

Formulario de Inscripción Abierta Para Empleados Craft No Sindicalizados de Pinnacle Prestress 2026

(Período Anual de Inscripción Abierta Oct. 27 – Nov. 14, 2025)

Use este formulario **SOLO** para los cambios de **Inscripción Abierta Anual**. Tendrán vigencia de 1/1/2026. Para cualquier otro cambio (ej., elecciones de nuevos empleados), use el formulario regular.

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido

Primer y Segundo Nombre

Número de Nomina o Seguro Social

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Número de Teléfono

2. COBERTURA MÉDICA BAJO EL PLAN CRAFT CON UNITEDHEALTHCARE (ELIJA UNA CASILLA)

☐ Solo Empleado

☐ Empleado + Hijo(as)

☐ Empleado + Cónyuge/ Pareja De Hecho Registrada

☐ Familia

☐ No Quiero Cobertura

3. COBERTURA DENTAL CON DELTA DENTAL OF NEBRASKA (ELIJA UNA CASILLA)

☐ Solo Empleado

☐ Empleado + Hijo(as)

☐ Empleado + Cónyuge/ Pareja De Hecho Registrada

☐ Familia

☐ No Quiero Cobertura

4. COBERTURA DE VISIÓN CON VSP (ELIJA UNA CASILLA)

☐ Solo Empleado

☐ Empleado + Hijo(as)

☐ Empleado + Cónyuge/ Pareja De Hecho Registrada

☐ Familia

☐ No Quiero Cobertura

5. INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

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

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

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

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

A) FSA para Atención Medica

☐ Elijo \$ _____ como mi contribución anual
(min. \$72, máx. \$3,300)

☐ No quiero FSA para Atención Medica

B) FSA para Gastos de Guardería

☐ Elijo \$ _____ como mi contribución anual
(min. \$72, máx. \$7,500)

☐ No quiero FSA para Gastos de Guardería

Updated: Sept. 2025

Pinnacle Prestress es una subsidiaria de Kiewit.

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

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

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

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

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

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

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

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

☐ Cónyuge (Legalmente Casado)	☐ Pareja Doméstica Registrada en cualquier corte con registro de parejas del gobierno estatal/local	☐ Pareja de derecho en común Registrada en cualquier corte del gobierno estatal/local	
Condado donde se casó o registro en la corte como pareja de hecho o doméstica	Ciudad donde se casó o registro en la corte como pareja de hecho o doméstica	Estado donde se casó o registro en la corte como pareja de hecho o doméstica	Fecha cuando se casó o registro en la corte como pareja de hecho o doméstica

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

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

También he leído sobre mis opciones de beneficios bajo el Plan de beneficios de Pinnacle Prestress. Autorizo las elecciones que he hecho y las deducciones de nómina necesarias para esos beneficios. Entiendo que estas opciones permanecerán vigentes durante todo el año calendario, a menos que tenga un cambio en de situación familiar calificativo. Además, si hago aportes a la Cuenta de Gastos para Atención Médica /Guardería, entiendo que los gastos deben realizarse en el mismo Año del Plan en que se hacen los depósitos y los fondos que quede después del cierre del Año del Plan se perderán.

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

<<<LA FORMA NO SERÁ PROCESADA SIN SU FIRMA>>>

9. DECLARACIÓN DE DEPENDIENTE FISCAL- (SOLO PAREJAS DOMESTICAS REGISTRADAS)

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

Marque el cuadro adecuado:

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

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

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

10. CÓMO DEVOLVER SU FORMA COMPLETA Y FIRMADA AL DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS

- | | | |
|---------------------------|---|--|
| • Por fax al 402-271-2965 | • Por correo electrónico a benefits@kiewit.com | • Mail to Pinnacle Prestress— Attn: Benefits
1550 Mike Fahey St., Omaha, NE 68102 |
|---------------------------|---|--|