



## Empleados no Exentos de EE. UU. (solo no sindicalizados) Beneficios del 2024 de un vistazo (Actualizado: diciembre de 2023)

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 de Salud (HSA)
- Máximo vitalicio: Ninguno
- Deducible en la red: \$1,700 individual, \$3,400 familiar
- Máximo de gastos de bolsillo en 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
- Copago en la red: 20% después del deducible
- Cuidado preventivo en la red: Cubierto al 100%
  - Cuidado preventivo en la red: Cubierto al 100%
- Límite de costos para medicamentos en la red después de cumplir con el deducible: \$200 en farmacia, \$400 por correo
- Para brindarte un mejor apoyo al tomar decisiones importantes sobre tu salud, te animamos a participar en el programa de Apoyo a la Toma de Decisiones Quirúrgicas de Medical Ally cuando consideres una cirugía de reemplazo de cadera, reemplazo de rodilla, histerectomía, cirugía de espalda baja o cirugía bariátrica/pérdida de peso. Si tu médico recomienda estas cirugías, es posible que califiques para recibir una tarjeta prepagada de \$400\* solo por obtener más información sobre tus opciones de tratamiento.
- Cobertura fuera de la red proporcionada: consulta 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
<b>Deducible</b>	\$100 por persona / \$250 por familia	
<b>Beneficio Máximo</b>	\$1,000 por persona	\$1,500 por persona
<b>Diagnóstico y Prevención</b>	Cubierto al 100%	
<b>Restauración Básica (empastes)</b>	Cubierto al 60%	Cubierto al 70%
<b>Restauración Mayor (puentes)</b>	Cubierto al 30%	Cubierto al 50%
<b>Ortodoncia - Niño</b>	Cubierto al 50% \$1,000 por persona (además del beneficio máximo / año calendario)	Cubierto al 50% \$1,500 por persona (además del beneficio máximo / año calendario)

### Opción Cigna DHMO disponible en algunas ubicaciones

- Sin deducible y sin beneficio máximo
- Diagnóstico y Prevención: 100%
- Restauraciones Básicas: 100%
- **Solo puedes recibir atención de proveedores de DHMO (no hay cobertura fuera de la red).**

### Costo de cobertura: Costo mensual para el seguro dental

	Cigna DHMO	MetLife PDP Plus	MetLife PDP Plus Premier
<b>Solo empleado</b>	\$24	\$27	\$37
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$45	\$58	\$78
<b>Empleado + Hijos</b>	\$73	\$58	\$79
<b>Familia</b>	\$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

## 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.

**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)

**Costo de la cobertura:** 100% pagado por la empresa

## SEGURO DE VIDA BÁSICO

- 1 vez el salario base anual

**Costo de la cobertura:** 100% pagado por la empresa

## SEGURO DE VIDA UNIVERSAL DE GRUPO

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

**Cost of Coverage** – 100% Employee Paid (varies based on age, coverage level, and tobacco status)

## 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](http://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)

- Todos los sitios de EE. UU. tendrán 12 días libres por feriados (siete feriados estándar y cinco establecidos por el SBG o el sitio)
- Los empleados no exentos tienen un calendario de vacaciones estandarizado basado en años de servicio

Full Years of Service	Hours of Paid Vacation
0-4	80 (10 Days)
5-14	120 (15 Days)
15-19	160 (20 Days)
20-29	200 (25 Days)
30+	240 (30 Days)

Vacation may be taken under this Policy in one (1) hour increments.

## 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.

\*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.

\*\* Las tarifas de FM&T pueden variar