



Empleados Exentos de EE. UU

Beneficios del 2024 en resumen (Actualizado: marzo de 2024)

Todos los beneficios son efectivos a partir de la fecha de contratación, a menos que se indique específicamente.

MÉDICO (no aplica a empleados en Puerto Rico; Kaiser, Group Health y HMO Hawaii también están disponibles en ciertas ubicaciones)

- Dos redes de planes médicos nacionales para elegir: Cigna o Horizon Blue Cross/Blue Shield
- Diseño de plan con deducible alto y Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA)
- Máximo vitalicio: Ninguno
- Deducible dentro de la red: \$1,700 individual, \$3,400 familiar
- Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red:
 - Para un salario anual de \$50,000 o menos: cobertura individual de \$2,900, cobertura familiar de \$5,800
 - Para un salario anual superior a \$50,000: cobertura individual de \$4,400, cobertura familiar de \$8,800
- Coaseguro dentro de la red: 20% después del deducible
- Atención preventiva dentro de la red: Cubierta al 100%
 - Todos los medicamentos genéricos preventivos están cubiertos al 100%.
- Límite de costos para medicamentos dentro de la red después de cumplir con el deducible: \$200 en farmacias, \$400 por correo
- Para brindarle un mejor apoyo al tomar decisiones importantes sobre su atención médica, le recomendamos que participe en el programa de apoyo a la toma de decisiones quirúrgicas de Medical Ally cuando esté considerando una cirugía de reemplazo de cadera, reemplazo de rodilla, histerectomía, cirugía de espalda baja o cirugía bariátrica/pérdida de peso. Si su médico recomienda estas cirugías, es posible que califique para recibir una tarjeta prepagada de \$400* solo por obtener más información sobre las opciones de tratamiento
- Cobertura fuera de la red proporcionada: consulte la documentación completa del plan para obtener más detalles.

Costo de cobertura Costo mensual promedio para empleados que ganan menos de \$100,000	Costo mensual promedio para empleados que ganan \$100,000 - menos de \$200,000	Costo mensual promedio para empleados que ganan \$200,000 - menos de \$300,000	Costo mensual promedio para empleados que ganan \$300,000 o más
Empleado solamente: \$140 Empleado + Cónyuge: \$323 Empleado + Hijos: \$267 Familia: \$440	Empleado solamente: \$199 Empleado + Cónyuge: \$499 Empleado + Hijos: \$382 Familia: \$628	Empleado solamente: \$267 Empleado + Cónyuge: \$704 Empleado + Hijos: \$514 Familia: \$840	Empleado solamente: \$375 Empleado + Cónyuge: \$1,020 Empleado + Hijos: \$750 Familia: \$1,214

Las tarifas anteriores son estimaciones y variarán según la ubicación geográfica del empleado en Estados Unidos y la selección del plan médico

VISIÓN

- Los empleados tienen tres opciones de visión con diferentes niveles de cobertura (Base, Premier, Premier Plus)
- Los empleados que no estén inscritos en el plan médico pueden inscribirse en la cobertura de visión

Costo de la cobertura: Costo mensual aproximado para la visión

Empleado solamente: \$3 - \$10 | Familia: \$11 - \$32

DENTAL

Opciones de Plan PPO: Destacados del Plan en la Red de Proveedores Preferidos (PPO):

	MetLife PDP Plus	MetLife PDP Plus Premier
Deducible	\$100 por persona / \$250 por familia	
Beneficio Máximo	\$1,000 por persona	\$1,500 por persona
Diagnóstico y Prevención	Cubierto al 100%	
Restauración Básica (empastes, extracciones)	Cubierto al 60%	Cubierto al 70%
Restauración Mayor (puentes, dentaduras)	Cubierto al 30%	Cubierto al 50%
Ortodoncia - Niño	Cubierto al 50% \$1,000 por persona (además del beneficio máximo / año calendario)	Cubierto al 50% \$1,500 por persona (beneficio / año calendario)

Opción Cigna DHMO disponible en algunas ubicaciones

- Sin deducible y sin beneficio máximo
- Diagnóstico y Prevención: 100%
- Restauraciones Básicas: 100%
- **Sin cobertura fuera de la red: Solo puedes recibir atención de proveedores de DHMO**

Costo de cobertura: Costo mensual para el seguro dental

	Cigna DHMO	MetLife PDP Plus	MetLife PDP Plus Premier
Solo empleado	\$24	\$27	\$37
Empleado + Cónyuge	\$45	\$58	\$78
Empleado + Hijos	\$ 73	\$58	\$79
Familia	\$87	\$98	\$133

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

- Si te inscribes en el Plan Médico de Honeywell, puedes optar por contribuir a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) con el Bank of America
- Las contribuciones máximas anuales permitidas por el IRS para una HSA en 2024 son de \$4,150 para cobertura individual y \$8,300 para cobertura familiar
- Si tienes 55 años o más antes del 31 de diciembre de 2024, puedes realizar una contribución adicional anual de recuperación de \$1,000
- A partir del 1 de enero de 2024, Honeywell contribuirá con \$200 para todos los empleados inscritos con un salario anual de hasta \$50,000 que sean elegibles para contribuir a una HSA*

*Las contribuciones del empleador a la HSA solo están disponibles para los empleados inscritos en el Plan Médico de Honeywell. Esto no se aplica a los empleados asalariados y por hora de FM&T

CUENTAS DE GASTOS LIMITADOS DE SALUD (LPFSA) Y DE CUIDADO DEPENDIENTE (DCSA)

- La LPFSA te permite apartar dinero de tu salario antes de impuestos para ser utilizado únicamente en gastos **dentales y de visión elegibles**
- La Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes te permite apartar dinero de tu salario antes de impuestos para ser utilizado en gastos elegibles de cuidado de dependiente
- Se aplican límites de contribución

Costo de la Cobertura - Basado en la Elección del Empleado

Beneficio de Transporte (Los empleados de Federal Manufacturing & Technologies, LLC no son elegibles)

- El Beneficio de Transporte proporciona la oportunidad de ahorrar al comprar pases y vales de transporte público calificados y estacionamiento con dólares antes de impuestos. El Beneficio de Transporte brinda la oportunidad de ahorrar al comprar pases y vales de transporte público y estacionamiento calificados con dólares antes de impuestos.

Costo de la Cobertura - Basado en la Elección del Empleado

HEALTHRESOURCE

- Recursos de apoyo para la toma de decisiones médicas para empleados y miembros de la familia, incluyendo asesoramiento para necesidades de salud como enfermedades crónicas, cesación del tabaquismo, manejo del peso y más.
 - Programa de Asistencia al Empleado (EAP)
- Recursos de apoyo para la toma de decisiones médicas para empleados y miembros de la familia,
Costo de la cobertura: 100% pagado por la empresa 0% Pagado por la Compañía

SEGURO DE VIDA BÁSICO¹ ve

- 1 vez el salario base anual: 100% Pagado por la N

Costo de la cobertura: 100% pagado por la empresa 0% Pagado por la Compañía

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL DE GRUPO

- Hasta 8 veces el salario base anual para el empleado Hasta 8 veces el salario base anual para el empleado
- Hasta 4 veces el salario base anual para su cónyuge Hasta 4 veces el salario base anual para el cónyuge

- Seguro a término disponible para niños
- Usted o su cónyuge pueden estar sujetos a Prueba de Asegurabilidad si están por encima del límite de emisión garantizado

Costo de cobertura: 100% pagado por el empleado (varía según la edad, nivel de cobertura y estado de tabaquismo)

MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

- 1.5 veces el salario base anual (con opción de adquirir cobertura adicional) **Costo de cobertura: 100% pagado por la empresa**

SEGURO DE ACCIDENTES EN VIAJES DE NEGOCIOS

- Hasta 5 veces el salario base anual
- Costo de cobertura: 100% pagado por la empresa**

TIEMPO POR ENFERMEDAD E INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

- TIEMPO POR ENFERMEDAD: 56 horas de licencia por enfermedad remunerada por año calendario (los empleados en algunas ubicaciones pueden recibir más de 56 horas según las leyes locales)
- INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD): Se proporciona el 100% del salario base anual durante 8 semanas y el 70% del salario base anual durante las semanas 9-26 (menos la discapacidad estatal, si corresponde) para ausencias debido a una discapacidad no relacionada con el trabajo, hasta 26 semanas

Costo de la Cobertura: 100% Pagado por la Empresa

Incapacidad a Largo Plazo

- El 60% del salario base anual (o el salario base anual opcional más el pago variable para aquellos elegibles para el MIP), después de que termine la incapacidad a corto plazo

Costo de la Cobertura: 100% Pagado por la Empresa (\$.306 per \$100 of pay)**

Asistencia Educativa

- Si es elegible, hasta \$5,250 al año para programas de licenciatura y \$7,500 para programas de posgrado
- Aplicable para programas relacionados con ingeniería, tecnología y negocios en instituciones educativas acreditadas por una organización miembro del Consejo de Comisiones Regionales de Acreditación (www.c-rac.org).

Costo de la Cobertura: 100% Pagado por la Empresa

PLAN DE AHORRO 401K

- Puede comenzar a participar en el plan tan pronto como sea administrativamente posible después de su fecha de contratación (generalmente dentro de las dos semanas). Debe hacer una elección afirmativa para comenzar a participar.
- En general, puede optar por diferir contribuciones Pre-Tax, After-Tax y Roth.
- Honeywell iguala el 87.5% de los primeros 8% de sueldo elegible que usted contribuye.
- La igualación se realizará anualmente en una suma global antes de finales de enero siguiente al año calendario en el que usted contribuya.

- Para ser elegible para cualquier igualación para un año determinado, generalmente los participantes deben permanecer empleados activamente por Honeywell hasta el 15 de diciembre de ese año.
- Las contribuciones de igualación de Honeywell generalmente se vuelven completamente adquiridas después de completar tres años de servicio adquirido.

VACACIONES Y DÍAS FESTIVOS (no aplica a empleados de Federal Manufacturing & Technologies, LLC)

- El tiempo de vacaciones se puede programar con la aprobación del gerente en función de las prioridades comerciales y las necesidades personales, sin límites preestablecidos (no aplica a los empleados que trabajan en California antes del 1 de enero de 2017)
- Todos los sitios en Estados Unidos tendrán 12 días libres por días festivos (siete estándar y cinco establecidos por el SBG o el sitio)

LICENCIA POR MATERNIDAD/PATERNIDAD

- Ocho semanas (40 días hábiles) de licencia remunerada para enfocarse en la familia sin tener que tomar días de vacaciones. Esto se puede tomar de forma consecutiva o intermitente en incrementos de 10 días hábiles (2 semanas). Esta licencia debe ser utilizada de manera continua dentro de los 12 meses posteriores a un nacimiento, adopción o colocación en cuidado de crianza.
- La licencia por maternidad/paternidad se lleva a cabo de manera consecutiva con la licencia por incapacidad a corto plazo para las madres biológicas.

DESCUENTOS PARA EMPLEADOS

- Elegible para descuentos en muchos productos de Honeywell y otros proveedores de servicios/venta al por menor.

PLAN DE PENSIONES

- Los nuevos empleados o los empleados recontractados no participan en un plan de pensiones de beneficio definido de Honeywell para servicios futuros o ganancias bajo ninguna fórmula de pensión
- Si eres un empleado recontractado con un beneficio de pensión definido de Honeywell basado en empleos anteriores, solo se te acreditará el servicio de adquisición con fines de adquisición y elegibilidad para jubilación anticipada, si corresponde
- **No se hacen excepciones a esta regla**

Este documento resume las características principales de los planes de beneficios para empleados y otros programas y servicios de Honeywell, y puede no aplicarse a los empleados que están cubiertos por un acuerdo de negociación colectiva.

Este documento hace referencia a los términos de ciertos planes y programas de beneficios para empleados proporcionados por Honeywell International Inc. y sus afiliadas ("planes"). Nada en este documento crea el derecho de estar cubierto bajo dichos planes. En caso de cualquier conflicto entre los planes y este documento, o cualquier declaración oral o escrita hecha por un supervisor, recursos humanos u otro representante, el documento legal del plan correspondiente será el que prevalezca. Honeywell se reserva el derecho de modificar, enmendar o terminar los planes en cualquier momento y por cualquier motivo, tanto para empleados actuales como antiguos y sus dependientes.

*** Las tarifas de FM&T pueden ser diferentes.

*Para ser elegible, debes comunicarte con un Aliado Médico para una de las cirugías electivas mencionadas y completar una encuesta. Debes comenzar el programa al menos 30 días antes de la fecha planificada de la cirugía. Los procedimientos de emergencia no califican para el incentivo y pueden aplicarse otras restricciones.