

Formulario de Inscripción y Cambio de Elección de Beneficios para Empleados No Sindicalizados de Pinnacle Prestress Craft 2026

1. INFORMACIÓN PERSONAL		
Apellido	Primer y Segundo Nombre	Número de Nomina o Seguro Social
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Número de Teléfono

2. ACCIÓN DE EMPLEADO
<p>Cambios fuera del periodo de Inscripción Abierta deben estar relacionados con un evento que permite la inscripción especial. Los empleados deben presentar un formulario completo <i>dentro de los 31 días del evento de cambio</i> vida de calificativo y <u>proporcionar comprobante del evento calificativo.</u></p> <p>Fecha del Acontecimiento (cuando ocurrió el evento): _____/_____/_____</p> <p>Marque abajo el evento que provocó el cambio (elija una casilla):</p> <p> <input type="checkbox"/> Nuevo Empleado <input type="checkbox"/> Nacimiento Adopción <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Registración de Pareja Domestica <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Perdida o Ganancia de cobertura <input type="checkbox"/> Custodia Legal/Orden de Corte <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Otro (explique) </p>

3. COBERTURA MÉDICA BAJO EL PLAN CRAFT CON UNITEDHEALTHCARE (elija una casilla)
<input type="checkbox"/> Solo Empleado <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(as) <input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge/Pareja De Hecho Registrada <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No Quiero Cobertura

4. COBERTURA DENTAL CON DELTA DENTAL OF NEBRASKA (elija una casilla)
<input type="checkbox"/> Solo Empleado <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(as) <input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge/Pareja De Hecho Registrada <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No Quiero Cobertura

5. COBERTURA DE VISIÓN CON VSP (elija una casilla)
<input type="checkbox"/> Solo Empleado <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(as) <input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge/Pareja De Hecho Registrada <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No Quiero Cobertura

6. INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES
<p>Si ha seleccionado cobertura para sus dependientes bajo el plan médico, dental, visión, seguro de vida voluntario, o AD&D, escriba los nombres de todas las personas a continuación. Esta información provee un registro de quién está cubierto para la compañía de seguros. <i>No podremos procesar su solicitud para la cobertura de sus dependientes sin la fecha de nacimiento o número de Seguro Social(es). Sus dependientes no pueden inscribirse a menos que usted también esté inscrito. Un dependiente no incluye a nadie que también esté inscrito como empleado. Nadie puede ser dependiente de más de un empleado.</i></p>

Acción	Nombre Completo (Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre)	Parentesco (Cónyuge, hijo, hijastro, etc.)	Sexo (M o F)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Número de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Remover					
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Remover					
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Remover					
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Remover					
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Remover					
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Remover					
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Remover					

7. DECLARACIÓN DE DEPENDIENTES ELEGIBLES PARA LOS PLANES DE BIENESTAR Y SALUD

Los planes de salud y bienestar ofrecidos por la compañía le dan a un empleado elegible la oportunidad de inscribir a un dependiente elegible bajo los beneficios durante períodos de tiempo específicos. Para ser elegible para los beneficios de Pinnacle Prestress, un dependiente debe cumplir con uno de los criterios que se describen a continuación.

Su cónyuge legal (del sexo opuesto o del mismo sexo) ya sea de un matrimonio autorizado, matrimonio de derecho en común registrado o relación de pareja de hecho registrada

- El matrimonio de derecho común registrado es definido por cada estado. Para el seguro de cónyuge de derecho común bajo este plan, usted tendrá que cumplir con la definición de un matrimonio de derecho común para el estado en el que reside. Usted no debe estar legalmente separado de su cónyuge y **debe estar registrado en un registro de derecho común del gobierno estatal o local.**
- La relación de pareja de hecho registrada se define como una relación con una persona del mismo sexo o del sexo opuesto en la que ambos miembros de la pareja deben: no estar tan estrechamente relacionados que de otro modo se prohibiría el matrimonio; no estar legalmente casado o ser pareja de hecho de otra persona en virtud de la ley estatutaria o común; tener al menos 18 años; convivir y compartir las necesidades comunes de la vida; ser mentalmente competente para celebrar un contrato; y ser financieramente interdependiente. **Debe estar registrado en un registro de parejas domésticas del gobierno estatal o local**

Su hijo o el de su cónyuge que sea menor de 26 años, incluidos un hijo natural, un hijastro, un hijo adoptado legalmente, un hijo puesto en adopción o un hijo del que usted o su cónyuge sean el tutor legal

- Un dependiente también incluye a un niño para quien se requiere cobertura de atención médica a través de una Orden de manutención médica infantil calificada (QMCSO)

Un hijo soltero de 26 años o más que está o queda discapacitado y depende de usted y estaba incapacitado antes de la fecha en la que el seguro hubiera terminado.

Si está inscribiendo a un cónyuge legal o de derecho en común registrada, pareja de hecho registrada, hijastro, o hijo cónyuge de derecho en común o pareja de hecho o doméstica, proporcione la siguiente información:

- Cónyuge (**Legalmente Casado**) Pareja Domestica **Registrada** en cualquier corte con registro de parejas del gobierno estatal/local Pareja de derecho en común **Registrada** en cualquier corte del gobierno estatal/local

Condado donde se casó o registro en la corte como pareja de hecho o domestica	Ciudad donde se casó o registro en la corte como pareja de hecho o domestica	Estado donde se casó o registro en la corte como pareja de hecho o domestica	Fecha cuando se casó o registro en la corte como pareja de hecho o domestica

8. AUTORIZACIÓN Y FIRMA (REQUERIDO PARA AUTORIZAR LOS CAMBIOS)

He leído la declaración que se encuentra en la sección 7 y confirmo, si es aplicable, que he inscrito solamente a dependientes elegibles bajo los planes de salud y bienestar. **Comprendo que si deliberadamente presento una declaración de reclamo que contiene alguna falsificación o información falsa, incompleta o engañosa, esto puede resultar en la terminación inmediata del empleo.**

También he leído sobre mis opciones de beneficios bajo el Plan de beneficios de Pinnacle Prestress. Autorizo las elecciones que he hecho y las deducciones de nómina necesarias para esos beneficios. Entiendo que estas opciones permanecerán vigentes durante todo el año calendario, a menos que tenga un cambio en de situación familiar calificativo. Si hago aportes a la cuentas de gastos de atención medica/guarderia, entiendo que los gastos deben incurrirse en el mismo año del plan en que se hacen los depósitos y los fondos que quede después del cierre del año del plan se perderán.

Firma de Empleado _____ Fecha: _____

<<<La forma NO será procesada sin la firma>>>

9. DECLARACIÓN DE DEPENDIENTE FISCAL (SOLO PARA PAREJAS DOMESTICAS REGISTRADA)

Comprendo que Peter Kiewit Sons, Inc. (y sus subsidiarias) no me ha brindado asesoramiento de los impuestos sobre este asunto, y que soy responsable de consultar con mi asesor de impuestos con respecto a este asunto, inclusive sobre las consecuencias de realizar esta declaración. He revisado la Publicación 501 del IRS.

Marque el cuadro adecuado:

- Por el presente, certifico que la pareja domestica registrada (y los hijos, si corresponde) que estoy inscribiendo para la cobertura de seguro de salud **si califica, y los reclamo como dependientes bajo la Sección 152 del IRC para el año fiscal** _____. Entiendo que falsificar el estado de dependencia podría resultar en una acción disciplinaria hasta e incluyendo terminación de empleo. Además, acepto notificar a Peter Kiewit Sons', Inc. inmediatamente sobre cualquier cambio de este estado de impuestos.

- Por el presente, certifico que la pareja domestica registrada (y los hijos, si corresponde) que estoy inscribiendo para la cobertura de seguro de salud, **no califica, y no los declaro dependientes bajo la Sección 152 del IRC para el año fiscal** _____. Entiendo que el valor justo de mercado de la cobertura de seguro de salud grupal proporcionada por Peter Kiewit Sons,' Inc. para cubrir mi pareja de hecho se tratará como ingreso imponible para mí. Además, entiendo que las primas que pago por esta cobertura se deben pagar después de impuestos.

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

10. CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA) 2026 CON FIDELITY

El Año del Plan comienza en su fecha de vigencia de su seguro hasta dic.31 del Año del Plan actual. Cualquier cambio en la contribución anual, debido a un evento de vida calificativo, solo se puede usar desde la fecha de tal evento hasta dic.31 del Año del Plan actual. **Los fondos NO se transfieren de un año a otro. Cualquier fondo que quede en esta cuenta después del cierre del Año del Plan se perderá.** Usted puede ir a www.netbenefits.com para ver su cuenta en línea. La contribución anual que usted elija incluir en su cuenta FSA se dividirá por la cantidad de períodos de pago quedan en el Año del Plan. Para obtener más información sobre este Plan, consulte la Descripción Resumida de Gastos Flexibles localizado en www.myjobbenefits.com (contraseña: pinnaclebenefits).

A) FSA para Atención Médica (elija una casilla)

No quiero FSA para Atención Médica Elijo \$ _____ como mi contribución anual
(min \$72, max \$3,300)

B) FSA para Cuidado de Dependientes (elija una casilla)

No quiero FSA para Cuidado de Dependientes Médica Elijo \$ _____ como mi contribución anual
(min \$72, max \$7,500)

11. SEGURO VOLUNTARIO PARA DISCAPACIDAD DE LARGO PLAZO

Usted puede inscribirse en el seguro voluntario para discapacidad de largo plazo. El seguro voluntario por discapacidad de largo plazo ayuda a reemplazar sus ingresos si está enfermo, lesionado y no puede trabajar, y está diseñado para comenzar después de que usted haya quedado discapacitado durante un periodo de espera predeterminado, conocido como el periodo de eliminación, de 180 días. Este plan le ofrece protección de su ingreso para sustituir hasta el 60% de sus ganancias, hasta un máximo de beneficio mensual de \$6,000. Si se inscribe dentro de los 31 días de ser elegible para cobertura del seguro Voluntario de Discapacidad de Largo Plazo, su cobertura se brinda sobre la base de una emisión garantizada y no se requiere información médica. Si usted se inscribe después de este periodo, debe presentar Evidencia de Asegurabilidad para todos los montos de cobertura.

Si desea calcular su costo mensual, utilice la siguiente fórmula:

$$\frac{\$ \text{ Ganancias anuales}}{12} = \frac{\text{Sus ganancias mensuales}}{100} \times \$.918 = \text{Costo Mensual}$$

Elija una cajilla:

- Elijo comprar cobertura de discapacidad de largo plazo.
- Rechazo comprar cobertura de discapacidad de largo plazo.

Firmando abajo, reconozco y certifico que:

- ✓ Reconozco que me han dado la oportunidad de inscribirme en la cobertura del seguro para discapacidad descrita en las hojas con los puntos destacados de los beneficios y ofrecidos a través de Peter Kiewit Sons', Inc.
- ✓ Comprendo y acepto que, si rechazo la cobertura ahora, pero decido inscribirme posteriormente, tendré que presentar evidencia de asegurabilidad que sea satisfactoria para The Hartford y aprobada para tal cobertura antes de que entre en vigor. Comprendo que The Hartford puede rechazar mi solicitud de cobertura.
- ✓ Comprendo y acepto que el seguro entrará en vigor y permanecerá vigente, solamente, conforme a las disposiciones, términos y condiciones de la póliza de seguros. Comprendo y acepto que, solamente, la póliza de seguros emitida al titular de la póliza (su Empleador) puede describir, completamente, las disposiciones, términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de su cobertura de seguros. En el caso de una diferencia entre el formulario de inscripción y la póliza de seguro, acepto quedar obligado por la póliza de seguros.
- ✓ Si tengo mi cobertura de seguro de vida con The Hartford, comprendo y acepto que el beneficio de mi seguro de vida se reduce a una edad especificada que se establece en la póliza. Si tengo cobertura de ingresos por discapacidad con The Hartford, comprendo y acepto que la máxima duración de los beneficios que serán pagados se limitará a un periodo especificado, que comienza a una edad específica y que puede ser que una petición de beneficios no sea aprobada por una condición preexistente.
- ✓ Autorizo a mi empleador a realizar las deducciones necesarias de nómina de mis ganancias.
- ✓ Comprendo que ningún seguro será válido o estará vigente si no cumplo con los requisitos conforme con los términos de la póliza grupal, según lo emitido por mi empleador. Reconozco y acepto que, si los requerimientos de participación grupal no se cumplen, esta póliza no se implementará y la cobertura que he elegido no entrará en vigor.

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

12. SEGURO SUPLEMENTARIO DE VIDA, POR MUERTE ACCIDENTAL & DESMEMBRAMIENTO (AD&D) Y BENEFICIARIOS

A los fines esta forma de inscripción, siempre que aparezca el término "cónyuge" también se incluirá a la pareja domestica registrada.

A) SEGURO DE VIDA SUPLEMENTARIO

Para calificar para la cantidad garantizada, usted debe seleccionar cobertura dentro de los 31 días de ser elegible para el seguro de vida o cambio de estado familiar calificativo.

COSTO MENSUAL POR UNIDAD SEGÚN LA EDAD

EDAD	< 25	25 to 29	30 to 34	35 to 39	40 to 44	45 to 49	50 to 54	55 to 59	60 to 64	65 to 69	70 & >
EMPLEADO (1 unidad = \$10,000)	\$0.50	\$0.60	\$0.80	\$0.90	\$1.10	\$1.80	\$3.20	\$4.90	\$7.90	\$13.70	\$20.60
CÓNYUGE (1 unidad = \$5,000)	\$0.25	\$0.25	\$0.25	\$0.45	\$0.55	\$0.90	\$1.60	\$2.45	\$3.95	\$6.85	\$10.30

HIJO COSTO MENSUAL POR UNIDAD (1 unidad = \$2,000)
\$0.16

Empleado (1 unidad = \$10,000)	Cónyuge (1 unidad = \$5,000)	Hijo(as) Dependientes (1 unidad = \$2,000)
El montón de cobertura mínima es 1 unidad y el máximo de 100 unidades, sin exceder ocho veces su salario básico anual . Puede inscribirse sin mostrar Evidencia de Asegurabilidad si elige un montón de cobertura hasta 5 veces su salario por hora básico anual, hasta un máximo de 20 unidades; toda suma superior a este monto requerirá Evidencia de Asegurabilidad.	El montón de cobertura mínima es 1 unidad y el máximo de 50 unidades, sin exceder la mitad del montón de la cobertura del empleado . Puede inscribir a su cónyuge sin mostrar Evidencia de Asegurabilidad si elige un montón de cobertura hasta 10 unidades; toda suma superior a este monto requerirá Evidencia de Asegurabilidad.	La unidad que indique representara la cobertura para cada hijo(a). Usted puede elegir cobertura desde 1 unidad hasta 5 unidades .
<input type="checkbox"/> _____ Unidades	<input type="checkbox"/> _____ Unidades	<input type="checkbox"/> _____ Unidades
<input type="checkbox"/> Rechazar	<input type="checkbox"/> Rechazar	<input type="checkbox"/> Rechazar

B) SEGURO SUPLEMENTARIO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&D)

Si selecciona cobertura para su familia, los beneficios para los miembros de su familia representaran un porcentaje de los suyos.

1. ¿Cuánta cobertura de seguro de AD&D quiere? _____ Unidades (Max 50 unidades)	2. ¿A quién va a cubrir? <input type="checkbox"/> Solo Empleado <input type="checkbox"/> Empleado + Familia <input type="checkbox"/> Rechazar	Costo Mensual (Puede elegir cobertura en incrementos de 1 unidad) 1 unidad = \$10,000	
		Empleado	Empleado y Familia
		\$0.26 por 1 unidad	\$0.42 por 1 unidad

C) BENEFICIARIO(S) - Se le proporciona automáticamente \$50,000 de cobertura de vida básica y AD&D básica sin costo.

Es importante que designe beneficiarios para sus pólizas de vida y AD&D. Los beneficiarios elegidos recibirán los beneficios por fallecimiento elegibles en caso de que le suceda algo. Usted será el beneficiario de su familiar a menos que notifique lo contrario a la compañía por escrito.

<input type="checkbox"/> Vida Básica (Proporcionado por la compañía) <input type="checkbox"/> AD&D Básica (Proporcionado por la compañía) <input type="checkbox"/> Vida Suplementario <input type="checkbox"/> AD&D Suplementario				
	Full Name	Percentage	Address	Relationship
Primario (Primero en fila para recibir)				
Primary beneficiary percentages must total 100% to be valid		100%		
Contingente (Segundo en fila para recibir si el primario no puede)				
Contingent beneficiary percentages must total 100% to be valid		100%		

Seré el beneficiario de los miembros de mi familia a menos que notifique a Pinnacle Prestress lo contrario por escrito. No se pagarán beneficios a mi pareja de hecho registrada si no está designada específicamente. Me inscribo y autorizo a mi empleador a deducir las primas de mis ingresos. Entiendo que el seguro seleccionado comenzará en la fecha de vigencia como se describe en el folleto. Si no estoy activamente en el trabajo o no puedo realizar todas las tareas habituales, la fecha de entrada en vigor de la cobertura se retrasará hasta que la persona regrese a trabajar.

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

(Firma requerida para que los beneficiarios sean válidos)

Descripción De Los Derechos De Registros Especiales

Si rechaza su inscripción o la de sus dependientes (incluyendo su cónyuge) por otro seguro de salud o cobertura del plan de salud grupal, podrá inscribirse e inscribir a las personas dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad de la otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o a la de las personas dependiente). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción **dentro de los 31 días** después de que finaliza su otra cobertura o la de las personas a su cargo (o después de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

Además, si usted tiene nuevas personas dependientes como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, podrá inscribir a sus dependientes elegibles si ya está inscrito. Sin embargo, debe solicitar la inscripción **dentro de los 31 días** posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Si usted o a sus personas dependientes pierden la cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil ("CHIP"), o comienza a ser elegible para participar en un programa de asistencia con primas de Medicaid o CHIP, usted podrá inscribirse e inscribir a sus dependientes en este Plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción **dentro de los 60 días** después de que finaliza su otra cobertura, la de las personas dependientes o después de ser elegible para la asistencia con las primas.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Departamento de Beneficios en la Oficina Corporativa al (855) 329-7907 o benefits@kiewit.com.

Información Respecto A Los Impuestos De Los Beneficios Para La Salud De Las Parejas De Hecho (Domestica) Registradas

Una Pareja De Hecho Registrada y sus hijos dependientes pueden calificar como personas dependientes EN el Código de Impuestos Internos (IRC, por sus siglas en inglés), Sección 152, de un empleado, siempre que se cumplan ciertas condiciones. Si califica bajo la Sección 152 del IRC, la cobertura del seguro de salud ofrecida por un empleador no estará sujeta al impuesto federal. Además, dicha cobertura puede ser proveída en base al pago antes de impuestos, y los reclamos podrán reembolsarse a través de una cuenta de gastos flexible para atención médica.

Si las Parejas De Hecho no califican en virtud de la Sección 152, entonces el valor de la cobertura de salud proveída por el empleador, siempre y cuando no sea excludible del ingreso bruto del empleado, y las primas para su Pareja De Hecho y sus hijos deben ser pagados en base al ingreso después de los impuestos.

Un plan puede ser descalificado si la cobertura médica de la Pareja Doméstica del empleado se paga sobre una base antes de los impuestos para una Pareja De Hecho [o hijos(as)] la cual no es una persona dependiente bajo la Sección 152, o si el empleador paga las primas de la Pareja De Hecho sin imputar los ingresos al empleado. En general, para calificar como persona dependiente bajo las Secciones 152 del IRC de un empleado durante un año fiscal determinado, la Pareja De Hecho y los hijos (si corresponde) deben ser un "pariente calificado" del empleado. Para ser un "pariente calificado", la Pareja De Hecho Registrada debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Tener el mismo lugar de residencia principal que el empleado para el año fiscal completo, excepto en el caso de ausencias temporales, como vacaciones, servicio militar o educación. A menos que la Pareja De Hecho comience, precisamente, el 1º de enero, esta y sus hijos (si corresponde) no podrán considerarse una persona dependiente bajo la Sección 152 durante el primer año de la relación. Del mismo modo, si la Pareja De Hecho se disuelve en otra fecha que no sea el 31 de diciembre, por razones distintas de la muerte de la Pareja De Hecho, la exclusión del impuesto se pierde para todo el año Si la relación termina debido a la muerte de la pareja, la pareja continuará siendo tratado como una persona dependiente todo el año fiscal;
2. Ser miembro de la familia del empleado durante todo el año calendario (y la relación no debe violar las leyes locales);
3. Recibir del empleado más de la mitad del monto necesario para su subsistencia*;
4. No ser "hijo(a) calificado" del empleado (o de cualquier otra persona) bajo la Sección 152 del Código; y
5. Ser ciudadano de los EE. UU., nacionalizado estadounidense o residente de los EE. UU., Canadá o México.

* Las reglas para determinar si la Pareja De Hecho recibe más de la mitad del apoyo total del empleado es complicado y más complejo que determinar, simplemente, quién es el "principal sostén". El apoyo total incluye los montos gastados para proporcionar alimentos, alojamiento, vestimenta, educación, atención médica y odontológica, recreación, transporte y necesidades similares. En la publicación 501 del IRS, el IRS ofrece una hoja de trabajo que puede utilizarse para determinar si una persona cumple con la prueba de apoyo necesaria para ser un pariente calificado. Esta hoja de trabajo se encuentra disponible en <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p501.pdf>.

NOTA: Lo anteriormente citado es sólo una guía general y no constituye asesoramiento para la planificación de impuestos para empleados. Los empleados son responsables de consultar con un asesor de impuestos para determinar y comprender si se cumplen los requisitos anteriormente mencionados y cualquier otra planificación de impuestos o consecuencias relacionadas con este asunto.

CÓMO DEVOLVER SU FORMA COMPLETA Y FIRMADA AL DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS

• Por fax al 402-271-2965

• Por email a benefits@kiewit.com

• Por correo a Pinnacle Prestress – Attn: Benefits
1550 Mike Fahey St., Omaha, NE 68102