas las cuestiones relacionadas con las prácticas de privacidad del Plan y los derechos de privacidad de las personas cubiertas.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES

En general, los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud no pueden, en virtud de la legislación federal, restringir las prestaciones para cualquier estancia hospitalaria 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 legislación federal no prohíbe en general que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la legislación federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

ADVERTENCIA DE GINA PARA LOS MATERIALES DEL PROGRAMA EN LOS QUE SE SOLICITE INFORMACIÓN MÉDICA

Al responder preguntas como parte del Plan de Beneficios para Empleados de Wineshipping.com LLC, no incluya ninguna información genética.

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) prohíbe a los empleadores y a otras entidades cubiertas por el Título II de GINA solicitar o requerir información genética de un individuo o de un miembro de su familia, excepto en los casos específicamente permitidos por esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "información genética", tal y como la define la GINA, incluye los antecedentes médicos familiares de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o de un familiar, el hecho de que una persona o un familiar de una persona haya solicitado o recibido servicios genéticos, y la información genética de un feto gestado por una persona o un familiar de una persona o de un embrión conservado legalmente por una persona o un familiar que reciba servicios de reproducción asistida.

AVISO SOBRE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES EN MATERIA DE SALUD Y CÁNCER

El Plan de Beneficios para Empleados de Wineshipping.com LLC está obligado por ley a proporcionarle el siguiente aviso:

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998 ("WHCRA") establece ciertas protecciones para las personas que reciben prestaciones relacionadas con la mastectomía. Su Plan, tal y como exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, proporciona prestaciones para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidos todos los estados de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre las mamas, prótesis y complicaciones derivadas de una mastectomía, incluido el linfedema.

La cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico que atiende al paciente y la paciente para:

- Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

El Plan de Beneficios para Empleados de Wineshipping.com LLC proporciona cobertura médica para mastectomías y los procedimientos relacionados enumerados anteriormente, sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea más información sobre las prestaciones de la WHCRA, consulte su o póngase en contacto con Recursos Humanos en gina.francis@wineshipping.com.

AVISO SOBRE EL PROGRAMA DE BIENESTAR

Wineshipping.com LLC puede optar por ofrecer un programa de bienestar voluntario que está disponible para todos los empleados. El programa se administra de acuerdo con las normas federales que permiten los programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluyendo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, según corresponda, entre otras. Si decide participar en el programa de bienestar, es posible que se le pida que complete una evaluación voluntaria de riesgos para la salud o "HRA", en la que se le hacen una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y sobre si padece o ha padecido determinadas enfermedades (por ejemplo, cáncer, diabetes o cardiopatías). También es posible que le pidan que realice un examen biométrico o un reconocimiento médico anual.

No está obligado a completar la HRA ni a participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos. Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar pueden optar a un incentivo. Aunque no está obligado a completar la HRA ni a participar en el examen biométrico, sólo los empleados que lo hagan recibirán el incentivo.

Puede haber incentivos adicionales para los empleados que participen en determinadas actividades relacionadas con la salud o consigan determinados resultados en materia de salud. Si no puede participar en alguna de las actividades relacionadas con la salud o lograr alguno de los resultados de salud requeridos para obtener un incentivo, puede tener derecho a un ajuste razonable o a una norma alternativa. Puede solicitar un ajuste razonable o una norma alternativa poniéndose en contacto con RRHH de Wineshipping.com LLC.

La información de su HRA y los resultados de su examen biométrico le ayudarán a comprender su estado de salud actual y los riesgos potenciales. También podrán utilizarse para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar. También le animamos a que comparta sus resultados o preocupaciones con su médico.

PROTECCIONES FRENTE A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información médica personal identificable. Aunque el programa de bienestar y Wineshipping.com LLC puede utilizar la información agregada que recoge para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, Wineshipping.com LLC nunca revelará ninguna de su información personal, ya sea públicamente o al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud de usted para un ajuste razonable necesario para participar en el programa de bienestar, o según lo expresamente permitido por la ley. La información médica que le identifique personalmente en relación con el programa de bienestar no se facilitará a sus supervisores o gerentes y nunca podrá utilizarse para tomar decisiones relativas a su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ningún otro modo, excepto en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información médica como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información para prestarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá los mismos requisitos de confidencialidad. La(s) única(s) persona(s) que recibirá(n) su información médica personal identificable será(n) aquella(s) a la(s) que usted autorice específicamente a prestarle servicios en el marco del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus expedientes personales, la información almacenada electrónicamente estará encriptada y no se utilizará ninguna información que usted proporcione como parte del programa de bienestar para tomar ninguna decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos, y en el caso de que se produzca una violación de datos que implique información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos inmediatamente.

No podrá ser discriminado en el empleo por la información médica que facilite al participar en el programa de bienestar, ni podrá ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o dudas sobre este aviso o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, póngase en contacto con recursos humanos en gina.francis@wineshipping.com.

AVISO GENERAL SOBRE LOS DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA

IMPORTANTE: DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA CON WINESHIPPING.COM LLC

Introducción

Está recibiendo este aviso porque recientemente ha obtenido la cobertura de un plan de salud colectivo (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura COBRA, una prórroga temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando cumpla los requisitos para acogerse a COBRA, también podrá optar a otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA.

Una ley federal creó el derecho a la continuación de la cobertura COBRA, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando, de otro modo, finalizaría la cobertura sanitaria colectiva. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, consulte el Resumen de la Descripción del Plan o póngase en contacto con el administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones cuando pierda la cobertura sanitaria colectiva. Por ejemplo, puede optar a adquirir un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede optar a costes más bajos en sus primas mensuales y menores gastos de bolsillo. Además, puede optar a un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud colectivo para el que reúna los requisitos (como el plan de su cónyuge), aunque ese plan no acepte generalmente inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de la cobertura COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando, de lo contrario, ésta finalizaría debido a un acontecimiento vital. Esto también se denomina "acontecimiento que reúne los requisitos". Más adelante en este aviso se enumeran los acontecimientos que cumplen los requisitos. Tras un suceso calificador, la continuación de la cobertura COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificador. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura COBRA deben pagar por la continuación de la cobertura COBRA.

Si es usted un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a los siguientes sucesos calificadores:

- se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Si es cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario si pierde la cobertura del Plan por los siguientes motivos

- fallece su cónyuge
- se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- finaliza la relación laboral de su cónyuge por cualquier motivo que no sea una falta grave por su parte;
- su cónyuge adquiere derecho a prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.
- Sus hijos a cargo se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan a causa de los siguientes supuestos calificados:
 - fallece el progenitor-empleado
 - se reducen las horas de trabajo del progenitor-empleado;
 - cese de la relación laboral del progenitor-empleado por cualquier motivo que no sea una falta grave;
 - el progenitor-empleado adquiere derecho a prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
 - los padres se divorcian o separan legalmente; o
 - El hijo deja de tener derecho a la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a los beneficiarios que cumplan los requisitos sólo después de que se haya notificado al administrador del Plan un acontecimiento que cumpla los requisitos. La empresa debe notificar al administrador del Plan los siguientes eventos que cumplen los requisitos:

- Fin de la relación laboral o reducción de las horas de trabajo;
- fallecimiento del trabajador
- derecho a percibir prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

En todos los demás casos (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o pérdida del derecho a la cobertura de un hijo dependiente), debe notificarlo al administrador del plan en un plazo de 60 días a partir del hecho causante.

Debe notificarlo a Wineshipping.com LLC, al Administrador del Plan de Beneficios para Empleados y a Recursos Humanos.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de un evento calificativo, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada beneficiario calificado. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA para sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal que suele durar 18 meses debido a la finalización de la relación laboral o a la reducción de las horas de trabajo. Determinados acontecimientos que cumplan los requisitos o un segundo acontecimiento que cumpla los requisitos durante el periodo inicial de cobertura pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura. También existen formas de prorrogar este periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA:

Prórroga por incapacidad del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA

Si la Seguridad Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está incapacitado y lo notifica al administrador del Plan a su debido tiempo, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La incapacidad tendría que comenzar en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA.

Prórroga del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura por un segundo hecho causante

Si su familia experimenta otro suceso calificador durante los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA durante un máximo de 36 meses si se notifica adecuadamente al Plan el segundo suceso calificador. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que obtengan la continuación de la cobertura COBRA si el empleado o antiguo empleado fallece; adquiere derecho a las prestaciones de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de reunir los requisitos del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga sólo está disponible si el segundo hecho causante hubiera provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan de no haberse producido el primer hecho causante.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de Cobertura COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuidad de la cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, [el Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP, por sus siglas en inglés\)](#) u otras opciones de cobertura de planes de salud de grupo (como el plan de su cónyuge) a través de lo que se denomina "periodo de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en vez de en la continuación de la cobertura COBRA una vez finalizada la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando cumple los requisitos por primera vez porque todavía está empleado, después del periodo de inscripción inicial de Medicare, dispone de un periodo de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la primera de las siguientes fechas

- el mes siguiente a la finalización de su relación laboral; o
- el mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basado en su empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura COBRA, el Plan puede finalizar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no podrá interrumpirse por tener derecho a Medicare, aunque se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura COBRA como en Medicare, Medicare pagará generalmente en primer lugar (como pagador principal) y la continuación de la cobertura COBRA pagará en segundo lugar. Algunos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, aunque usted no esté inscrito en Medicare.

Para más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

Si tiene preguntas

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben dirigirse al contacto o contactos indicados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud colectivos, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. más cercana a su zona o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA). Si desea más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga informado a su Plan de los cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, comunique al administrador del Plan cualquier cambio de domicilio de los miembros de su familia. Asimismo, debe conservar una copia, para su archivo, de todas las notificaciones que envíe al administrador del Plan.

Wineshipping.com LLC
Gina Francis, Recursos Humanos
707.690.4793
gina.francis@wineshipping.com

AVISO IMPORTANTE DE WINESHIPPING.COM LLC SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Wineshipping.com LLC, y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Si ni usted ni ninguno de sus dependientes cubiertos reúnen los requisitos para Medicare o tienen Medicare, este aviso no se aplica a usted ni a sus dependientes, según sea el caso. No obstante, debe conservar una copia de este aviso por si en el futuro usted o una persona a su cargo tuvieran derecho a la cobertura de Medicare. No obstante, tenga en cuenta que este aviso puede ser sustituido por otros posteriores.

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare empezó a estar disponible en 2006 para todos los beneficiarios de Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, como mínimo, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más elevada.
2. Wineshipping.com LLC ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan de Beneficios para Empleados de Wineshipping.com LLC ("Plan") es, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y se considera cobertura de medicamentos recetados "acreditable". Esto es importante por los motivos que se describen a continuación.

Dado que su cobertura actual es, de media, al menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, siempre y cuando se inscriba más adelante dentro de unos plazos específicos.

Inscripción en Medicare: normas generales

Como información general, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando reúna los requisitos para Medicare por primera vez. Si reúne los requisitos para Medicare debido a su edad, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare durante un periodo de inscripción inicial de siete meses. Ese periodo comienza tres meses antes de cumplir los 65 años, incluye el mes en que los cumple y continúa durante los tres meses siguientes. Si tiene derecho a Medicare por discapacidad o enfermedad renal terminal, su periodo de inscripción inicial en la Parte D de Medicare dependerá de la fecha de inicio de su discapacidad o tratamiento. Si desea más información, póngase en contacto con Medicare en el número de teléfono o la dirección de Internet que se indican a continuación.

Inscripción tardía y penalización por inscripción tardía

Si decide esperar para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, podrá hacerlo más adelante, durante el periodo de inscripción anual de la Parte D de Medicare, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Pero, por regla general, si retrasa su inscripción en la Parte D de Medicare, después de cumplir los requisitos para inscribirse por primera vez, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una penalización). Si después de su periodo inicial de inscripción en la Parte D de Medicare pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura de medicamentos recetados "acreditable" (es decir, una cobertura de medicamentos recetados que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare), su prima mensual de la Parte D puede aumentar al menos un 1% de la prima que habría pagado si se hubiera inscrito a tiempo, por cada mes que no haya tenido una cobertura acreditable.

Por ejemplo, si después del periodo de inscripción inicial de la Parte D de Medicare pasa 19 meses sin cobertura, su prima puede ser al menos un 19% más alta que la prima que habría pagado de otro modo. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. No obstante, existen algunas excepciones importantes a la penalización por inscripción tardía.

Excepciones a la penalización por inscripción tardía durante el periodo de inscripción especial

Existen "periodos especiales de inscripción" que le permiten añadir la cobertura de la Parte D de Medicare meses o incluso años después de haber cumplido los requisitos para hacerlo, sin penalización. Por ejemplo, si después del periodo de inscripción inicial de la Parte D de Medicare pierde o decide dejar la cobertura sanitaria patrocinada por la empresa o el sindicato que incluye la cobertura "acreditable" de medicamentos recetados, podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en ese momento.

Además, si pierde otra cobertura válida de medicamentos recetados (como la de una póliza individual) por causas ajenas a su voluntad, podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, también sin penalización. Estos periodos especiales de inscripción terminan dos meses después del mes en que finaliza su otra cobertura.

Coordinación de otra cobertura con Medicare Parte D

En términos generales, si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está cubierto por el Plan Wineshipping.com LLC debido a su empleo (o el empleo de otra persona, como un cónyuge o padre), su cobertura bajo el Plan Wineshipping.com LLC no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, éste pagará en primer lugar las prestaciones de medicamentos recetados y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información sobre esta cuestión de qué programa paga primero y qué programa paga

después, consulte el resumen de la descripción del plan o póngase en contacto con Medicare en el número de teléfono o la dirección de Internet que se indican a continuación.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura de medicamentos con receta de Wineshipping.com LLC, tenga en cuenta que es posible que ni usted ni las personas a su cargo puedan recuperar esta cobertura. Para recuperar la cobertura, tendría que volver a inscribirse en el Plan, de conformidad con las normas de elegibilidad e inscripción del Plan. Debe consultar el resumen de la descripción del plan para determinar si puede añadir cobertura y en qué casos.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados

Póngase en contacto con el 707.690.4793

También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de Wineshipping.com LLC. También puede solicitar una copia.

Para más información sobre sus opciones en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y Usted". Medicare le enviará una copia del manual cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan directamente en contacto con usted.

Si desea más información sobre la cobertura de Medicare para medicamentos recetados

- Visite www.medicare.gov.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada de su ejemplar del manual "Medicare y Usted") para obtener ayuda personalizada,
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, tiene a su disposición ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de la Seguridad Social www.socialsecurity.gov, o llámeles al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que le pidan una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y si tiene que pagar o no una prima más alta (una multa).

Fecha:	1 de julio de 2025
Nombre de la Entidad/Emisor:	Recursos Humanos de Wineshipping.com LLC
Dirección del Remitente:	50 Technology Court, Napa, CA, 94558
Número de teléfono:	707.690.4793



Esta guía de beneficios destaca algunos de los beneficios de la oferta de la empresa y no debe considerarse como una representación detallada completa del plan. Para más información, consulte la descripción resumida del plan. En caso de que esta guía difiera de los documentos del plan de la compañía, prevalecerá el documento del plan.

wineshipping