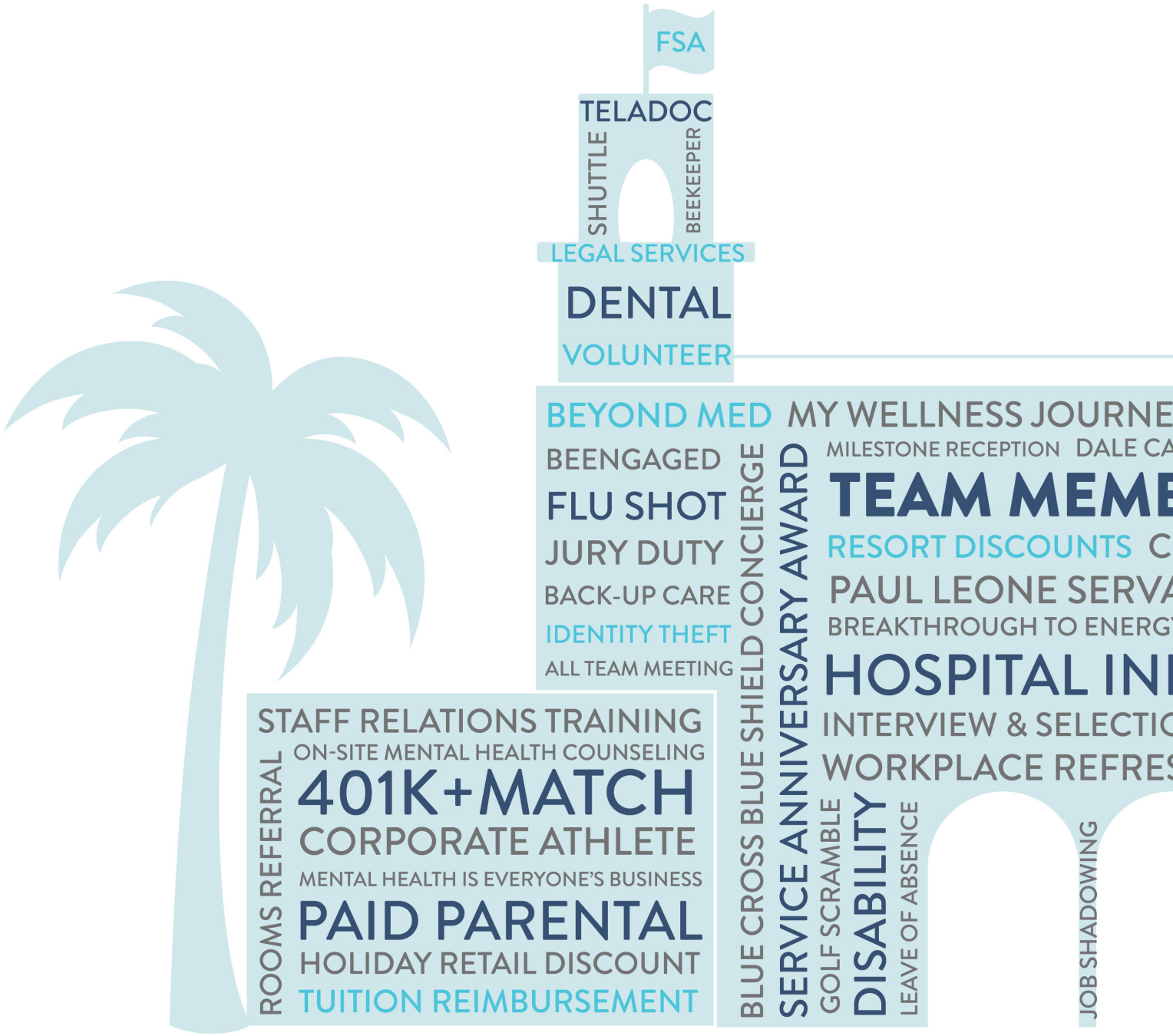
MIEMBROS DEL EQUIPO

BENEFICIOS

2025-2026

TIEMPO COMPLETO

THE BREAKERS®
PALM BEACH


FSA
TELADOC
SHUTTLE
BEEKEEPER
LEGAL SERVICES
DENTAL
VOLUNTEER
BEYOND MED
MY WELLNESS JOURNE
BEENGAGED
MILESTONE RECEPTION
DALE CA
FLU SHOT
TEAM MEME
JURY DUTY
RESORT DISCOUNTS
C
BACK-UP CARE
PAUL LEONE SERVA
IDENTITY THEFT
BREAKTHROUGH TO ENERG
ALL TEAM MEETING
HOSPITAL IN
INTERVIEW & SELECTIO
WORKPLACE REFRES
STAFF RELATIONS TRAINING
ON-SITE MENTAL HEALTH COUNSELING
401K+MATCH
CORPORATE ATHLETE
MENTAL HEALTH IS EVERYONE'S BUSINESS
PAID PARENTAL
HOLIDAY RETAIL DISCOUNT
TUITION REIMBURSEMENT
ROOMS REFERRAL
BLUE CROSS BLUE SHIELD CONCIERGE
SERVICE ANNIVERSARY AWARD
GOLF SCRAMBLE
DISABILITY
LEAVE OF ABSENCE
JOB SHADOWING

GIVES
MEDICAL
TUTORING
ADMIN DAY
LIFE INSURANCE
VISION
UNITED WAY
Y WITH DR. FINLEY
LONG TERM CARE
ARNEGIE LEADERSHIP PROGRAM
BER BENEFITS
OMMUNITY DISCOUNTS
ANT LEADERSHIP DAY
Y TASTE SNACK PROGRAM
DEMNITY
ON WORKSHOP
SHER COURSE
TAX ASSISTANCE
HOLIDAY PAY & BONUS
BEREAVEMENT BENEFIT
BREAKERS BIRTHDAY
CRITICAL ILLNESS
EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM
TOWER TREK
PET INSURANCE
ACCIDENT
MOTIVITY CARE
LACTATION SUPPORT
JUNETEENTH
ON-SITE CLINIC
FINANCIAL ADVISOR
WELLNESS
BREAKAWAY MARKETPLACE
HEALTH COACHING
ENGLISH AS A SECOND LANGUAGE
PAID TIME OFF
WELL BEYOND PROGRAM
HEALTHY VENDING

ÍNDICE

Introducción 5

Resumen de beneficios 6

Elegibilidad de los miembros del equipo y pautas 6

Instrucciones de inscripción 6

Elegibilidad de los dependientes 6

Prueba de elegibilidad de dependientes 7

Recordatorio para beneficiarios 7

Verificación de elecciones 7

Cambios en la inscripción: Acontecimiento calificador. 7

Instrucciones para la inscripción de beneficios 8-9

Aplicación SmartBen Now 10

Deducciones de la nómina 11

Beneficios médicos 12

Explicación del deducible del año del plan y el desembolso máximo de bolsillo por año del plan 12

Comparación de planes 13

Descuentos para usted — Blue365 14

Enfermera asesora las 24 horas 14

Essential Advocate 15

My Health Toolkit—Blue Cross Blue Shield 15

Blue Cross Blue Shield of Florida Búsqueda de proveedores médicos 16

Infórmese antes de ir 17

Teladoc 18

Asesoramiento nutricional personalizado Teladoc 18

HSS | Hospital for Special Surgery 18

The Breakers Wellness Clinic 19

Incentivo de bienestar 20

Beneficios dentales 21

Seguro dental 21

Búsqueda de proveedores de Cigna Dental 22

Beneficios de la visión 23

Seguro de la visión 23

Búsqueda de proveedores de VSP Vision 24

Otros beneficios 25

Cuentas de gastos flexibles (FSA) 25-26

Seguro de vida y AD&D 27

Seguro por discapacidad a cargo del Empleador 28

Beneficios voluntarios 30

Beyond Med - membresía de bienestar 31

Life & Long Term Care - seguro de vida. y cuidados a largo plazo 29

Servicios legales 32

Protección frente al robo de identidad 32

Seguro para mascotas 32

T. Rowe Price — 401(K) Savings Plan 33

Programa de bienestar financiero 33

Programa de Asistencia al Empleado(EAP) 34

Bright Horizons 35-36

Motivity Care 37

Contactos importantes 38

Avisos legales 39

Issued July 01, 2025

The Breakers se complace en ofrecer a los miembros de nuestro equipo un paquete de beneficios para empleados completo y competitivo. Esta guía de beneficios le proporcionará los aspectos más destacados de la cobertura, información de contacto importante y las divulgaciones anuales de los miembros del equipo de The Breakers.

SALUD Y BIENESTAR

- Cobertura médica
- Dental
- Visión
- Wellness Clinic (Clínica para el bienestar) en el lugar
- Seguro de accidentes, indemnización hospitalaria y enfermedades graves
- Cuentas de gastos flexibles (FSA de salud y cuidado de dependientes)
- Beyond Med - membresía de bienestar

BIENESTAR FINANCIERO

- Seguro de vida básico y Seguro de muerte y desmembramiento (AD&D)
- Seguro de vida a cargo del empleador
- Seguro de discapacidad a corto/largo plazo a cargo del empleador
- Seguro de robo de identidad
- Grupo asesor SageView
- Life & Long Term Care - seguro de vida y cuidados a largo plazo

JUBILACIÓN Y ESTILO DE VIDA

- 401(k) con contribución de la Compañía
- Seguro legal
- Atención de apoyo
- Motivity Care
- Programa de asistencia para empleados
- Seguro para mascotas

CENTRO DE BENEFICIOS - BENEFITS HUB

Un solo lugar para todas sus necesidades de beneficios.

Guías de beneficios • Enlaces de inscripción • Folletos informativos • Seminarios web

ELEGIBILIDAD DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO Y PAUTAS

El "año del plan" del seguro colectivo de The Breakers va del 1 de septiembre al 31 de agosto.

Los miembros del equipo que reúnan los requisitos para recibir beneficios tienen la oportunidad de inscribirse en el programa de beneficios patrocinado por la compañía The Breakers durante sus primeros 60 días de empleo, un acontecimiento calificador de vida y la Inscripción abierta anual.

Los miembros del equipo a tiempo completo que trabajen treinta (30) horas semanales o más reúnen los requisitos. Para seguir cumpliendo los requisitos, se requiere un promedio de treinta (30) horas semanales o más durante nuestro período anual de medición de horas trabajadas de 12 meses. Contamos todas las horas por las que se le paga, incluida la licencia pagada y el tiempo libre remunerado (personal, reserva médica, vacaciones y VTO). Si desea más información sobre la medición de las horas trabajadas durante 12 meses, póngase en contacto con el equipo de beneficios.

Los miembros del equipo a tiempo parcial y de guardia pueden consultar la Guía de beneficios a tiempo parcial/de guardia para revisar los beneficios disponibles para la inscripción después de completar 1.040 horas en el período de medición.

CONSEJO: Es importante inscribirse antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura. Se recomienda seleccionar los beneficios en los primeros 30 días de empleo.

ENROLLMENT INSTRUCTIONS

Como miembro del equipo a tiempo completo de Breakers, usted reúne los requisitos para recibir los beneficios del seguro el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo o cambio de estado.

Inicie sesión en nuestra plataforma de inscripción de autoservicio, SmartBen, para completar su inscripción.

Inicie sesión en **thebreakers.wl.alight.com**

A. Nombre de usuario: Su identificación de miembro del equipo (P. ej.: 123456)

B. Contraseña: 8 dígitos de la fecha de nacimiento en el formato mmddaaaa (P. ej.: 05021997)

ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES

Se considera dependiente al cónyuge legal del miembro del equipo o a un hijo soltero dependiente del miembro del equipo o de su cónyuge. Los hijos dependientes estarán cubiertos hasta el final del mes en que cumplan 26 años. Se entiende por hijo dependiente:

- Un hijo natural
- Un hijastro
- Un hijo adoptado legalmente
- Un hijo en adopción
- Un hijo cuya tutela legal haya sido otorgada al miembro del equipo cubierto o a su cónyuge
- Los hijos solteros de cualquier edad que queden discapacitados mental o físicamente antes de alcanzar la edad límite

PRUEBA DE ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

Si va a inscribir a su cónyuge o a sus hijos en alguno de sus planes, le solicitamos que presente una prueba de parentesco (por ejemplo, certificado de nacimiento, certificado de matrimonio o declaración de la renta del año anterior) junto con las fechas de nacimiento y los números de la seguridad social de cada miembro de la familia.

RECORDATORIO PARA BENEFICIARIOS

Los miembros del equipo a tiempo completo deben añadir la información de contacto del beneficiario para el seguro de vida básico y la cobertura por muerte accidental y desmembramiento que se proporciona sin costo alguno para usted.

VERIFICACIÓN DE ELECCIONES

Después de inscribirse en el programa de beneficios patrocinado por la compañía The Breakers, es su responsabilidad verificar en el portal de ADP que los beneficios que eligió estén incluidos y que se deduzca el monto correcto de su salario. Cualquier corrección debe hacerse dentro de los primeros 30 días de la inscripción.

CAMBIOS EN LA INSCRIPCIÓN: ACONTECIMIENTO CALIFICADOR

Las elecciones de cobertura realizadas durante la inscripción abierta no pueden modificarse hasta el siguiente período anual de inscripción abierta.

La única excepción a esta regla de la Sección 125 del IRS es si usted experimenta un “acontecimiento calificador”. Un acontecimiento calificador le permite modificar sus elecciones de beneficios dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento.

Algunos ejemplos de acontecimientos calificadores son, entre otros:

- Matrimonio
- Divorcio
- Nacimiento, adopción o custodia legal de un hijo dependiente
- Pérdida involuntaria de otra cobertura de seguro colectivo
- Muerte
- Inscripción abierta del cónyuge

Si experimenta un acontecimiento calificador que le permita o exija realizar un cambio de situación, deberá ponerse en contacto con el Departamento de beneficios en un plazo de 30 días a partir del acontecimiento para realizar cambios en sus elecciones de beneficios.

Tenga en cuenta que esta guía *solo* le proporciona un resumen general de los beneficios disponibles para usted y sus dependientes elegibles. Consulte la descripción resumida del plan, el resumen médico de prestaciones y cobertura, los resúmenes de la compañía aseguradora y los certificados de cobertura para obtener descripciones y disposiciones detalladas de la cobertura, que se encuentran en thebreakers.wl.alight.com.

INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN

Pasos para completar su inscripción si usted es un nuevo miembro del equipo, experimenta un acontecimiento calificador de vida o durante la inscripción abierta anual

PASO 1

Inicie sesión en **thebreakers.wl.alight.com**

A. Nombre de usuario: Su identificación de miembro del equipo (P. ej.: 123456)

B. Contraseña: 8 dígitos de la fecha de nacimiento en el formato mmddaaaa (P. ej.: 05021997)

PASO 2

Una vez que haya iniciado sesión, puede comenzar su inscripción

A. Seleccione Iniciar inscripción (nueva contratación, inscripción abierta anual o acontecimiento calificador de vida).

B. En el caso de un Acontecimiento calificador, seleccione Iniciar inscripción y luego elija el tipo de acontecimiento que corresponda a su cambio (por ejemplo: cambio de situación, matrimonio, nacimiento de un hijo, etc.).

PASO 3

Revise y elija los beneficios

A. Revise sus opciones de inscripción y elija sus beneficios

B. Para inscribirse, realizar cambios o renunciar a la cobertura, haga clic en un beneficio

Inscripción de un cónyuge o un dependiente

Si va a inscribir a un cónyuge o a una persona dependiente en la cobertura, seleccione Gestionar personas para añadir registros de dependientes para la inscripción. El Gestor de personas es donde se almacena su información personal, de cónyuges/dependientes y de beneficiarios.

- **Empleado:** Revise su información personal y actualícela si es necesario.
- **Cónyuge/Dependiente:** Seleccione Agregar un cónyuge o Agregar un dependiente para agregar la información de su cónyuge o dependientes si los está inscribiendo en un plan de beneficios. Haga clic en Guardar cuando haya terminado.
- **Beneficiario:** Si reúne las condiciones para la cobertura de vida/AD&D básica o la cobertura de vida/AD&D complementaria a plazo fijo, seleccione Añadir un beneficiario. Haga clic en Guardar cuando haya terminado.

Nota: Añadir registros de cónyuge/dependiente/beneficiario a esta sección NO los asigna a la cobertura aplicable. Una vez añadidos todos los registros, seleccione **Continuar.**

Una vez que haya elegido un beneficio, seleccione si está añadiendo cónyuge, hijos o plan familiar en Quién está cubierto

A. Esto actualizará las opciones del plan al nivel apropiado de cobertura.

B. Cuando haya decidido el plan y el nivel de cobertura que desea, aga clic en Seleccionar en el plan correspondiente.

C. La opción se volverá verde y podrá seleccionar Continuar.

D. En función del nivel de cobertura seleccionado, es posible que deba asignar un cónyuge/dependiente/beneficiario. Para ello, seleccione la casilla junto a cada registro aplicable que deba inscribirse en la cobertura.

E. Una vez actualizados todos los requisitos del beneficio, seleccione Continuar.

PASO 4

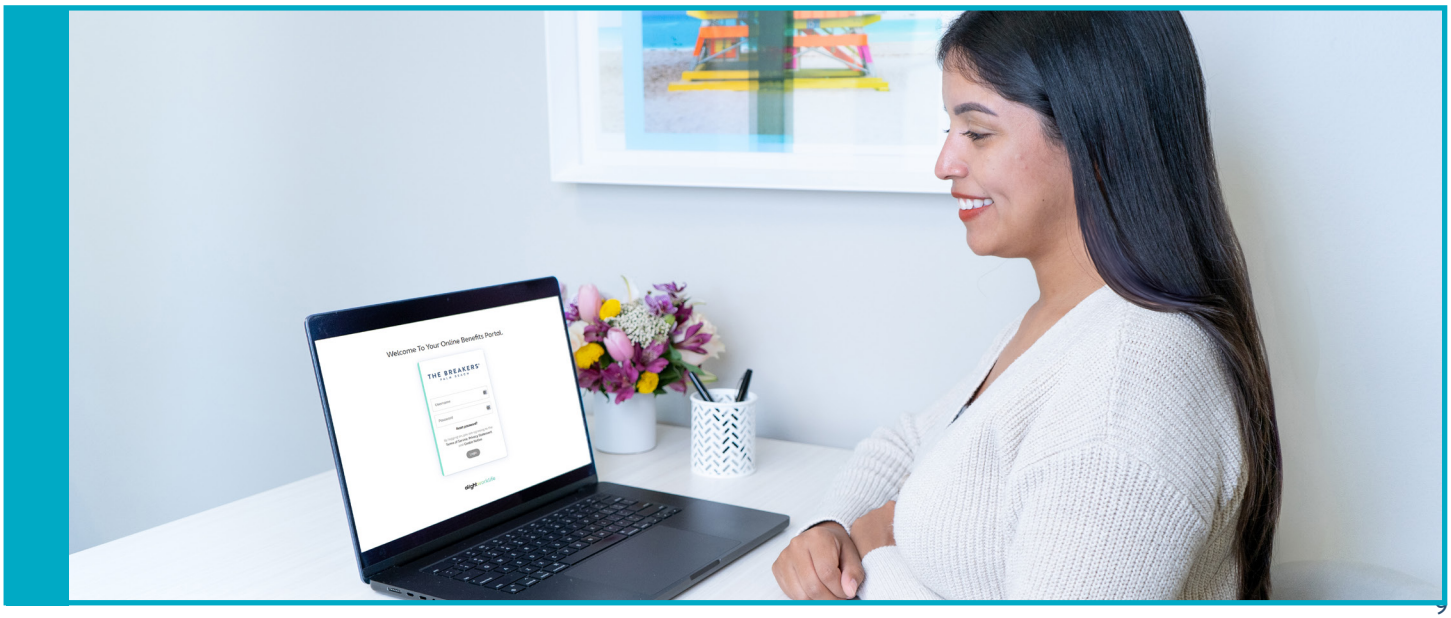
Una vez completadas todas las elecciones, cada beneficio tendrá una luz verde. Para finalizar sus elecciones, seleccione Continuar en la página de Gestión de beneficios.

A. Revise sus Beneficios elegidos para confirmar que cada uno está ilustrado como se esperaba

- Si es necesario realizar cambios, seleccione Volver a las luces.
- Si todo está reflejado correctamente, complete su Acuerdo requerido y seleccione Completar inscripción.
- Seleccione Renunciar a los beneficios en los que no desea inscribirse.
- Seleccione Documentos requeridos para cargar la documentación de soporte para añadir un cónyuge o dependiente.

B. Siguientes pasos

- Recibirá un aviso de que su inscripción se ha completado correctamente.
- A continuación, puede imprimir la página de confirmación para su archivo.



DEDUCCIONES MÉDICAS QUINCENALES EN LA NÓMINA (ANTES DE IMPUESTOS)

Con ahorros de incentivos por bienestar ganados			
COBERTURA MÉDICA	PLAN STANDARD DEDUCIBLE MAYOR	PLAN DELUXE DEDUCIBLE MENOR	PLAN CHOICE
Solo para miembros del equipo	$80	$105	$169
Miembro del equipo + cónyuge	$320	$385	$518
Miembro del equipo + hijo(s)	$265	$330	$464
Miembro del equipo + familia	$327	$403	$545

Sin ahorros obtenidos por incentivos de bienestar (Miembro del equipo O cónyuge)			
COBERTURA MÉDICA	PLAN STANDARD DEDUCIBLE MAYOR	PLAN DELUXE DEDUCIBLE MENOR	PLAN CHOICE
Solo para miembros del equipo	$103.08	$128.08	$192.08
Miembro del equipo + cónyuge	$343.08	$408.08	$541.08
Miembro del equipo + hijo(s)	$288.08	$353.08	$487.08
Miembro del equipo + familia	$350.08	$426.08	$568.08

Sin ahorros obtenidos por incentivos de bienestar (Miembro del equipo Y cónyuge)			
COBERTURA MÉDICA	PLAN STANDARD DEDUCIBLE MAYOR	PLAN DELUXE DEDUCIBLE MENOR	PLAN CHOICE
Miembro del equipo + cónyuge	$366.15	$431.15	$564.15
Miembro del equipo + familia	$373.15	$449.15	$591.15

DEDUCCIONES DE LA NÓMINA QUINCENALES DENTALES (ANTES DE IMPUESTOS)

COBERTURA DENTAL	PLAN DHMO	PLAN PPO
Solo para miembros del equipo	$7.16	$25.80
Miembro del equipo + uno	$12.74	$51.58
Miembro del equipo + dos o más	$19.69	$77.39

DEDUCCIONES QUINCENALES EN LA NÓMINA CORRESPONDIENTES A LA VISIÓN (ANTES DE IMPUESTOS)DEDUCTIONS (PRETAX)

VISION COVERAGE	PLAN BÁSICO	PLAN MEJORADO
Solo para miembros del equipo	$1.86	$3.00
Miembro del equipo + cónyuge	$3.73	$6.01
Miembro del equipo + hijo(s)	$3.99	$6.43
Miembro del equipo + familia	$6.38	$10.27

SEGURO MÉDICO

The Breakers ofrece tres opciones de planes a través de Blue Cross Blue Shield of Florida. Los planes que se ofrecen son:

STANDARD SOLO DENTRO DE LA RED	DELUXE SOLO DENTRO DE LA RED	CHOICE PLAN DENTRO O FUERA DE LA RED

Los planes Standard y Deluxe son planes solo dentro de la red; sin embargo, los tres planes son de acceso abierto y no requieren que seleccione un médico de atención primaria (PCP) ni que obtenga una derivación para buscar atención de especialistas contratados.

El plan Choice proporciona beneficios cuando busca atención de proveedores fuera de la red. Si bien tiene la flexibilidad de buscar atención de proveedores no contratados, sus beneficios se reducirán y pueden estar sujetos a facturación de saldos por montos superiores a los cargos reconocidos por Blue Cross Blue Shield of Florida. Usted recibirá los máximos niveles de beneficios cuando utilice los proveedores preferidos de Blue Cross Blue Shield of Florida.

EXPLICACIÓN DEL DEDUCIBLE DEL AÑO DEL PLAN Y DEL DESEMBOLSO MÁXIMO DE BOLSILLO DEL AÑO DEL PLAN

Deducible del año del plan

El Deducible por año del plan es una cantidad específica en dólares que usted debe pagar por determinados servicios cubiertos por año del plan. Existen deducibles individuales y familiares. Una vez satisfecho el deducible individual o familiar, se aplica el coseguro, si corresponde. El coseguro es la parte que le corresponde pagar de los costos de un servicio de atención médica. Es la cantidad que paga el afiliado una vez alcanzado el deducible.

Desembolso máximo de bolsillo por año del plan

El Desembolso máximo de bolsillo por año del plan es la cantidad de gastos cubiertos (incluidos el deducible, el coseguro y los copagos, y copagos de farmacia) que debe pagar usted, ya sea individualmente o en conjunto como familia cubierta.

Una vez que se haya alcanzado el desembolso máximo de bolsillo individual/familiar en un año del plan, el pago de los servicios cubiertos dentro de la red que requieran copago y coseguro para esa persona/familia cubierta será pagadero por Blue Cross Blue Shield of Florida a una tasa del 100% por el resto del año del plan, sujeto a cualquier otro término, limitación y exclusión.

Encargado de Blue Cross Blue Shield

The Breakers proporciona un encargado dedicado a ayudarle a elegir el plan correcto para usted y su familia, resolver cuestiones de reclamos médicos, encontrar un proveedor dentro de la red, y responder cualquier pregunta que pueda tener.

COMUNÍQUESE CON DENNIS ASHWOOD

Horario disponible: Lunes, Miércoles, Jueves
Horario: 8 AM a 4:30 PM
Teléfono: (786) 459-8813
Correo electrónico: dennis.ashwood@bcbsfl.com

COMPARACIÓN DE PLANES

NOMBRE DEL PLAN	PLAN STANDARD MAYOR DEDUCIBLE	PLAN DELUXE MENOR DEDUCIBLE	PLAN CHOICE	
Acceso a la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red**
Deducibles del año del plan (PYD)*	Su responsabilidad	Su responsabilidad	**Su responsabilidad**	
Individual	$1,500¤	$1,000¤	$1,000¤	$1,500¤
Familiar	$3,000¤	$2,000¤	$2,000¤	$3,000¤
Desembolso máximo de bolsillo por año del plan				
Individual	$4,500	$3,500	$2,500	$4,000
Familiar	$9,000	$7,000	$5,000	$8,000
Beneficio máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado	**Ilimitado**	
Servicios en consultorio médico				
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (PCP)	Copago de $30	Copago de $25	Copago de $25	30% después del PYD**
Teladoc (incluye salud mental)	Sin costos	Sin costos	Sin costos	Sin costos
Visitas al consultorio de especialista	Copago de $50	Copago de $40	Copago de $30	30% después del PYD**
Atención preventiva (Atención primaria/Especialista)	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargoCopago	30% después del PYD**
Atención práctica (Minute Clinic)	Copago de $10	Copago de $10	de $10	30% después del PYD**
Atención de urgencia y sala de emergencias				
Centro de atención de urgencias	Copago de $100	Copago de $100	Copago de $100	30% después del PYD**
Servicios del centro de emergencias (Exento si está internado)	Copago de $400	Copago de $300	$250 Copay	
Servicios de diagnóstico				
Laboratorio independiente/Radiografía independiente	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	30% después del PYD**
MRI, CT Scan, PET Scan +	Copago de $300	Copago de $250	Copago de $150	30% después del PYD**
Colonoscopia/Mamografía de diagnóstico	Copago de $250	Copago de $250	Copago de $250	30% después del PYD**
Servicios hospitalarios/del centro				
Hospitalización	20% After PYD*	10% After PYD*	10% After PYD*	30% después del PYD**
Hospital ambulatorio/centro quirúrgico	20% After PYD*	10% After PYD*	10% After PYD*	30% después del PYD**
Servicios de farmacia				
Nivel I	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10	No cubierto
Nivel 2	Copago de $40	Copago de $35	Copago de $30	
Nivel 3/Nivel 4 *Radiografía calificada Copago de $0	Copago de $70	Copago de $60	Copago de $55	

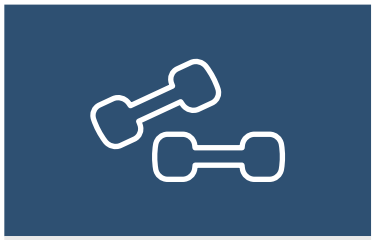
*Se debe alcanzar el PYD (Deducible del año del plan) antes de que se apliquen los coseguros.
**Los beneficios fuera de la red están sujetos a la Facturación de saldos por cargos superiores al programa de reembolso de la compañía.
¤ PYD - aplicable solo a centros hospitalarios y atención al paciente.
*Los medicamentos calificados tendrán un copago de $0 a través del Programa de copago variable.

+ Resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones

VENTAJAS PARA LOS MIEMBROS A TRAVÉS DE BLUE CROSS BLUE SHIELD

DESCUENTOS PARA USTED - BLUE365

Los miembros del equipo inscritos en el plan médico tienen acceso a descuentos exclusivos en una variedad de productos y servicios. Visite **myhealthtoolkitfl.com** y seleccione la pestaña Descuentos para miembros.



APTITUD FÍSICA

Suscripciones a gimnasios

Dispositivos portátiles de aptitud física

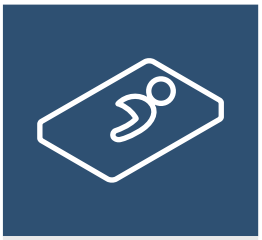
Ropa deportiva

Suscripciones a revistas

Inscripción en carreras de obstáculos y 5 km

Equipos de aptitud física para el hogar

Vitaminas y suplementos nutricionales Supplements



CUIDADO PERSONAL

Alivio de alergias

Acupuntura

Servicios quiroprácticos

Terapia de masajes

Restauración del cabello

Blanqueamiento dental

ESTILO DE VIDA

Clubs de viajes

Paquetes vacacionales

Cuidado de mascotas

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Programas de pérdida de peso

Libros de cocina y recetas

Clases de cocina en línea

AUDICIÓN Y VISIÓN

Audífonos

Cirugía ocular Lasik

Gafas

ASESORÍA DE ENFERMERÍA 24 HORAS

Cuando necesite asesoramiento sobre atención médica de inmediato, llame al número gratuito de Asesoría de enfermería 24 horas al (866)-323-0664. Este servicio puede ayudarle a evitar preocupaciones innecesarias, gastos de bolsillo y horas de espera en una sala de urgencias.

Cuando llame, una enfermera diplomada le ayudará a decidir:

- Si puede solucionar el problema en casa.
- Si necesita ver a su médico
- Si es seguro esperar o si necesita ayuda de inmediato
- Qué debe tener en cuenta si no necesita atención inmediata.

También puede consultar a la enfermera sobre:

- Preguntas que olvidó hacer a su médico
- La información médica más reciente
- Cómo tomar decisiones importantes sobre su atención médica
- Sus medicamentos u otros tratamientos

ESSENTIAL ADVOCATE

El sistema de atención médica puede parecer confuso cuando se trata de obtener información confiable. Por ello, ofrecemos Essential Advocate como servicio gratuito de su plan de salud.

Llame a Essential Advocate al (888) 521-2583 en cualquier momento del día, cualquier día de la semana. Un coordinador de atención le pondrá en contacto con una enfermera diplomada u otro experto que pueda proporcionarle información, apoyo o consejos de salud. Por ejemplo, puede obtener ayuda en relación con lo siguiente:

- Inquietudes sobre medicamentos y efectos secundarios
- Cómo encontrar un médico, especialista o centro de urgencias
- Cómo concertar una cita con su médico
- Cómo comparar costos antes de programar un tratamiento médico
- Cómo prepararse para una cirugía y tomar medidas para una recuperación saludable
- Cómo localizar programas y recursos útiles en su comunidad

MY HEALTH TOOLKIT—BLUE CROSS BLUE SHIELD

My Health Toolkit es el lugar centralizado donde encontrará respuestas sobre su atención médica, ¡personalizadas para usted! Contiene todo lo que necesita para comprender la cobertura de su plan de salud y gestionar sus beneficios. Todos los afiliados mayores de 16 años, incluidos los cónyuges y dependientes, deben registrarse para obtener una cuenta. Es fácil registrarse y es gratis.

Puede localizar a un médico participante de Blue Cross Blue Shield of Florida comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros de Blue Cross Blue Shield of Florida o ingresando directamente a su sitio web: myhealthtoolkitfl.com. Ingrese los primeros tres caracteres de su identificación de miembro **(TBY)** para buscar proveedores dentro de su plan.

My Health Toolkit puede ayudarle a:

- Obtener más información sobre su cobertura
- Consultar los reclamos médicos
- Consultar su historial médico
- Reemplazar su tarjeta de afiliación
- Buscar un médico u

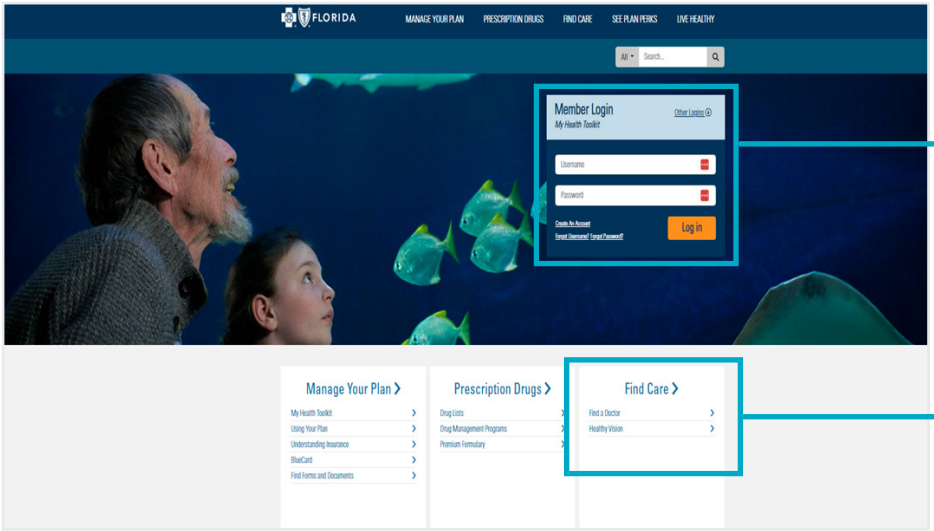
Regístrese en unos pocos clics:

1. **Visite myhealthtoolkitfl.com**
2. **Haga clic en el botón Registrarse ahora situado en la parte derecha de la página**
3. **Introduzca su número de identificación de afiliado que figura en su tarjeta de afiliado**
4. **Siga las instrucciones para Crear su perfil**

Archivos legibles por máquina: https://member.myhealthtoolkitfl.com/web/public/fl/
Este enlace conduce a los archivos legibles por máquina que se ponen a disposición en respuesta a la Norma federal de transparencia en la cobertura e incluye las tarifas de servicios negociadas y los importes permitidos fuera de la red entre los planes de salud y los proveedores de atención médica. Los archivos legibles por máquina tienen un formato que permite a investigadores, reguladores y desarrolladores de aplicaciones acceder a los datos y analizarlos más fácilmente.

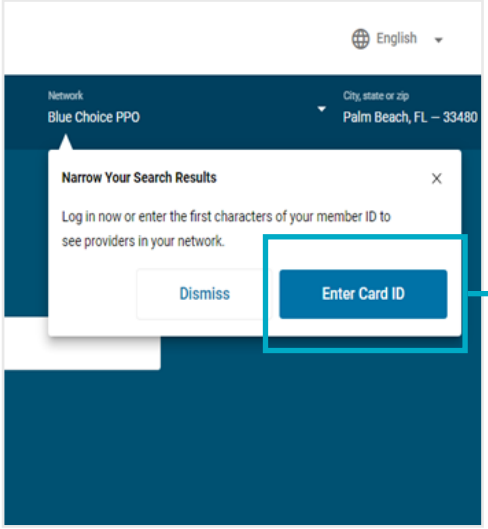
BÚSQUEDA DE PROVEEDORES MÉDICOS DE BLUE CROSS BLUE SHIELD OF FLORIDA

Para encontrar proveedores participantes, hospitales y otros, visite: **myhealthtoolkitfl.com**

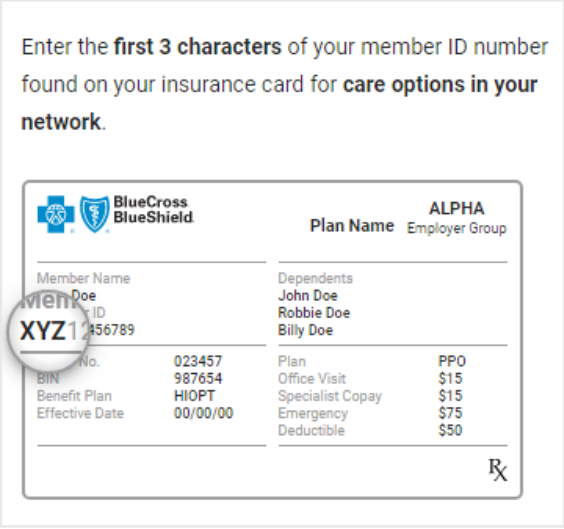


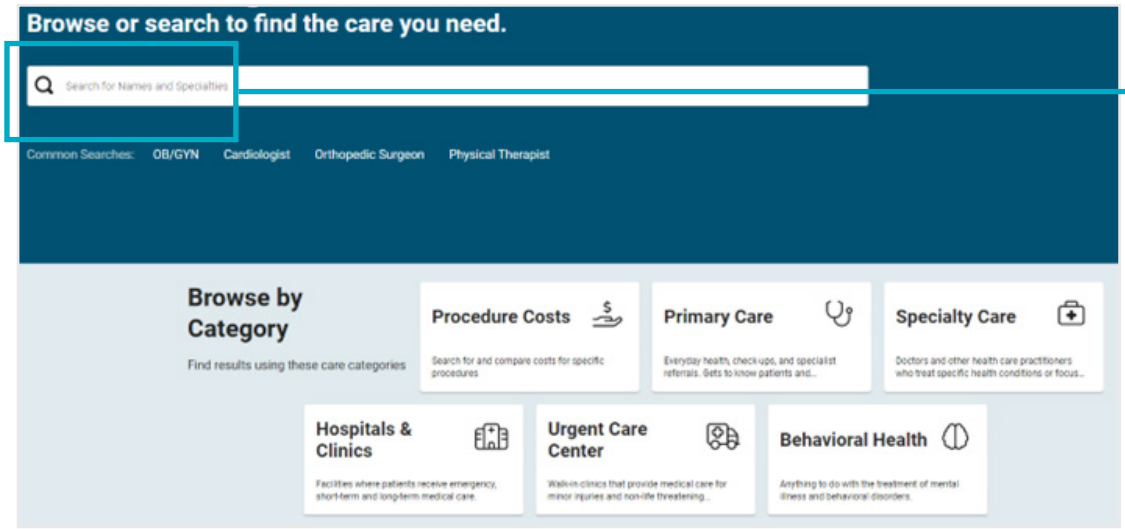
Haga clic en **Ingresar o Crear una cuenta**

Haga clic en **Buscar un proveedor**



Introduzca su número de identificación de afiliado o inicie sesión en su cuenta.





En la pantalla de Búsqueda de proveedores, puede buscar por proveedor, servicio, afección o categoría.

CONSEJO: Asegúrese de que su ubicación esté configurada en la zona correcta.

INFÓRMESE ANTES DE IR

Elegir el tipo de atención adecuado para una situación médica puede ser difícil y confuso. Comprender los distintos niveles de atención y cuándo utilizar cada uno de ellos puede ayudarle a ahorrar tiempo y dinero, y a estar tranquilo.

Si necesita ayuda para determinar dónde buscar atención, no dude en ponerse en contacto con nuestro Encargado de Blue Cross Blue Shield, Dennis Ashwood.

TYPE OF FACILITY	AVERAGE COST	EXAMPLES OF HEALTH ISSUES
TELADOC Proporciona acceso a la atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuando su médico de atención primaria o el pediatra de su hijo no puede atenderle de inmediato. Los médicos están disponibles para tratar enfermedades no urgentes a través de la web, el teléfono o la aplicación móvil.	GRATIS	• Infecciones sinusales • Resfrío y gripe • Tos/dolor de garganta • Asesoramiento de salud mental • Erupción cutánea • Alergias • Dolor de estómago • Náuseas
CLÍNICA DE ATENCIÓN PRÁCTICA Se brinda tratamiento a inquietudes médicas menores. Personal ubicado en tiendas minoristas y farmacias. Suelen abrir por la noche y los fines de semana. minute clinic®	$	• Infecciones • Resfrío o gripe • Lesiones o dolores menores • Inyecciones • Vacuna contra la gripe • Dolor de garganta o faringitis estreptocócica • Problemas cutáneos • Alergias
EL CONSULTORIO DE SU MÉDICO El mejor lugar al que acudir para cuidados de rutina o preventivos, para llevar un control de los medicamentos	$	• Fiebre, resfríos o gripe • Dolor de garganta • Erupción cutánea • Quemaduras leves • Dolor de oído o sinusitis • Atención preventiva • Inyecciones • Reacciones alérgicas leves
VISITAS VIRTUALES Lo mejor para dolencias habituales; le permite ver y hablar con un médico desde la comodidad de su casa u oficina sin necesidad de cita previa.	$	• Alergias • Resfrío y gripe • Náuseas • Dolor de estómago • Infecciones sinusales • Asma • Conjuntivitis aguda • Dolores de cabeza
CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Para enfermedades que no ponen en peligro la vida. Están atendidos por enfermeras y médicos y suelen tener un horario amplio.	$$	• Migrañas o dolores de cabeza • Cortes (que necesitan puntos) • Dolor abdominal • Esguinces o torceduras • Infección urinaria • Mordeduras de animales • Dolor de espalda • Dolor articular
SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS Para el tratamiento inmediato de lesiones o enfermedades graves. Si una situación parece poner en peligro la vida, llame al 911 o acuda a la sala de urgencias más cercana.	$$$	• Dolor torácico, derrame cerebral • Convulsiones • Lesiones en la cabeza o el cuello • Entumecimiento repentino • Desmayos, mareos • Hemorragias no controladas • Problemas respiratorios • Huesos rotos

TELADOC

Teladoc le da acceso las 24 horas, los 7 días de la semana de todo el año a un médico certificado por la junta médica a través de la comodidad de una llamada telefónica o una video llamada. Se trata de un servicio gratuito con un copago de $0 para los miembros del equipo inscritos en nuestro plan médico. Tome su tarjeta de seguro y visite teladoc.com o llame al (866) 789-8155 para configurar su cuenta.

- Acceso 24 horas al día, 7 días a la semana, por teléfono o vídeo, a médicos colegiados en EE. UU.
- Los médicos diagnostican, tratan y recetan medicamentos cuando es necesario
- Atención de calidad desde cualquier lugar

Teladoc puede ayudarle con:

- Síntomas de resfrío y gripe
- Alergias
- Bronquitis
- Infección urinaria
- Infecciones respiratorias
- Problemas de los senos paranasales
- Inquietudes dermatológicas
- Asesoramiento en salud mental
- ¡Y más!

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL PERSONALIZADO TELADOC

Los miembros del equipo inscritos en nuestro plan médico pueden trabajar con un dietista titulado para recibir asesoramiento nutricional personalizado, incluidos planes de comidas personalizados y guías de compra. ¡Todo por un copago de $0!

Los dietistas de Teladoc pueden ayudarle con:

- Pérdida de peso
- Alergias alimentarias
- Problemas digestivos
- Dietas para embarazadas
- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Planificación de comidas
- Nutrición pediátrica
- Creación de hábitos saludables
- Y más

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL TELADOC

- Obtenga un plan de dieta personalizado para satisfacer sus necesidades de salud
- Programe su visita los 7 días de la semana (de 7 AM a 9 PM, hora local)
- Hable con un dietista titulado desde cualquier lugar

¡TELADOC & TELADOC COUNSELING TIENEN UN COPAGO DE $0!

HSS FLORIDA

¿ Dolores o molestias? El numero uno del mundo en ortopedia esta aqui para The Breakers

HSS Florida se asocia con The Breakers para ofrecer un HSS Care Concierge. Deje que HSS lo ayude a volver a lo que le gusta hacer. HSS Florida es un proveedor de la red para miembros del equipo y familiares inscritos en uno de los planes de salud de Blue Cross Blue Shield que ofrece The Breakers.

¡ No vaya muy lejos para sentirse lo mejor posible!

Atenci6n ortopedica experta disponible cerca de donde usted trabaja y vive.

HSS Florida en West Palm Beach queda a aproximadamente 5 minutos de The Breakers.

Entre las especialidades, se incluyen las siguientes:

- Manos y extremidades superiores
- Cadera y rodilla
- Fisiatria
- Fisioterapia
- Columna vertebral
- Medicina deportiva

To learn more or get connected with HSS Care Concierge:
Phone: (561) 657-4581
Email: HSS4TheBreakers@hss.edu
Website: HSS.edu/TheBreakers

HSS Florida es un proveedor de la red para miembros del equipo y familiares inscritos en uno de las planes de salud de Blue Cross Blue Shield que ofrece The Breakers.

HSS Florida tiene sedes c6modas en Palm Beach County (Las especialidades varian segun la sede).

THE BREAKERS WELLNESS CLINIC OPERADA POR MARQUEE HEALTH

Disponible para los miembros del equipo y sus cónyuges en el plan de salud de The Breakers, sin costo alguno:

- Exámenes biométricos
- Coaching de bienestar y estilo de vida: presencial, telefónico o en línea

Ofrecido periódicamente a los miembros elegibles del equipo:

- My Wellness Journey con Dr. Finley.
  Un curso integral basado en investigaciones que promueve el bienestar general y un estilo de vida.

WELLNESS CLINIC OPERACIONES

Ubicación: 40 Cocoanut Row, Palm Beach, FL 33480
Horario: Lunes a viernes | 8 AM - 4:30 PM
Phone: (561) 650-6976 Ext. 6976
Email: thebreakerswellnessclinic@mywellportal.com

CONTACTO CHAD PIERRE

Entrenador de bienestar de marquesina
Master of Science, Health Education & Behavior – A Certified Health Education Specialist.
Fluent in English, Creole and French
Schedules biometric screenings and offers personalized one-on-one health coaching.
Teléfono: (561) 650-6976 **Correo: cpierre@marqueehealth.com**

CONSEJERÍA DE SALUD MENTAL EN LA UBICACIÓN

Conozca a Alejandra Mejía, nuestra consejera de salud mental certificada en Marquee Health.

Sus sesiones con Alejandra se personalizarán para satisfacer sus necesidades y objetivos específicos. Con enfoques terapéuticos basados en la evidencia, puede comenzar el proceso de mejorar su bienestar mental.

La consejería de salud mental en la ubicación está disponible todos los martes.

- Estrictamente confidencial
- Seis sesiones GRATUITAS al año
- Disponible para TODOS los miembros del equipo | Tiempo completo, tiempo parcial, de guardia
- Ubicado en la Clínica de Bienestar

CONTACTO CON ALEJANDRA MEJIA, MSW, LCSW, QS

Consejera de Salud Mental en el Centro
Maestría en Trabajo Social, Trabajadora Social Clínica Licenciada, más de 10 años de experiencia Trabajando con individuos y familias y es Supervisora Calificada.
Llame o envíe un correo electrónico a la Clínica de Bienestar para comenzar.
Teléfono: (561) 650-6976
Correo electrónico: counseling@mywellportal.com

INCENTIVO DE BIENESTAR

Se recomienda encarecidamente a los miembros del equipo y a sus cónyuges inscritos en el plan de salud de The Breakers que participen en el Incentivo de bienestar. La realización de un examen biométrico es lo único que se requiere para ganar el incentivo de ahorro monetario.

- ¿Por qué realizar el examen? Conocer los principales valores de sus parámetros de salud puede proteger su salud, indicar su riesgo de padecer determinadas afecciones médicas y propiciar la adopción de medidas adecuadas para reducir las probabilidades de padecer cardiopatías, diabetes y otras enfermedades graves.
- ¿Cuándo realizar el examen? Una vez que se haya inscrito en el seguro médico de The Breakers.
- Los miembros del equipo y sus cónyuges inscritos en el plan médico The Breakers pueden ahorrar $600 cada uno en la prima anual de su plan de seguro realizando un sencillo paso: un examen biométrico.
- Para los miembros del equipo actualmente en el plan médico, los exámenes completados entre el 1 de septiembre de 2025 y el 30 de junio de 2026 son elegibles para obtener el ahorro para el año del plan que comienza el 1 de septiembre de 2026.
- Los miembros del equipo (y cónyuges) nuevos en el plan pueden programar un examen biométrico una vez que se haya completado su inscripción en SmartBen.
- El examen no tiene costo para el miembro del equipo ni su cónyuge.
- Marquee Health gestiona toda la información médica personal, incluidos los resultados de los exámenes, a través de un registro médico electrónico y un portal que cumple con la HIPAA.
- Ninguna información personal de salud del individuo será compartida con The Breakers.
- Los resultados de laboratorio serán compartidos confidencialmente con el miembro del equipo o cónyuge por Marquee Health.
- Un examen biométrico incluye mediciones de altura, peso, circunferencia de la cintura, presión arterial, glucosa (en ayunas), triglicéridos y colesterol.
- Para obtener más información sobre los resultados de su examen biométrico y el bienestar general, se ofrece capacitación sobre la salud sin costo alguno por el equipo de Salud Marquee Health en Wellness Clinic.

Se ofrecen tres opciones para llevar a cabo el examen que incluyen:

WELLNESS CLINIC	LABCORP	SU PRIMARIA MÉDICO (PCP)
EN 40 COCOANUT ROW UN EXAMEN BIOMÉTRICO	CERCA DE SU HOGAR SE REQUIERE UN PEDIDO DE LABORATORIO DE LA CLÍNICA	Complete un formulario que documente su pantalla entre el 1 de julio de 2025 y el 30 de junio de 2026. Contacto con la clínica para más detalles.

Para concertar citas, solicitar pruebas de laboratorio para Quest y obtener información general, visite:
thebreakers.com/wellnessclinic or email thebreakerswellnessclinic@mywellportal.com

- Las siguientes son las únicas tres opciones de exámenes. Esto asegura que todos los formularios de laboratorio estén codificados para Marquee Health, por lo que todos los resultados se dirigen directamente a su portal seguro para la exactitud.
- No se aceptan los resultados de laboratorio a través de ninguna otra fuente.

¿ Tiene preguntas o necesita ayuda para programar?
Llame a The Breakers Wellness Clinic en la extensión 6976 o (561) 650-6976.

MyBio

SEGURO DENTAL

The Breakers proporciona seguro dental a través de Cigna. Puede elegir entre un plan DHMO o PPO. El plan DHMO ofrece cobertura solo dentro de la red y requiere que seleccione un dentista de atención primaria. El plan PPO tiene tres niveles de atención: Dentistas contratados de PPO Advantage, dentistas contratados de PPO y cobertura Fuera de la red (dentistas no contratados).

DHMO DENTRO DE LA RED	**PPO** DENTRO O FUERA DE LA RED

El siguiente cuadro destaca las ventajas de estos tres niveles. Si elige un dentista fuera de la red PPO de Cigna, sus gastos de bolsillo serán más elevados y es posible que se le aplique una "facturación de saldo" por los honorarios del proveedor que superen los honorarios contratados o los honorarios habituales y razonables (UCR) permitidos por el contrato de Cigna. Para localizar a los proveedores dentales participantes (dentro de la red), visite el sitio web de Cigna.

Si está afiliado al plan PPO, solo tiene que informar a su dentista que está cubierto por Cigna. No es necesaria una tarjeta de identificación de afiliado. Si desea una tarjeta, puede descargar la aplicación o ir al sitio web seguro para miembros de Cigna.

Tenga en cuenta: PPO: los beneficios máximos se basan en un año del plan. Los beneficios están sujetos a un Programa de tarifas, que se encuentra en SmartBen.

	PLAN 1	PLAN 2		
ACCESO A LA RED	**DENTRO DE LA RED**	**DENTRO DE LA RED**	**DENTRO DE LA RED**	**DENTRO DE LA RED**
Tipo de plan/Diseño	DHMO	PPO Advantage	PPO	PPO
Red	Cigna Dental Care	Cigna Dental PPO		
Beneficios máximos del año del plan	Ninguno		$2,000	
	Su responsabilidad	Su responsabilidad		
Deducible individual	Ninguno	$25	$50	$50
Deducible familiar	Ninguno	$75	$150	$150
Descripción dental				
Preventivo-Clase I	Programa de tarifas**	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo*
Básica-Clase II		10% después del PYD	20% después del PYD	20% después del PYD*
Principal-Clase II		40% después del PYD	50% después del PYD	50% después del PYD*
Exámenes de rutina - 9430		Sin cargo	Sin cargo	No Charge*
Limpieza dental (cada 6 meses) - 1110		Sin cargo	Sin cargo	No Charge*
Radiografías bucales completas/panorámicas - 0330		Sin cargo	Sin cargo	No Charge*
Empastes- 2140		10% después del PYD	20% después del PYD	20% después del PYD*
Endodoncia - 3330		10% después del PYD	20% después del PYD	20% después del PYD*
Raspado periodontal - 4341		10% después del PYD	20% después del PYD	20% después del PYD*
Incrustraciones y recubrimientos - 6600 / 6608		40% después del PYD	50% después del PYD	50% después del PYD*
Dentaduras postizas completas o parciales - 5110		40% después del PYD	50% después del PYD	50% después del PYD*
Coronas - 6750		40% después del PYD	50% después del PYD	50% después del PYD*
Ortodoncia para niños y adultos		Para niños y adultos		
Beneficio	Programa de tarifas**	50%, sin PYD de ortodoncia		
Copago máximo de por vida		$1,500		

*Los gastos fuera de la red están sujetos a un deducible más alto y a las limitaciones de gastos reconocidas por Cigna.
**Cálculo de tarifas disponible en SmartBen.

BÚSQUEDA DE PROVEEDORES DE CIGNA DENTAL

Para buscar proveedores participantes (Dentro de la red), visite cigna.com. Si desea una tarjeta, puede descargar la aplicación o ir al sitio web seguro para miembros mycigna.com, hacer clic para registrarse como miembro de Cigna y puede imprimir una tarjeta para usted y sus dependientes.

SEGURO DE LA VISIÓN

The Breakers proporciona seguro de visión a través de VSP. El programa de la visión de VSP proporciona una atención de la visión asequible y de calidad. A través de la red de proveedores de VSP, puede obtener un examen completo de la visión, así como gafas (lentes y monturas) o lentes de contacto en lugar de gafas.

Simplemente informe a su proveedor de atención de la visión que usted cuenta con la cobertura de VSP. No es necesaria una tarjeta de identificación de afiliado. Si desea una tarjeta, puede ir al sitio web seguro para miembros de VSP en vsp.com, hacer clic para inscribirse como miembro de VSP y podrá imprimir una tarjeta de visión para miembros de VSP.

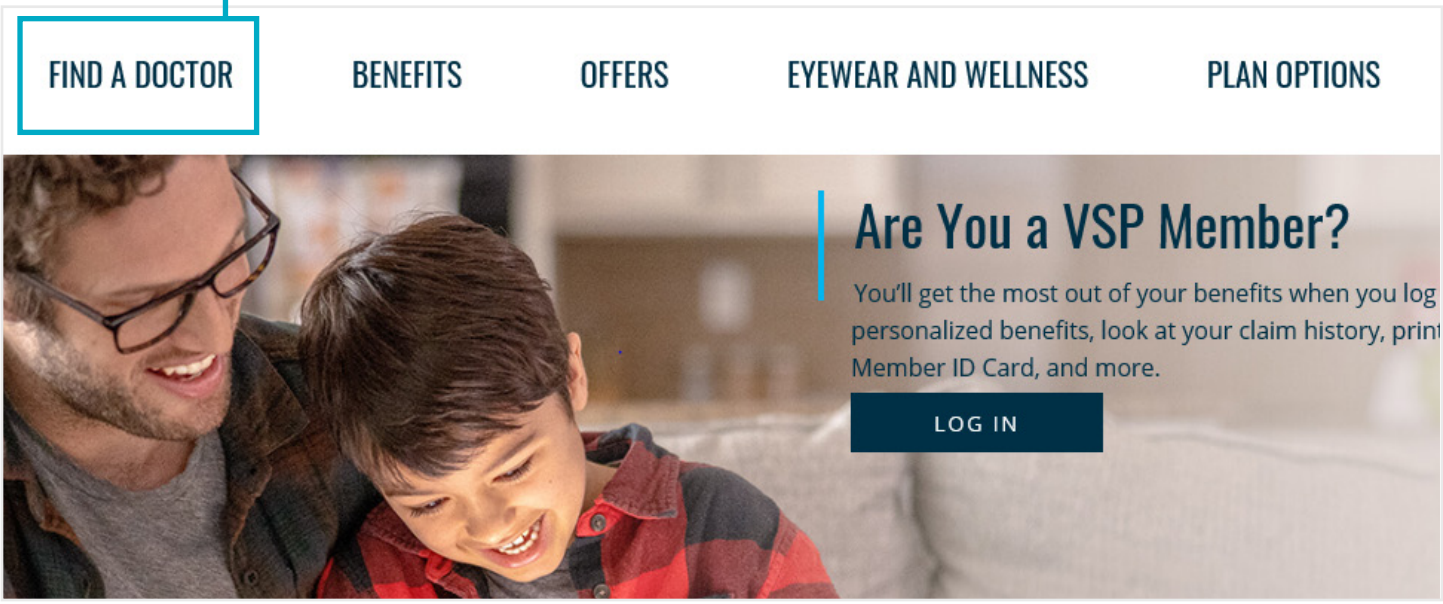
Revise detenidamente el resumen del programa de atención de la visión que se proporciona y aproveche este beneficio tan importante.

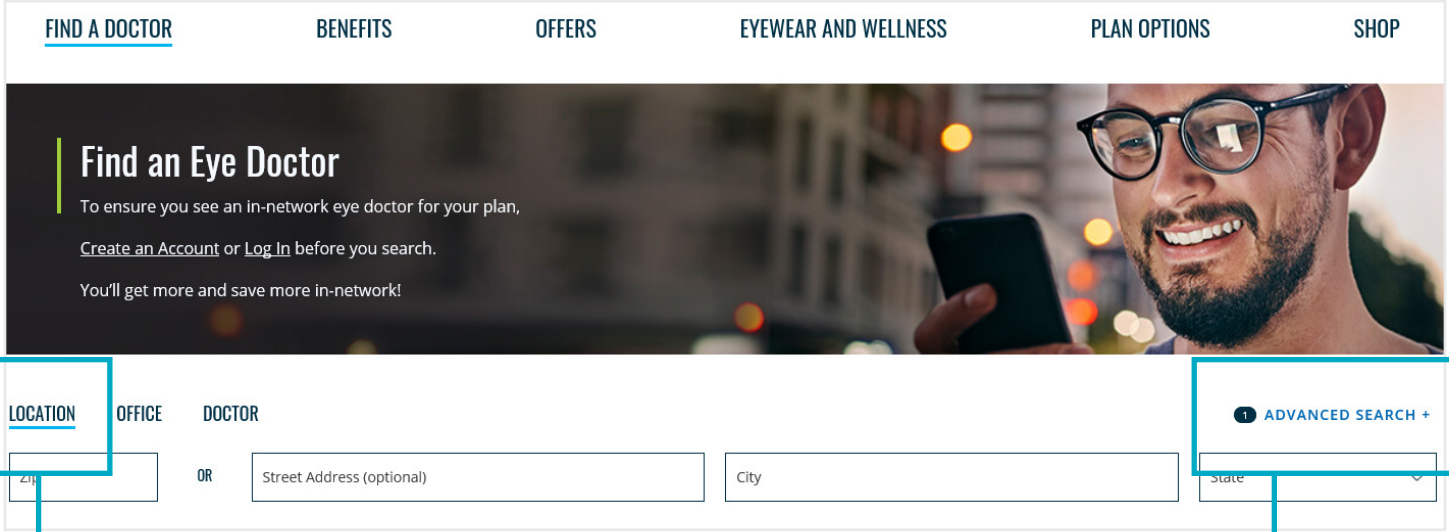
TIPO DE PLAN	PLAN BÁSICO		PLAN MEJORADO	
Acceso a la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Bienestar de la visión				
Examen de la visión	Copago de $10	Reembolso de hasta $45	Copago de $10	Reembolso de hasta $45
Frecuencia	Una vez cada 12 meses		Una vez cada 12 meses	
Lentes				
Visión sencilla	Copago de $25	Reembolso de hasta $30	Copago de $25	Reembolso de hasta $30
Bifocales	Copago de $25	Reembolso de hasta $50	Copago de $25	Reembolso de hasta $50
Trifocales	Copago de $25	Reembolso de hasta $65	Copago de $25	Reembolso de hasta $65
Frecuencia	Una vez cada 12 meses		Una vez cada 12 meses	
Monturas				
Monturas seleccionadas	Descuento de $170 por ventas al por menor + 20% de descuento del saldo	Reembolso de hasta $70	Descuento de $200 por ventas al por menor + 20% de descuento del saldo	Reembolso de hasta $70
Mejora del cuidado solar	Descuento de $170 por ventas al por menor con un copago de $25 para gafas de sol sin graduación en lugar de gafas graduadas o lentes de contacto	N/A	Descuento de $200 por ventas al por menor con un copago de $25 para gafas de sol sin graduación en lugar de gafas graduadas o lentes de contacto	N/A
Frequency	Una vez cada 24 meses		Una vez cada 24 meses	
Contacts	En lugar de cualquier otro beneficio para gafas			
Elective	Descuento de $130 por ventas al por menor examen, medición y evaluación, sin superar el copago de $60	Reembolso de hasta $105	Descuento de $150 por ventas al por menor; examen, medición y evaluación, sin superar el copago de $60	Reembolso de hasta $105
Frequency	Una vez cada 12 meses		Una vez cada 12 meses	

BÚSQUEDA DE PROVEEDORES DE VSP VISION

Para buscar proveedores participantes (Dentro de la red), visite vsp.com.
Puede llamar al Centro de Atención al Cliente de VSP al (800) 877-7195 con cualquier pregunta que tenga sobre los proveedores contratados o la cobertura.

Haga clic en Buscar un médico





Busque por código postal o dirección, ciudad y estado

Seleccione Red de médicos haciendo clic en Búsqueda avanzada y luego seleccione Elección O - Si inicia sesión en su cuenta, puede omitir este paso ya que reconocerá su plan.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

La FSA, o cuenta de gastos flexible, es una prestación que puede elegir durante la inscripción abierta a la FSA o la inscripción de nuevos miembros del equipo. Con una contribución antes de impuestos a una FSA, puede ahorrar una media del 30% en gastos sanitarios y de atención a dependientes. El dinero que aporta no está sujeto a impuestos sobre la nómina, ¡lo que puede suponer un importante ahorro fiscal!

- **Año del plan: FSA para atención médica y FSA para atención de dependientes - 1 de enero al 31 de diciembre**
- Inscripción disponible en SmartBen durante el mes de noviembre, con vigencia a partir del 1 de enero siguiente.
- Debe volver a inscribirse y elegir la cobertura cada año del plan en SmartBen.

¿Cuánto debo contribuir?

Usted decide cuánto dinero quiere contribuir durante el año hasta un máximo de $3,300. Para obtener el máximo ahorro, debe calcular cuidadosamente el importe de los gastos de bolsillo admisibles que tendrá durante el año. La cantidad que designe para el año se divide en cuotas iguales cada periodo de pago y se deposita en una cuenta FSA.

Utilícelo o piérdalo - Asignación de reinversión

Si no incurre en gastos admisibles por el importe total que eligió depositar en su FSA para atención médica en el año del plan en curso, la normativa federal le permite reinvertir los importes no utilizados hasta un máximo de $660 para gastos en el año siguiente. Aunque no haya una elección de FSA para el siguiente año del plan, tiene la posibilidad de gastar hasta $660 de su elección en gastos de atención médica de su bolsillo en el año siguiente.

FSA para atención médica

Elija esta FSA para pagar copagos, equipos médicos, recetas, gastos dentales y de la visión en los que usted o su familia incurran.

Gastos elegibles:

- Acupuntura
- Quiropráctica
- Copagos de médicos y dentistas
- Gafas y lentes de contacto
- Kits de glucosa
- Audífonos y baterías
- Tratamiento de la infertilidad
- LASIK
- Ortodoncia
- Recetas

Para consultar una lista de gastos elegibles, visite ebcflex.com/eligibleexpenses

Employee Benefits Corporation

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

FSA para atención de dependientes

Los fondos de la FSA para atención de dependientes pueden utilizarse para pagar los gastos en los que incurra por el cuidado de hijos dependientes menores de 13 años o de cualquier dependiente discapacitado que viva con usted y que usted reclame en sus impuestos.

Para que un gasto por el cuidado de un dependiente pueda reunir las condiciones para ser reembolsado a una FSA para atención de un dependiente, la atención debe permitirle a usted y a su cónyuge trabajar, buscar trabajo activamente o asistir a la escuela a tiempo completo.

Puede reservar hasta $5.000 para este fin si es soltero o está casado y presenta una declaración de la renta conjunta. Si está casado y usted y su cónyuge presentan declaraciones de la renta separadas, el monto máximo que puede aportar cada uno es de $2.500.

Los fondos están disponibles después de que las deducciones de nómina se acrediten en su cuenta FSA para atención de dependientes.

Gastos elegibles

Los gastos que pueden incluirse en la FSA para atención de dependientes también pueden ser susceptibles de desgravación fiscal en su declaración de impuestos federales. Tenga en cuenta que no puede reclamar los mismos gastos para la FSA para atención de dependientes y para la bonificación de impuestos. Hable con su asesor fiscal personal para determinar cuál es la mejor alternativa para usted.

Atención infantil

- Atención infantil en el hogar o en una guardería
- Guardería o centro de cuidado de niños enfermos
- 3K o 4K
- Guardería o preescolar
- Programas antes y después del colegio
- Campamento de día (puede incluir campamento deportivo, de informática, etc.)
- Cuotas de transporte proporcionadas por el proveedor de atención de dependientes para el transporte a/desde donde se proporciona la atención.

Atención de adultos

- Centro de día para adultos
- Atención de ancianos con custodia (en casa o fuera de ella)
- Cuotas de transporte proporcionadas por el proveedor de atención de dependientes para el transporte a/desde donde se proporciona la atención.

Para obtener más información sobre las cuentas FSA, visite SmartBen.

THE HARTFORD

SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

Seguro de vida básico y AD&D - Pagado por el Empleador

Los miembros del equipo a tiempo completo están automáticamente inscritos en el seguro de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) de The Breakers sin costo alguno para usted.

- Los miembros del equipo que trabajan por horas reciben un beneficio de $40.000.
- El importe del seguro de vida de los miembros del equipo asalariados se basa en el doble de sus ingresos anuales hasta un máximo de $500.000.

Aunque The Breakers le haya inscrito automáticamente en el plan de seguro de vida, asegúrese de que su beneficiario figure en su portal SmartBen. Puede asegurarse de ello consultando su Página de confirmación o poniéndose en contacto con Recursos Humanos.

Seguro de vida voluntario y AD&D para miembros del equipo a tiempo completo.

Puede contratar un seguro de vida voluntario y un seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para usted en incrementos de $10.000 hasta un máximo de $500.000. La cobertura es de "emisión garantizada" (no se requiere prueba de asegurabilidad) por importes de hasta $250.000, para los nuevos miembros del equipo que reúnan los requisitos durante su periodo de elegibilidad inicial.*

Seguro de vida voluntario y AD&D para su cónyuge

Puede contratar un seguro de vida y una cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para su cónyuge en incrementos de $5.000 que no superen el 50% del importe del seguro de vida y AD&D del miembro del equipo a tiempo completo hasta un monto máximo de $250.000. La cobertura es de "emisión garantizada" para importes de hasta $30.000 durante el periodo inicial de elegibilidad de su cónyuge*.

Si decide contratar un seguro de vida voluntario y de AD&D para usted (1) por encima de $250.000, (2) después de 31 días de su fecha de elegibilidad inicial o (3) por encima de $30.000 para su cónyuge, deberá cumplimentar un formulario de Evidencia de asegurabilidad (EOI) y es posible que se le solicite que presente una declaración del médico que le atiende en una fecha posterior.*

Seguro de vida voluntario para su(s) hijo(s)

Puede elegir un seguro de vida para su(s) hijo(s) dependiente(s) hasta los 19 años de edad, o hasta los 25 años si es estudiante a tiempo completo en incrementos de $2.000 hasta un máximo de $10.000, sin superar el 50% del importe del seguro de vida del miembro del equipo a tiempo completo. La prima incluye a todos los hijos dependientes independientemente de la cantidad de hijos cubiertos. Todos los hijos tendrán el mismo importe del beneficio.

**Cualquier solicitud para añadir o aumentar la cobertura después de la elegibilidad inicial requerirá la presentación de un formulario de Evidencia de Seguro (EOI) dentro de los 30 días siguientes a la elección. La solicitud de cobertura no es una aprobación automática y no se efectuarán deducciones de nómina hasta que la solicitud sea aprobada por The Standard, la aprobación de la EOI puede tardar hasta 60 días.*

THE HARTFORD

SEGURO DE DISCAPACIDAD A CARGO

DEL EMPLEADOR DE THE HARTFORD

Discapacidad a corto plazo (STD)

Todos los miembros del equipo que trabajen a tiempo completo por horas o como asalariados están automáticamente inscritos en el programa STD de The Breakers sin costo alguno para usted. En caso de que quede discapacitado debido a una enfermedad o lesión fuera del trabajo y no pueda realizar las tareas de su trabajo, la cobertura STD complementará su salario perdido. Las nuevas madres también pueden beneficiarse del beneficio STD, ya sea 4 semanas por parto normal o 6 semanas por cesárea. La cobertura STD comienza tras faltar 14 días debido a una enfermedad o lesión certificada médicamente. Los beneficios se abonan hasta un máximo de 10 semanas de discapacidad. El beneficio abona el 50 % de los ingresos semanales hasta un máximo de $1.000 semanales.

Discapacidad a largo plazo (LTD)

Los miembros del equipo que trabajen a tiempo completo se inscriben automáticamente en el programa LTD de The Breakers sin costo alguno. Después de utilizar el seguro de discapacidad a corto plazo, existe un periodo de eliminación de 90 días antes de que la cobertura LTD comience a pagarle por la pérdida de ingresos. Si se le aprueba, el plan cubrirá los salarios perdidos en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión fuera del trabajo, hasta que alcance el periodo máximo de beneficio.

Póngase en contacto con el equipo de beneficios para que le ayuden a presentar un reclamo en benefits@thebreakers.com.

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Todos los beneficios voluntarios están disponibles para los miembros del equipo que trabajan a tiempo completo a través de deducciones de nómina después de impuestos y son transferibles a la misma proporción. Su cónyuge e hijo(s) también cumplen los requisitos para recibir cobertura. Los hijos deben ser menores de 26 años.

Plan voluntario de indemnización hospitalaria: Proporcionado por The Hartford

El seguro de indemnización hospitalaria complementa la cobertura médica y paga además de lo que el plan médico pueda o no cubrir. Paga una cantidad fija después del primer día de hospitalización ($1.000 Hasta tres admisiones por año) y una cantidad diaria específica por cada día adicional de hospitalización. Este plan también paga un beneficio adicional por la hospitalización en una Unidad de cuidados intensivos.

Plan de seguro voluntario de accidentes: Proporcionado por The Hartford

Brinda protección contra los costos inesperados asociados con una lesión accidental fuera del trabajo. Proporciona dinero en efectivo para gastos médicos (incluso si están cubiertos por un seguro médico), incluidos, entre otros, hospitalización y confinamiento, dislocaciones, fracturas, quemaduras, laceraciones, visitas a urgencias, aparatos médicos y beneficios por muerte accidental y desmembramiento. Este plan incluye un beneficio de examen médico por un importe de $100 pagaderos anualmente por persona cubierta.

Plan voluntario de enfermedades graves con cobertura del cáncer: Proporcionado por The Hartford

Le proporciona directamente el beneficio de una suma total, además de cualquier otra cobertura actualmente en vigencia, para ayudar a compensar los altos costos asociados con el tratamiento de una enfermedad grave cubierta, como un ataque al corazón, un derrame cerebral, insuficiencia renal terminal, cáncer y otras. Esta póliza incluye un beneficio de examen médico por un importe de $50 pagaderos anualmente por persona cubierta.

- Emisión garantizada: no se realizan preguntas sobre la salud para inscribirse como nuevo empleado o durante nuestra inscripción abierta anual hasta un beneficio de $40.000.
- Cobertura familiar disponible: los cónyuges están cubiertos al 100% y los hijos menores de 26 años están cubiertos al 50% del beneficio elegido.

¿Por qué lo necesito?

- Los gastos de bolsillo se acumulan rápidamente, ya que el seguro de gastos médicos principales solo cubre una parte de la factura.
- Ayuda a aliviar la carga financiera imprevista de un accidente.
- Complementa otros seguros que pueda tener, como cobertura por discapacidad y gastos médicos mayores.
- Un nivel adicional de protección financiera puede marcar la diferencia en el momento en que usted y su familia más lo necesiten.

El beneficio de suma global se puede utilizar para:

MEDICO GASTOS | SU CASA GASTOS | AYUDA A DOMICILIO | LOS ULTRAMARINOS

THE HARTFORD

TRUSTMARK LIFE + CARE

Si llega un momento en que no puede cuidarse por su cuenta, las cosas pueden ponerse difíciles... y costosas. Encontrar servicios de atención puede ser un desafío, y la atención puede costar cientos de dólares al día. Puede ocurrir a cualquier edad y a cualquier persona: algo va mal y empieza a necesitar ayuda con las tareas básicas de la vida diaria. Cuando eso ocurre, Trustmark Life + Care® paga los beneficios en efectivo que pueden ayudarle a solventar los gastos de la comodidad y calidad de la atención que usted merece. Además, también funciona como seguro de vida, con un beneficio por fallecimiento pagadero a aquellos que dependen de usted.

¿Por qué Trustmark Life + Care?

1. Cobertura dos en uno: reciba tanto un seguro de vida permanente (beneficio por fallecimiento) como beneficios de atención por una tarifa accesible.
2. Los beneficios pueden ayudar con el costo de la atención cuando llegue el momento, por lo que puede evitar agotar sus ahorros de jubilación o sobrecargar a los miembros de la familia.
3. Los beneficios de atención se le pagan cuando recibe servicios de atención por parte de un profesional o un familiar.
4. La cobertura está disponible sobre una base de emisión garantizada (sin preguntas médicas, y no puede ser rechazada) hasta los límites del importe del beneficio.
5. Garantizada para toda la vida: una vez que tiene cobertura, su tarifa no aumenta a medida que envejece.

Cómo funcionan los beneficios de atención

Póliza de seguro de vida y cuidados a largo plazo de Trustmark disponible en los siguientes incrementos: $20.000, $35.000, $50.000, $65.000 $80.000, $100.000.

Trustmark Life + Care le paga los beneficios en efectivo directamente a usted, cuando necesita ayuda con al menos dos de las seis actividades de la vida diaria (por ejemplo, comer, bañarse o vestirse) o tiene un deterioro cognitivo grave (como la enfermedad de Alzheimer).

Además, los beneficios de atención pagados no reducen el beneficio por fallecimiento, ¡por lo que sus beneficiarios podrán disponer de un beneficio por fallecimiento completo incluso después de recibir los beneficios de atención! Esto puede aumentar considerablemente el valor máximo de su cobertura. Nota: como su enfermedad no tiene que ser permanente para recibir los beneficios, el dinero que reciba puede ayudarle a recuperar su independencia. El beneficio por fallecimiento se reduce al 33% a los 70 años o en el décimo aniversario de su certificado, lo que ocurra más tarde. Sin embargo, los beneficios de atención nunca se reducen y se mantienen al mismo nivel elevado en sus últimos años.

Cobertura para el cónyuge: solicite la cobertura Trustmark Life + Care para su cónyuge al igual que para usted. El plan de su cónyuge incluirá las mismas prestaciones que el suyo. (El importe de la cobertura del cónyuge está limitado a una parte del importe del empleado).

Trustmark
benefits beyond benefits

BEYOND MED

Donde la salud se une al bienestar. Un programa de membresía con descuentos para mejorar su inversión más importante: usted mismo.

¿Por qué Beyond Med?

Mejore su salud y bienestar accediendo a una red propia de médicos con certificación del consejo y proveedores autorizados a precios reducidos en servicios electivos y cosméticos.

- + 3.000 proveedores
- 15 especialidades
- + 2.500 consultorios
- + 400 tratamientos

Ventajas para los miembros

- **Acceso a una red especializada:** miles de proveedores de tratamientos electivos y estéticos a precios reducidos
- **Servicio de asistencia personalizada:** un equipo de asistencia personalizada que le guiará y una aplicación móvil fácil de usar.
- **Ahorros ilimitados:** sin periodos de espera ni límites en el uso de los beneficios (utilícelos todo lo que quiera).

Save on Services Like

- Bienestar mental
- Spa médico
- Fisioterapia
- Cirugía plástica
- Cirugía ocular
- Terapia venosa
- Veterinaria
- Pérdida de peso
- Acupuntura
- Antienvejecimiento
- Bariatría
- Quiropraxia
- Dermatología
- Fertilidad
- Recuperación capilar
- Audición

Beyond Med

SERVICIOS LEGALES: PROPORCIONADOS POR PREFERRED LEGAL

El plan Preferred Legal es un programa integral de protección jurídica diseñado para ayudar a las personas y a sus familias a tratar diversos asuntos legales 24 horas al día 7 días a la semana. Este programa incluye, entre otros, servicios gratuitos o con descuento y confidenciales como:

- Asesoramiento jurídico telefónico o presencial
- Revisión de documentos legales
- Preparación de testamentos y testamentos simples para el miembro del equipo y su cónyuge
- Asesora miento financiero y de protección de activos
- Servicios notariales

PROTECCIÓN CONTRA EL ROBO DE IDENTIDAD: PROPORCIONADA POR ALLSTATE ID PROTECTION (AIP)

Allstate pone a su disposición un plan integral de Protección contra el robo de identidad. El plan supervisa la actividad fraudulenta para que pueda ser detectada antes. Si es víctima de robo de identidad, se pueden iniciar los servicios completos de restauración para la defensa de la privacidad. Los servicios incluyen la protección de cartera perdida y la supervisión cibernética, de crédito e identidad. Reembolso de los gastos de bolsillo relacionados con el robo de identidad de hasta $1.000.000 en concepto de salarios perdidos, honorarios jurídicos y mucho más.

SEGURO PARA MASCOTAS: PROPORCIONADO POR NATIONWIDE

El seguro para mascotas a través de NationWide consiste en dos opciones de planes o una combinación de ambos planes para ayudarle a elegir el plan de salud para mascotas que mejor se adapte a sus necesidades. Estos planes le permiten utilizar su propio veterinario. Esta prestación no está disponible a través de deducciones en nómina. (solo facturación directa)

Plan Wellness Services Only (servicios de bienestar únicamente):

- Exámenes de bienestar
- Vacunas
- Prevención contra pulgas y parásitos del corazón

Plan médico principal completo:

- Accidentes y enfermedades comunes (por ejemplo, infección de oído y erupciones cutáneas)
- Enfermedades graves (por ejemplo, cáncer, alergias y diabetes)
- Cirugía
- Medicamentos de venta con receta
- Hospitalización

T. ROWE PRICE — PLAN DE AHORRO 401(K)

Los miembros del equipo a tiempo completo, a tiempo parcial y de guardia (mayores de 18 años) cumplen los requisitos para participar en el Plan de ahorro para la jubilación 401(k) de The Breakers y pueden elegir contribuir con entre el 1 y el 50% de sus ingresos brutos.
El plan 401(k) incluye las contribuciones personales y el beneficio que la compañía iguala.

Beneficios del plan

- Los miembros del equipo son propietarios del 100% de cualquier contribución financiera personal invertida en su 401(k)
- The Breakers' aporta e iguala el primer **6%** de las contribuciones de ganancias brutas, dólar por dólar, trimestralmente.
- Una vez transcurridos cinco (5) años de empleo, el miembro del equipo posee el 100% de la contribución aportada igualada por The Breakers; por cada año de servicio completado durante los años 1 a 5, los miembros del equipo retienen el 20% de la contribución aportada igualada (por ejemplo: 20% después del primer año, 40% después del segundo año, etc.).
- Se ofrecen planes Roth 401(k) y 401(k) tradicionales antes de impuestos, después de impuestos
- Los miembros del equipo pueden transferir los planes de jubilación de sus empleadores anteriores al plan 401(k) de The Breakers.

Detalles de inscripción

- La elegibilidad para la inscripción es de 60 días después de la fecha de contratación
- Las contribuciones comienzan el primer día del mes siguiente.
- Cada año, las contribuciones de los miembros del equipo aumentan automáticamente en un 1% hasta alcanzar una contribución máxima del 15% (los ajustes pueden realizarse manualmente en cualquier momento).

Cómo inscribirse o realizar ajustes

- Visite troweprice.com
- Descargue la aplicación T. Rowe Price
- Llame al (800) 922-9945
- Programe una cita con un asesor financiero de SageView

PROGRAMA DE BIENESTAR FINANCIERO

SageView Advisory Group, una empresa de asesoramiento de planes de jubilación, ofrece educación financiera y asesoramiento de inversión gratuitos para todos los miembros del equipo.

Los servicios incluyen

- Inscripción y planificación de la jubilación 401(k)
- Planificación financiera: análisis del salario y estrategias de ahorro/presupuesto/inversión
- Respuesta a preguntas: Medicare, seguridad social, gestión de deudas, planificación patrimonial/préstamos y planes de ahorro 529 para educación

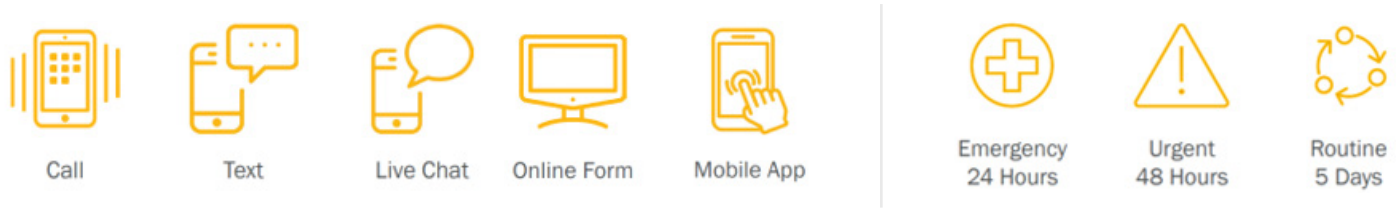
COMUNÍQUESE CON MARESSA ETZIG

Programe una consulta privada en persona o por teléfono; también se ofrecen sesiones de grupo.
Correo electrónico: metzig@sageviewadvisory.com
Teléfono: (561) 284-0699

SAGE VIEW

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Es fácil conectarse con BHS - Programa de Asistencia al Empleado (EAP). Atención confidencial a la que usted y los miembros de su hogar pueden acceder sin costo alguno. Se proporcionan seis sesiones de asesoramiento, por tema. 24 horas al día, 7 días a la semana.



Los servicios del EAP incluyen

- Apoyo en el momento y asesoramiento en caso de crisis
- Una amplia variedad de temas, como problemas emocionales, financieros, legales y de relaciones.
- Planificación personalizada de la atención
- Coordinación de citas
- Apoyo y seguimiento continuos

Capacitación en salud mental, asesoramiento a corto plazo y niveles superiores de atención

1. Comuníquese con BHS y póngase en contacto con un coordinador de atención diplomado y especializado.
2. El coordinador de atención le concertará una cita en función de sus preferencias (lugar, en persona, por teléfono o virtual).

La ayuda está disponible con solo realizar una llamada.
Llame o envíe un mensaje de texto para acceder a los servicios

Llame al 800-327-2251

Asistencia gratuita, confidencial y en el momento disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarle con problemas personales o laborales que puedan interferir con sus responsabilidades. Un coordinador de la atención responderá confidencialmente a su llamada, le ayudará en caso de emergencia y le pondrá en contacto con los recursos adecuados.

Envíe un mensaje de texto al 800-327-2251

Haga preguntas sobre el programa, obtenga ayuda en el momento o inicie servicios. Todos los mensajes se contestarán en el plazo de un día laborable.

INICIO DE SESIÓN EN EAP

Sitio web: portal.bhsonline.com

Identificación de organización:

THEBREAKERS

bhs™

BRIGHT HORIZONS

Los beneficios incluyen: Cuidado Suplente, Tutoría y Apoyo Mejorado.

Programa de Cuidado Suplente Avanzado

Todos los miembros del equipo pueden confiar en el Programa de Cuidado Suplente Avanzado de Bright Horizons, donde y cuando más lo necesite. Las interrupciones en el cuidado habitual de sus hijos o adultos/ancianos causan trastornos estresantes que pueden afectar su capacidad para equilibrar con éxito las exigencias personales y profesionales concurrentes.

Cuándo recurrir al cuidado suplente

- El cuidador habitual o el cónyuge que se queda en casa no está disponible.
- Su hijo o pariente adulto o anciano está levemente enfermo.
- El colegio cierra por vacaciones, días festivos o días de servicio.
- Transición entre el cuidado de un niño o de un adulto o anciano.
- Viajes de trabajo, traslados o cambios en el horario laboral.
- Transición tras una baja por maternidad.
- Usted, su hijo o pariente adulto o anciano se está recuperando de un tratamiento médico.

La atención de respaldo está disponible para:

- Cuidado de niños
- Cuidado de ancianos

TRES PASOS SENCILLOS

1. Inscríbase en línea o por teléfono
2. Haga una reserva en línea o por teléfono
   Teléfono: (877) 242-2737
   Sitio web: backup.brighthorizons.com
3. Complete su perfil de atención

Límites y costo

- Hasta 15 días de atención por miembro del equipo por año fiscal
- Copago por centro = $15 por hijo y por día, máximo $25 por familia y por día
- Copago a domicilio = $6 por hora y cuidador

Tutoría virtual o en persona para adultos

La tutoría virtual para adultos puede ayudar a alumnos mayores de 18 años en 3.000 asignaturas, incluidas las certificaciones profesionales. Ya sea que esté tratando de resolver las tareas de sus hijos, volviendo a la escuela y manejando sus propias tareas escolares, tratando de aprender un nuevo idioma, estudiando para obtener una nueva certificación, queriendo aprender una aptitud profesional como hablar en público, o todas las opciones anteriores, su beneficio de tutoría de Bright Horizons® le hace la vida más fácil. Además, es muy asequible en comparación con otros programas de tutoría.

- Reuniones individuales con expertos de Sylvan Learning y Varsity Tutors
- 4 horas de tutoría = 1 crédito con un copago de $15
- Las sesiones reservadas deben utilizarse en un plazo de 90 días o las perderá.
- Disponible para usted y sus dependientes mayores de 5 años, incluidos los estudiantes universitarios

Tutoría infantil virtual o en persona

Reserve un tutor con experiencia para ayudar a su hijo de 5 a 18 años a mantenerse al día durante el año escolar o las vacaciones de verano. Obtenga ayuda inmediata para hacer las tareas escolares en más de 300 asignaturas para un apoyo específico en matemáticas o lectura.

Campamento virtual

Ofrecido entre semana de 9 AM a 8 PM, Hora del Este, para niños de 3 a 12 años. Esta oferta virtual brinda a su hijo una amplia variedad de actividades interactivas, todas dirigidas por instructores motivadores. Utilice su beneficio de cuidado suplente para reservar la plaza de su hijo y mantenerlo entretenido desde la comodidad de su propia casa.

Para inscribirse, cree una cuenta en Bright Horizons y complete su Perfil de atención.

Bright Horizons™

MOTIVITY CARE

Motivity Care elimina la complejidad de la gestión de los cuidados en cada etapa de la vida adulta. ¿Están usted y sus seres queridos preparados para el presente y el futuro con la información de su vida organizada, accesible y actualizada? Motivity Care ofrece la solución.

Plataforma MC Life Intell

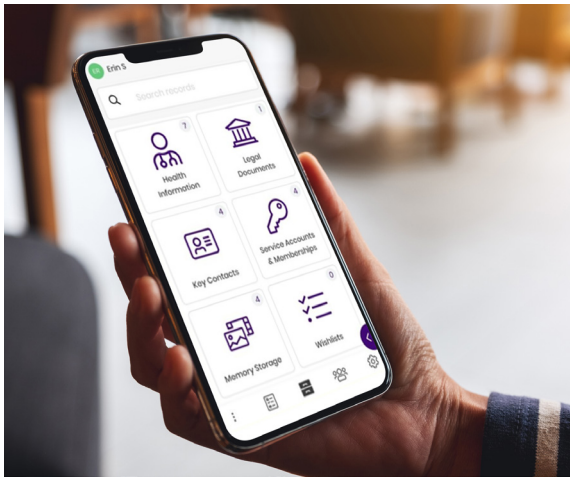
- Aplicación de escritorio y móvil en inglés y español
- La mejor tecnología para mantener la información médica, legal y personal vital segura y accesible 24 horas al día, 7 días a la semana

Beneficios para empleados

Motivity Care proporcionará formación inicial y de grupo para la Plataforma MC Life Intell y sus servicios.

- Talleres y seminarios web prácticos
- Soporte tecnológico/línea de ayuda

Se ofrece como una deducción en la nómina del empleado



EJEMPLO

Usted elige añadir a su padre a su cuenta Motivity Care.

Su padre vive en otro estado y tiene un accidente que requiere hospitalización durante 48 horas. Como usted guarda su información importante en Motivity Care, podrá identificar quiénes son sus médicos, qué medicamentos está tomando, alergias, e incluso cuestiones de la casa como cuidadores de mascotas, qué facturas vencen, contraseñas, vecinos con los que contactar y mucho más.

Paquete de encargado personalizado* disponible, por ejemplo:

- Oferta de referencias y programación de citas
- Búsqueda de recursos a petición del cliente
- Recomendaciones y coordinación para transiciones vitales
- Gestión de problemas médicos inesperados

**El paquete de encargado supone un costo adicional a la oferta de beneficios para empleados.*

CONTACTOS IMPORTANTES

RESOURCE / SERVICE PROVIDER	DETAILS
Medical Insurance Blue Cross Blue Shield of Florida	(800) 830-1501 myhealthtoolkitfl.com
Dennis Ashwood Blue Cross Blue Shield of Florida Concierge	(561) 653-6362 Ext. 7043 dennis.ashwood@bcbsfl.com
Hospital for Special Surgery HSS	(561) 657-4581 HSS4TheBreakers@hss.edu
The Breakers Wellness Clinic Operated by Marquee Health Health Coach - Chad Pierre On-site Mental Health Counselor - Alejandra Mejia	(561) 650-6976 Ext. 6976 thebreakerswellnessclinic@mywellportal.com thebreakers.com/wellnessclinic
Dental Insurance Cigna	(800) 244-6224 mycigna.com
Vision Insurance VSP	(800) 877-7195 vsp.com
Flexible Spending Account Employee Benefits Corporation	(800) 346-2126 ebcflex.com
Basic and Voluntary Life and AD&D, Short Term Disability and Long Term Disability Insurance The Hartford	(800) 523-2233 thehartford.com/resources/employeechoice
Voluntary Benefits - Hospital Indemnity, Accident Insurance and Critical Illness with Cancer Coverage The Hartford	(800) 523-2233 thehartford.com/resources/employeechoice
Employee Assistance Program BHS	(800) 327-2251 portal.bhsonline.com (ID: THEBREAKERS)
401(k) Savings Plan T. Rowe Price	(800) 922-9945 troweprice.com
Financial Wellness Program Maressa Etzig - SageView Advisory Group	(561) 284-0699 metzig@sageviewadvisory.com
Life and Care Insurance Trustmark	(866) 813-7192 x3 trustmarkvb.com
Health and Wellness Membership Program Beyond Med	(844) 267-6192 beyondmedplans.com
Legal Services Preferred Legal	(888) 577-3476 preferredlegal.com
Identity Theft Protection Allstate ID Protection	(800) 789-2720 myaip.com
Pet Insurance Nationwide	(800) 540-2016 petinsurance.com/thebreakers
Back-Up Care Advantage Program Bright Horizons	(877) 242-2737 backup.brighthorizons.com
Caregiving Management Services Motivity Care	(844) 424-2021 info@motivitycare.com
Cara Striluk Benefits Services Manager	(561) 653-6661 cara.striluk@thebreakers.com
Jewel Lepoff Benefits Services Specialist	(561) 653-6646 jewel.lepoff@thebreakers.com
Stephanie Twohill Benefits Services Coordinator	(561) 653-6362, ext. 7510 stephanie.twohill@thebreakers.com

If you would like to receive the compliance notices translated, please contact the Benefits Team at benefits@thebreakers.com.

Medicare Part D
Creditable Coverage Notice

Important Notice from The Breakers of Palm Beach, Inc.
About Your Prescription Drug Coverage and Medicare

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with The Breakers of Palm Beach, Inc. and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether or not you want to join a Medicare drug plan. If you are considering joining, you should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

There are two important things you need to know about your current coverage and Medicare's prescription drug coverage:

1. **Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.**
2. **The Breakers of Palm Beach, Inc. has determined that the prescription drug coverage offered by the medical plan is, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is therefore considered Creditable Coverage. Because your existing coverage is Creditable Coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan.**

When Can You Join A Medicare Drug Plan?
You can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare and each year from October 15th to December 7th. However, if you lose your current creditable prescription drug coverage, through no fault of your own, you will also be eligible for a two (2) month Special Enrollment Period (SEP) to join a Medicare drug plan.

What Happens To Your Current Coverage If You Decide to Join A Medicare Drug Plan?
If you decide to join a Medicare drug plan while enrolled in The Breakers of Palm Beach, Inc. coverage as an active employee, please note that you're The Breakers of Palm Beach, Inc. coverage will be the primary payer for your prescription drug benefits and Medicare will pay secondary. As a result, the value of your Medicare prescription drug benefits may be significantly reduced. Medicare will usually pay primary for your prescription drug benefits if you participate in The Breakers of Palm Beach, Inc. coverage as a former employee.

You may also choose to drop your The Breakers of Palm Beach, Inc. coverage. If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your current The Breakers of Palm Beach, Inc. coverage, be aware that you and your dependents may not be able to get this coverage back.

When Will You Pay A Higher Premium (Penalty) To Join A Medicare Drug Plan?
You should also know that if you drop or lose your current coverage with The Breakers of Palm Beach, Inc. and don't join a Medicare drug plan within 63 continuous days after your current coverage ends, you may pay a higher premium (a penalty) to join a Medicare drug plan later.

If you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage, your monthly premium may go up by at least 1% of the Medicare base beneficiary premium per month for every month that you did not have that coverage. For example, if you go nineteen months without creditable coverage, your premium may consistently be at least 19% higher than the Medicare base beneficiary premium. You may have to pay this higher premium (a penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following October to join.

For More Information About This Notice Or Your Current Prescription Drug Coverage…

Contact the person listed below for further information. **NOTE:** You'll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through The Breakers of Palm Beach, Inc. changes. You also may request a copy of this notice at any time.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage…

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the "Medicare & You" handbook. You'll get a copy of the handbook in the mail every year from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug plans.

For more information about Medicare prescription drug coverage:

- Visit www.medicare.gov
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the "Medicare & You" handbook for their telephone number) for personalized help
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Remember: Keep this Creditable Coverage notice. If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and, therefore, whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).

Date: 4/25/2025
Name of Entity/Sender: The Breakers of Palm Beach, Inc.
Contact-Position/Office: Cara Striluk
Address: One South County Road, Palm Beach, FL 33480
Phone Number: 561-653-6661

HIPAA Special Enrollment Rights Notice

If you are declining enrollment in The Breakers of Palm Beach, Inc. group health coverage for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing toward your or your dependents' other coverage). However, you must request enrollment within 30 days or any longer period that applies under the plan after your or your dependents' other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must request enrollment within 30 days or any longer period that applies under the plan after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

Finally, you and/or your dependents may have special enrollment rights if coverage is lost under Medicaid or a State health insurance ("CHIP") program, or when you and/or your dependents gain eligibility for state premium assistance. You have 60 days from the occurrence of one of these events to notify the company and enroll in the plan.

To request special enrollment or obtain more information, contact:

Cara Striluk
561-653-6661
benefits@thebreakers.com

Women's Health Cancer Rights Act (WHCRA) Notice

Do you know that your Plan, as required by the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA), provides benefits for mastectomy-related services including all stages of reconstruction and surgery to achieve symmetry between the breasts, prostheses, and complications resulting from a mastectomy, including lymphedema?

These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan. If you would like more information on WHCRA benefits, contact your plan administrator.

Plan 1: Standard Plan - Higher Deductible (Individual: 20% coinsurance and $1,500 deductible; Family: 20% coinsurance and $3,000 deductible)

Plan 2: Deluxe Plan - Low Deductible (Individual: 10% coinsurance and $1,000 deductible; Family: 10% coinsuranceand $2,000 deductible)

Plan 3: Choice Plan (Individual: 10% coinsurance and $1,000 deductible; Family: 10% coinsurance and $2,000 deductible)
If you would like more information on WHCRA benefits, please call your Plan Administrator at (561) 653-6661 or
benefits@thebreakers.com.

Newborns' and Mothers' Health Protection Act (NMHPA) Notice

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under Federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a provider obtain authorization from the plan or the insurance issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours).

New Health Insurance Marketplace Options and Your Health Coverage

Form Approved
OMB No. 1210-0149
(expires 12-31-2026)

Part A: General Information
Even if you are offered health coverage through your employment, you may have other coverage options through the Health Insurance Marketplace ("Marketplace"). To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the Health Insurance Marketplace and health coverage offered through your employment.

What is the Health Insurance Marketplace?
The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers "one-stop shopping" to find and compare private health insurance options in your geographic area.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?
You may qualify to save money and lower your monthly premium and other out-of-pocket costs, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that is not considered affordable for you and doesn't meet certain minimum value standards (discussed below). The savings that you're eligible for depends on your household income. You may also be eligible for a tax credit that lowers your costs.

Does Employment Based Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?
Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that is considered affordable for you and meets certain minimum value standards, you will not be eligible for a tax credit, or advance payment of the tax credit, for your Marketplace coverage and may wish to enroll in your employment-based health plan. However, you may be eligible for a tax credit, and advance payments of the credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing, if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that is considered affordable for you or meet minimum value standards. If your share of the premium cost of all plans offered to you through your employment is more than 9.12%[1] of your annual household income, or if the coverage through your employment does not meet the "minimum value" standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit, and advance payment of the credit, if you do not enroll in the employment-based health coverage. For family members of the employee, coverage is considered affordable if the employee's cost of premiums for the lowest-cost plan that would cover all family members does not exceed 9.12% of the employee's household income.[12]

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered through your employment, then you may lose access to whatever the employer contributes to the employment-based coverage. Also, this employer contribution -as well as your employee contribution to employment-based coverage- is generally excluded from income for federal and state income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis. In addition, note that if the health coverage offered through your employment does not meet the affordability or minimum value standards, but you accept that coverage anyway, you will not be eligible for a tax credit. You should consider all of these factors in determining whether to purchase a health plan through the Marketplace.

1 Indexed annually; see https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf for 2023.
2 An employer-sponsored or other employment-based health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs. For purposes of eligibility for the premium tax credit, to meet the "minimum value standard," the health plan must also provide substantial coverage of both inpatient hospital services and physician services.

When Can I Enroll in Health Insurance Coverage through the Marketplace?
You can enroll in a Marketplace health insurance plan during the annual Marketplace Open Enrollment Period. Open Enrollment varies by state but generally starts November 1 and continues through at least December 15.

Outside the annual Open Enrollment Period, you can sign up for health insurance if you qualify for a Special Enrollment Period. In general, you qualify for a Special Enrollment Period if you've had certain qualifying life events, such as getting married, having a baby, adopting a child, or losing eligibility for other health coverage. Depending on your Special Enrollment Period type, you may have 60 days before or 60 days following the qualifying life event to enroll in a Marketplace plan.

There is also a Marketplace Special Enrollment Period for individuals and their families who lose eligibility for Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage on or after March 31, 2023, through July 31, 2024. Since the onset of the nationwide COVID-19 public health emergency, state Medicaid and CHIP agencies generally have not terminated the enrollment of any Medicaid or CHIP beneficiary who was enrolled on or after March 18, 2020, through March 31, 2023. As state Medicaid and CHIP agencies resume regular eligibility and enrollment practices, many individuals may no longer be eligible for Medicaid or CHIP coverage starting as early as March 31, 2023. The U.S. Department of Health and Human Services **is offering a temporary Marketplace Special Enrollment period to allow these individuals to enroll in Marketplace coverage.**

Marketplace-eligible individuals who live in states served by HealthCare.gov and either- submit a new application or update an existing application on HealthCare.gov between March 31, 2023 and July 31, 2024, and attest to a termination date of Medicaid or CHIP coverage within the same time period, are eligible for a 60-day Special Enrollment Period. **That means that if you lose Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023, and July 31, 2024, you may be able to enroll in Marketplace coverage within 60 days of when you lost Medicaid or CHIP coverage.** In addition, if you or your family members are enrolled in Medicaid or CHIP coverage, it is important to make sure that your contact information is up to date to make sure you get any information about changes to your eligibility. To learn more, visit HealthCare.gov or call the Marketplace Call Center at 1-800-318-2596. TTY users can call 1-855-889-4325.

What about Alternatives to Marketplace Health Insurance Coverage?
If you or your family are eligible for coverage in an employment-based health plan (such as an employer-sponsored health plan), you or your family may also be eligible for a Special Enrollment Period to enroll in that health plan in certain circumstances, including if you or your dependents were enrolled in Medicaid or CHIP coverage and lost that coverage. Generally, you have 60 days after the loss of Medicaid or CHIP coverage to enroll in an employment-based health plan, but if you and your family lost eligibility for Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023 and July 10, 2023, you can request this special enrollment in the employment-based health plan through September 8, 2023. Confirm the deadline with your employer or your employment-based health plan.

Alternatively, you can enroll in Medicaid or CHIP coverage at any time by filling out an application through the Marketplace or applying directly through your state Medicaid agency. Visit https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting- medicaid-chip/ for more details.

How Can I Get More Information?
For more information about your coverage offered through your employment, please check your health plan's summary plan description or contact your benefits administrator.

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit **HealthCare.gov** for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.

PART B: Information About Health Coverage Offered by Your Employer
This section contains information about any health coverage offered by your employer. If you decide to complete an application for coverage in the Marketplace, you will be asked to provide this information. This information is numbered to correspond to the Marketplace application.

3. Employer Name	4. Employer Identification Number (EIN)	
The Breakers of Palm Beach, Inc.	59-0246320	
5. Employer address	**6. Employer phone number**	
One South County Road	561-653-6661	
7. City	**8. State**	**9. Zip code**
Palm Beach	FL	33480

10. Who can we contact about employee health coverage at this job?

Cara Striluk

11. Phone number (if different from above)	12. Email address
	benefitsf@thebreakers.com

Here is some basic information about health coverage offered by this employer:

- As your employer, we offer a health plan to:

  ☐ All employees.

  ☑ Some employees. Eligible employees are:

  - Employees working 30 or more hours per week

- With respect to dependents:

  ☑ We do offer coverage. Eligible dependents are:

  - Spouse or domestic partner and children up to age 26 or 30, if they qualify

  ☐ We do not offer coverage.

☑ If checked, this coverage meets the minimum value standard, and the cost of this coverage to you is intended to be affordable, based on employee wages.

** Even if your employer intends your coverage to be affordable, you may still be eligible for a premium discount through the Marketplace. The Marketplace will use your household income, along with other factors, to determine whether you may be eligible for a premium discount. If, for example, your wages vary from week to week (perhaps you are an hourly employee or you work on a commission basis), if you are newly employed mid-year, or if you have other income losses, you may still qualify for a premium discount. If you decide to shop for coverage in the Marketplace, **HealthCare.gov** will guide you through the process.

Here's the employer information you'll enter when you visit **HealthCare.gov** to find out if you can get a tax credit to lower your monthly premiums.

Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you're eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren't eligible for Medicaid or CHIP, you won't be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit **www.healthcare.gov**.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or **www.insurekidsnow.gov** to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren't already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at **www.askebsa.dol.gov** or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of March 17, 2025. Contact your State for more information on eligibility –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid	ARKANSAS – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
CALIFORNIA – Medicaid	**COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)**	**FLORIDA – Medicaid**
Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov	Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website:https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid	IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: 678-564-1162, Press 2	Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Family and Social Services Administration Phone: 1-800-403-0864 Member Services Phone: 1-800-457-4584	Medicaid Website: Iowa Medicaid | Health & Human Services Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Health & Human Services Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) | Health & Human Services (iowa.gov) HIPP Phone: 1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid	**KENTUCKY – Medicaid**	**LOUISIANA – Medicaid**
Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660	Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	**MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP**	**MINNESOTA – Medicaid**
Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Website:https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com	Website: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Phone: 1-800-657-3672
MISSOURI – Medicaid	**MONTANA – Medicaid**	**NEBRASKA – Medicaid**
Website:http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005	Website:http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HHSHIPPProgram@mt.gov	Website:http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	**NEW HAMPSHIRE – Medicaid**	**NEW JERSEY – Medicaid and CHIP**
Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Phone: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392 Website:http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NEW YORK – Medicaid	NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Website:https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831	Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100	Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	**OREGON – Medicaid and CHIP**	**PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP**
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website:http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075	Website:https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)
RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP	**SOUTH CAROLINA – Medicaid**	**SOUTH DAKOTA - Medicaid**
Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)	Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	**UTAH – Medicaid and CHIP**	**VERMONT– Medicaid**
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Website:https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov Phone: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Website: https://chip.utah.gov/	Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid and CHIP	**WASHINGTON – Medicaid**	**WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP**
Website:https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select OR https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924	Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP	**WYOMING – Medicaid**	
Website:https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website:https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269	

To see if any other states have added a premium assistance program since March 17, 2025, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137 (expires 1/31/2026)

: 561-653-6646

EEOC Wellness Program Notice

Notice Regarding Wellness Program

The Breakers Palm Beach, Inc. is a voluntary wellness program available to all employees. The program is administered according to federal rules permitting employer-sponsored wellness programs that seek to improve employee health or prevent disease, including the Americans with Disabilities Act of 1990, the Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008, and the Health Insurance Portability and Accountability Act, as applicable, among others. If you choose to participate in the wellness program you will be asked to complete a voluntary health risk assessment or "HRA" that asks a series of questions about your health-related activities and behaviors and whether you have or had certain medical conditions (e.g., cancer, diabetes, or heart disease). You will also be asked to complete a biometric screening, which will include a blood test. You are not required to complete the HRA or to participate in the blood test or other medical examinations.

However, employees who choose to participate in the wellness program will receive an incentive. Although you are not required to complete the HRA or participate in biometric screening, only employees who do so will receive the incentive.

Additional incentives may be available for employees who participate in certain health-related activities or achieve certain health outcomes. If you are unable to participate in any of the health-related activities or achieve any of the health outcomes required to earn an incentive, you may be entitled to a reasonable accommodation or an alternative standard. You may request a reasonable accommodation or an alternative standard by contacting the Plan Administrator.

The information from your HRA and the results from your biometric screening will be used to provide you with information to help you understand your current health and potential risks

and may also be used to offer you services through the wellness program. You also are encouraged to share your results or concerns with your own doctor.

Protections from Disclosure of Medical Information
We are required by law to maintain the privacy and security of your personally identifiable health information. Although the wellness program and The Breakers Palm Beach, Inc. may use aggregate information it collects to design a program based on identified health risks in the workplace, The Breakers Palm Beach, Inc. will never disclose any of your personal information either publicly or to the employer, except as necessary to respond to a request from you for a reasonable accommodation needed to participate in the wellness program, or as expressly permitted by law. Medical information that personally identifies you that is provided in connection with the wellness program will not be provided to your supervisors or managers and may never be used to make decisions regarding your employment.

Your health information will not be sold, exchanged, transferred, or otherwise disclosed except to the extent permitted by law to carry out specific activities related to the wellness program, and you will not be asked or required to waive the confidentiality of your health information as a condition of participating in the wellness program or receiving an incentive. Anyone who receives your information for purposes of providing you services as part of the wellness program will abide by the same confidentiality requirements. The only individual(s) who will receive your personally identifiable health information is (are) "a registered nurse," "a doctor," or "a health coach" in order to provide you with services under the wellness program.

In addition, all medical information obtained through the wellness program will be maintained separate from your personnel records, information stored electronically will be encrypted, and no information you provide as part of the wellness program will be used in making any employment decision. Appropriate precautions will be taken to avoid any data breach, and in the event a data breach occurs involving information you provide in connection with the wellness program, we will notify you immediately.

You may not be discriminated against in employment because of the medical information you provide as part of participating in the wellness program, nor may you be subjected to retaliation if you choose not to participate.

If you have questions or concerns regarding this notice, or about protections against discrimination and retaliation, please contact the Plan Administrator.

HIPAA Wellness Program Reasonable Alternative Standards Notice

Your group health plan is committed to helping you achieve your best health. Rewards for participating in a wellness program are available to all eligible employees. If you think you might be unable to meet a standard for a reward under this wellness program, you might qualify for an opportunity to earn the same reward by different means. Contact us at benefits@thebreakers.com or 561-653-6661 and we will work with you (and, if you wish, with your doctor) to find a wellness program with the same reward that is right for you in light of your health status.

HIPAA Notice of Availability of Notice of Privacy Practices

The Breakers of Palm Beach, Inc. (Plan) maintains a Notice of Privacy Practices that provides information to individuals whose protected health information (PHI) will be used or maintained by the Plan. If you would like a copy of the Plan's Notice of Privacy Practices, please contact Cara Striluk at benefits@thebreakers.com or 561-653-6661. The full Notice is available on the Benefits Hub website at wwwthebreakers.com/benefits.

Contact Information

If you have any questions about this Notice or about our privacy practices, please contact the Breakers of Palm Beach Inc. HIPAA Privacy Officer:

The Breakers of Palm Beach, Inc.
Attention: HIPAA Privacy Officer
Cara Striluk
benefits@thebreakers.com
561-653-6661
One South County Road, Palm Beach, FL 33480

La información que contiene esta guía es un resumen de los beneficios que tiene a su disposición y no pretende sustituir los Certificados para los miembros ni los Resúmenes de beneficios oficiales de las compañías aseguradoras. En esta guía se ofrece una descripción general de los beneficios a los que usted y sus dependientes pueden tener derecho como empleado a tiempo completo. Esta guía no modifica ni interpreta de ningún otro modo los términos de los documentos oficiales del plan. En la medida en que la información contenida en esta guía no concuerde con los documentos oficiales del plan, las disposiciones de los documentos oficiales regirán en todos los casos y prevalecerán los documentos del plan y los certificados de la aseguradora.

En esta guía se resaltan los cambios recientes en el diseño del plan y se pretende que cumpla plenamente con los requisitos de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (“ERISA”) como un Resumen de modificaciones sustanciales y debe conservarse junto con el Resumen de la descripción del plan más reciente. El Resumen de la descripción del plan puede consultarse en SmartBen.

The Breakers se reserva el derecho, a su entera y absoluta discreción, de corregir, modificar o rescindir, total o parcialmente, alguna de las disposiciones de los planes de beneficios o todas ellas.