

Employee FAQs Graham US



Introducción

Estas preguntas frecuentes brindan una descripción general de los próximos cambios en sus beneficios como parte de la iniciativa de armonización de beneficios. **Al tratarse de un año de inscripción activa, debe inscribirse en sus beneficios para 2027 durante el período de inscripción abierta.** Lea esta información detenidamente a fin de conocer sus opciones y los pasos que debe seguir para asegurarse de contar con la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades.

Aspectos generales

¿Cómo me inscribo en los beneficios?

La inscripción se puede completar en línea utilizando la actual plataforma de inscripción bswift. Recibirá comunicaciones con su información de inicio de sesión e instrucciones que lo guiarán a lo largo del proceso de inscripción. Sitio web de inscripción: grahamgroupus.bswift.com

¿Cuándo puedo elegir mis beneficios?

Puede elegir sus beneficios durante el período anual de inscripción abierta o dentro de los 30 días posteriores a un evento de vida que califique.

¿Cuándo es el período de inscripción abierta?

El período de inscripción abierta es del 2 al 13 de noviembre de 2026.

¿Cómo puedo ver mi prima?

Sus primas se muestran en bswift a medida que selecciona sus opciones, lo que le permite comparar los costos entre los distintos planes y niveles de cobertura. También puede consultar la tabla de tarifas para conocer más detalles.

¿Tengo que inscribirme?

Sí. La inscripción abierta para 2027 es una inscripción activa, lo que significa que debe realizar su selección de beneficios.

¿Qué es una inscripción activa?

Una inscripción activa significa que sus elecciones actuales de beneficios no se mantendrán para el año 2027. Debe seleccionar activamente su cobertura para 2027 a fin de contar con los beneficios.

¿Por qué la inscripción abierta es una inscripción activa?

Como el nuevo programa de beneficios reemplaza a los planes existentes, las elecciones actuales no se pueden renovar automáticamente. Los empleados deben elegir su cobertura de forma activa.

¿Qué pasa si no completo mi inscripción abierta?

Si no completa su inscripción, se lo inscribirá automáticamente en el Plan de salud con deducible alto (High-Deductible Health Plan, HDHP) 4K sin prima con cobertura solo para empleados. Las personas a cargo no se inscribirán automáticamente. No tendrá otra oportunidad de realizar cambios en su cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un evento de vida que califique.

¿Qué es un evento de vida que califica?

Un evento de vida que califica es un cambio significativo en su vida, como el matrimonio, el divorcio o el nacimiento de un hijo, que le permite realizar cambios en sus beneficios fuera del período de inscripción abierta.

¿La inscripción abierta seguirá siendo una inscripción activa en el futuro?

No. A partir de 2028, la inscripción será pasiva, lo que significa que sus elecciones se renovarán automáticamente cada año. Los planes de ahorro (FSA y HSA) seguirán requiriendo una elección anual.

¿Cómo se verá afectado el costo de mi prima?

El impacto en el costo de su prima dependerá de las opciones que elija durante el período de inscripción abierta. Puede consultar la hoja de tarifas que compara las tarifas actuales con las nuevas tarifas disponibles en el [sitio web de beneficios](http://www.grahambuilds.com/us-benefits/graham-us/) (www.grahambuilds.com/us-benefits/graham-us/).

¿Los empleados que se encuentran de licencia deben completar su inscripción en los beneficios?

Sí. Los empleados que se encuentran de licencia deben completar sus elecciones de beneficios durante el período de inscripción abierta, ya que el hecho de reincorporarse tras una licencia no se considera un evento de vida que califique. Los empleados que se encuentran de licencia recibirán la información de inscripción directamente.

¿Quiénes pueden acceder a los beneficios?

Todos los empleados asalariados y remunerados por hora que no estén afiliados a un sindicato y que trabajen como mínimo 30 horas a la semana tienen derecho a la cobertura de beneficios.

Planes médicos

¿Quién es el proveedor de los planes médicos?

El proveedor de los planes médicos seguirá siendo Regence Group Administrators (RGA) – Blue Cross Blue Shield, para los planes PPO y HDHP. En el caso del plan HMO, el proveedor será Kaiser.

¿Qué planes médicos se ofrecen?

Hay cuatro opciones de planes médicos:

- Plan de salud con deducible alto (High-Deductible Health Plan, HDHP) - 2K
- Plan de salud con deducible alto (High-Deductible Health Plan, HDHP) - 4K
- Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)
- Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) - Solo en California

¿Cuáles son los deducibles y los límites máximos de gastos de bolsillo de los planes médicos dentro de la red?

Plan	HDHP 2K	HDHP 4K	PPO	HMO
Deducible (Individual / Familiar)	\$2,000 / \$4,000	\$4,000 / \$8,000	\$1,500 / \$3,000	\$250 / \$500
Máximo de gastos de bolsillo (Individual / Familiar)	\$4,000 / \$8,000	\$8,000 / \$16,000	\$5,000 / \$10,000	\$1,500 / \$3,000

¿Cuál es la diferencia entre los planes HDHP 2K y HDHP 4K?

El plan HDHP 2K tiene deducibles y límites de gastos de bolsillo más bajos, con una prima mensual. El plan HDHP 4K no tiene prima mensual, pero tiene deducibles y límites máximos de gastos de bolsillo más altos.

¿Por qué hay varios planes médicos?

Ofrecer varios planes médicos brinda flexibilidad para que usted pueda elegir la cobertura y la estructura de costos que mejor se adapte a sus necesidades de salud y a su situación financiera.

¿Por qué el plan HMO solo se ofrece en California?

Los planes HMO suelen utilizarse en California y no están muy extendidos en otros estados debido a limitaciones de la red.

¿Cuál es la diferencia entre los planes médicos HDHP, PPO y HMO?

- **HDHP:** Con un HDHP, usted debe pagar el deducible completo antes de que el plan comience a compartir el costo de los gastos elegibles. Después de pagar el deducible, el plan suele cubrir el 80 % de los gastos elegibles hasta que alcance su límite máximo de gastos de bolsillo. Una vez alcanzado ese límite, el plan paga el 100 % de los gastos elegibles.
- **PPO:** Un plan médico PPO combina copagos y coseguros. Es posible que usted abone un copago fijo por ciertos servicios, como las consultas médicas, mientras que otros servicios, como la hospitalización, pueden requerir que alcance un deducible y pague el 20 % del costo. Todos los gastos se contabilizan para su límite máximo de gastos de bolsillo; una vez alcanzado este límite, el plan paga el 100 % de los gastos elegibles.
- **HMO (California):** El plan HMO funciona de manera similar a un PPO, pero con una red de proveedores más limitada. Requiere que usted elija un médico de atención primaria (primary care physician, PCP) y obtenga una derivación antes de consultar a un especialista. Por lo general, los servicios fuera de la red no están cubiertos, salvo en casos de emergencia.

¿Cómo puedo averiguar si mi médico está dentro de la red?

Utilice las herramientas públicas de búsqueda de proveedores de RGA y Kaiser.

- RGA - Planes HDHP y PPO: [RGA para miembros | Acceso al portal y herramientas de salud](#) – Buscar un proveedor.
- Kaiser - HMO (California): [Buscar médicos y centros | Kaiser Permanente](#)

¿Cuándo recibiré las nuevas tarjetas de reclamo?

Los proveedores emitirán las tarjetas de reclamo después del período de inscripción abierta. Debería recibirlas a principios de enero de 2027.

Plan de ahorro: Cuenta de gastos flexibles (FSA) y Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

¿Quién es el proveedor de la FSA y la HSA?

El proveedor de la FSA y la HSA es HSA Bank.

¿En qué planes de ahorro puedo inscribirme?

Los planes de ahorro a los que puede acceder dependen del plan médico que elija:

- **Si está inscrito en un plan PPO o HMO, puede inscribirse en:**
 - Cuenta de gastos flexibles para la atención médica (Healthcare Flexible Spending Account, FSA-HC)
 - Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de personas a cargo (Dependent Care Flexible Spending Account, FSA-DC)

- **Si está inscrito en un plan de salud con deducible alto (High-Deductible Health Plan, HDHP), puede inscribirse en:**
 - Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA)
 - Cuenta de gastos flexibles de propósito limitado (Limited Purpose Flexible Spending Account, LP-FSA)
 - Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de personas a cargo (Dependent Care Flexible Spending Account, FSA-DC)

¿Por qué mi plan médico afecta mis opciones de planes de ahorro?

Los planes de ahorro están regulados por el IRS, que determina la elegibilidad según la selección de su plan médico, así como los límites de contribución.

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

¿Qué es una FSA?

Una FSA es una cuenta antes de impuestos que se utiliza para pagar gastos elegibles de atención médica o de cuidado de personas a cargo. Los aportes se descuentan de su sueldo antes de impuestos, lo cual reduce su ingreso imponible.

¿Qué es una cuenta de gastos flexibles para atención médica (FSA-HC)?

Una FSA-HC se puede utilizar para pagar gastos médicos, dentales y oftalmológicos elegibles para usted y sus personas a cargo que reúnan los requisitos. Los aportes se realizan antes de impuestos, lo que reduce su ingreso imponible. Las cuentas FSA-HC están sujetas a la regla de "se usa o se pierde". Cualquier fondo no utilizado que supere el límite de traspaso permitido por el IRS puede perderse al final del año del plan.

¿Qué es una cuenta de gastos flexibles para el cuidado de personas a cargo (FSA-DC)?

Una FSA-DC se utiliza para pagar gastos elegibles de cuidado de menores con aportes antes de impuestos, lo cual reduce sus ingresos imponibles. Los fondos de la FSA-DC están sujetos a la regla de "se usa o se pierde" y no se traspasan al año siguiente.

¿Qué es una cuenta de gastos flexibles de propósito limitado (LP-FSA)?

Una LP-FSA está disponible para los empleados inscritos en una HSA y puede utilizarse para gastos elegibles de atención dental y oftalmológica. A diferencia de una FSA-HC estándar, no puede utilizarse para gastos médicos generales.

¿La empresa realiza contribuciones a las FSA?

No. Las FSA se financian únicamente con los aportes de los empleados.

¿Cuánto puedo aportar a una cuenta FSA?

Los límites de aportes a las cuentas FSA los establece anualmente el IRS y, por lo general, se anuncian en octubre para el año siguiente. Para 2026, los límites fueron:

- FSA-HC: \$3.400
- FSA-DC: \$7.500
- LP-FSA: \$3.400

¿Puedo inscribirme en más de una cuenta FSA?

Puede inscribirse en una FSA-DC junto con una FSA-HC o una LP-FSA, pero no puede inscribirse tanto en una FSA-HC como en una LP-FSA al mismo tiempo.

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

¿Qué es una cuenta de ahorros para la salud (HSA)?

Una HSA es una cuenta de ahorros antes de impuestos regulada por el IRS, que se puede utilizar para pagar gastos médicos que cumplan con los requisitos. Para poder acceder a ella, debe estar inscrito en un plan médico HDHP.

¿Mi empleador aporta dinero a la HSA?

Sí. La empresa aporta:

- HDHP 2K/4K: hasta \$1.000 (individual) / \$2.000 (familiar)

¿Puedo inscribirme tanto en la HSA como en la FSA-DC?

Sí. Puede inscribirse tanto en la HSA como en la FSA-DC.

Coberturas no médicas/voluntarias

Dental

¿Quiénes son los proveedores de servicios dentales?

- Organización de proveedores preferidos (PPO) – **Cigna**

- Organización para el mantenimiento de la salud dental (DHMO) – **DeltaCare USA** (sin cambios)

¿Qué es un plan dental PPO?

Un plan dental PPO funciona con una estructura de deducible y coseguro. Usted tiene la flexibilidad de acudir a cualquier dentista, pero por lo general ahorrará más si recurre a proveedores dentro de la red.

¿Qué es un plan DHMO?

Un plan DHMO utiliza una estructura de copagos, en la que los servicios tienen costos fijos. Ofrece una cobertura integral a través de una red de dentistas participantes y, por lo general, no incluye deducibles ni límites máximos anuales. Debe seleccionar un dentista de referencia dentro de la red, que suele ser más limitada que la de un plan PPO. Los servicios recibidos fuera de la red no están cubiertos.

¿Qué cubren los planes dentales?

Los detalles de cada plan dental pueden consultarse en el [sitio web de beneficios](http://www.grahambuilds.com/us-benefits/graham-us/) (www.grahambuilds.com/us-benefits/graham-us/).

¿Cómo puedo averiguar si hay un proveedor dental dentro de la red?

Utilice las herramientas públicas de búsqueda de proveedores de Cigna y DeltaCare USA.

- Cigna - Plan PPO: [Directorio de proveedores de atención médica de Cigna](#): busque por "Tipo de médico", ingresando el tipo de proveedor que está buscando. Por ejemplo: dentista general u ortodoncista. En "Network" (Red), seleccione "Total".
- DeltaCare USA – Plan HMO: <http://deltadentalins.com/deltacare>. En "Network" (Red), seleccione "DeltaCare USA".

Oftalmología

¿Quién es el proveedor de servicios oftalmológicos?

- Organización de proveedores preferidos (PPO) – **Cigna**
- Organización para el mantenimiento de la salud dental (DHMO) – **DeltaCare USA** (sin cambios)

¿Tengo acceso a ambas redes de servicios oftalmológicos?

Al inscribirse, deberá elegir entre las redes EyeMed y VSP.

¿Cuál es la diferencia entre EyeMed y VSP?

- EyeMed: cuenta con una mayor red de grandes cadenas, como Lens Crafters y Target Optical. No ofrece cobertura para anteojos de seguridad recetados.
- VSP: cuenta con más proveedores independientes y especializados. Ofrece cobertura para anteojos de seguridad recetados.

¿Por qué hay dos opciones de redes de atención oftalmológica?

Ofrecer varias redes de atención oftalmológica brinda flexibilidad, para que usted pueda elegir los proveedores de servicios que mejor se adapten a sus necesidades.

¿Qué cubre el nuevo plan de atención oftalmológica?

Los detalles sobre la cobertura oftalmológica, como exámenes, armazones y lentes de contacto, están disponibles en el [sitio web de beneficios](http://www.grahambuilds.com/us-benefits/graham-us/) (www.grahambuilds.com/us-benefits/graham-us/).

¿Cómo puedo buscar un proveedor de atención oftalmológica dentro de la red?

Utilice las herramientas públicas de búsqueda de proveedores de Ameritas: [Buscar un proveedor - Ameritas](#)

Incapacidad: Incapacidad a corto y largo plazo

Incapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, STD)

¿Quién es nuestro proveedor de seguros de incapacidad a corto plazo (STD)?

El proveedor es New York Life.

¿Qué es el seguro de STD?

El seguro de STD es un beneficio que reemplaza temporalmente sus ingresos si no puede trabajar a causa de una enfermedad o lesión no laboral aprobada. Tras un período de espera de 14 días, los beneficios de STD pagan el 70 % de los ingresos semanales hasta un máximo de \$3000 por semana, por un máximo de 11 semanas.

¿Tengo que inscribirme en el seguro por incapacidad a corto plazo (STD)?

La cobertura de STD pasa a ser un beneficio voluntario para todos los empleados y las primas las paga el empleado. Si usted decide no inscribirse en el seguro de STD, es su responsabilidad determinar si tiene derecho a algún beneficio de licencia pagado por el gobierno.

¿Por qué el seguro de incapacidad a corto plazo (STD) pasó a ser un beneficio voluntario?

Una parte significativa de nuestra fuerza laboral reside en estados que cuentan con programas establecidos de licencia remunerada que ya ofrecen una protección de ingresos comparable a la del seguro de STD. En consecuencia, la cobertura de STD proporcionada por el empleador

ofrece un valor incremental limitado para muchos empleados. Para adaptarnos mejor a las diversas necesidades de los empleados, la cobertura de STD se ha reestructurado como un beneficio voluntario, lo que permite a quienes requieran cobertura adicional optar por él según sus circunstancias individuales.

¿Puedo inscribir a mis personas a cargo en el seguro de STD?

No. La cobertura de STD está disponible únicamente para los empleados.

¿Qué pasa si no me inscribo en el seguro de STD?

Si decide no inscribirse en el seguro de STD, no contará con cobertura de reemplazo de ingresos en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión no laboral. Es su responsabilidad determinar si reúne los requisitos para recibir algún beneficio de licencia pagado por el gobierno.

Los programas de licencia pagada por el gobierno pueden ofrecer un reemplazo parcial o total de ingresos y actuar como la fuente principal de pago. Usted es responsable de determinar si cumple con los requisitos, de solicitar estos programas y de gestionar cualquier aprobación o pago directamente con el organismo gubernamental correspondiente. Si no cumple con los requisitos para recibir el beneficio de licencia pagada por el gobierno y no se inscribe en la cobertura de STD, cualquier ausencia podría no ser remunerada.

¿Cómo se coordina la cobertura de STD con las licencias pagadas por el gobierno?

Mientras se encuentre con licencia médica, debe presentar una solicitud conforme a la Ley de Licencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA) y cualquier programa de licencia pagada por el gobierno al que pueda tener derecho. Los programas gubernamentales suelen actuar como el principal pagador, lo que significa que cualquier ingreso que reciba a través de estos programas se aplicará primero. La cobertura de STD (si se ha elegido) pagará entonces el monto restante elegible, hasta los límites del plan.

Ejemplo:

Tipo de licencia	Requisitos para el seguro de STD	Pago estatal	Pago del seguro de STD
Médica	\$1000/semana	\$750/semana	\$250/semana
Médica	\$600/semana	\$580/semana	\$20/semana

¿Durante cuánto tiempo se mantiene mi puesto de trabajo protegido mientras estoy de licencia?

La duración de la licencia con protección del puesto de trabajo depende de los criterios específicos de elegibilidad establecidos en los programas estatales de licencia aplicables o en la FMLA. Los beneficios de STD no amplían la protección del puesto de trabajo que ofrecen estos programas.

Incapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, LTD)

¿Qué es el seguro de LTD?

El seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) ofrece un reemplazo de ingresos si usted no puede trabajar tras el período de incapacidad a corto plazo (STD) debido a una enfermedad o lesión no laboral. Los beneficios de LTD pagan el 60 % de los ingresos mensuales, hasta un máximo de \$15.000 al mes, hasta la edad de jubilación del Seguro Social.

¿Quién es nuestro proveedor de seguros de LTD?

El proveedor es New York Life.

¿Tengo que inscribirme en el seguro de LTD?

La cobertura de LTD es obligatoria para los empleados asalariados, y las primas las paga la empresa. Para los empleados que cobran por hora, la cobertura de LTD es una nueva opción voluntaria cuyas primas las paga el empleado.

¿Cómo se coordina la cobertura de LTD con las licencias pagadas por el gobierno?

Los programas de licencias pagadas por el gobierno suelen durar hasta 12 semanas. En la mayoría de los casos, estos beneficios terminan antes de que comience la cobertura de LTD, lo cual significa que usted recibirá el 100 % de su beneficio de LTD al que tenga derecho una vez que comience la cobertura.

Si la licencia pagada por el gobierno y la cobertura de LTD se superponen, la aseguradora de LTD calculará el monto de los beneficios gubernamentales a los que tiene derecho y descontará ese monto de sus pagos por el seguro de LTD. Cualquier saldo restante al que tenga derecho se pagará a través del plan de LTD.

¿Durante cuánto tiempo se mantiene mi puesto de trabajo protegido mientras estoy de licencia?

La duración de la licencia con protección del puesto de trabajo depende de los criterios específicos de elegibilidad establecidos en los programas estatales de licencia aplicables o en la FMLA. Los beneficios de LTD no amplían la protección del puesto laboral que ofrecen estos programas.

Seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (Accidental Death & Dismemberment, AD&D)

¿Quién es nuestro proveedor de seguros de vida básico y AD&D?

El proveedor es New York Life.

¿Qué es el seguro de vida básico y el seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)?

El seguro de vida básico paga un beneficio por fallecimiento a sus beneficiarios en caso de que usted fallezca, sin importar la causa. El seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) ofrece cobertura adicional en caso de fallecimiento o de una lesión que cumpla con los requisitos y que sea consecuencia de un accidente.

El seguro de vida básico y el seguro AD&D son coberturas obligatorias que se le proporcionan, y las primas las paga la empresa.

Seguros voluntarios

¿Quién es nuestro proveedor de seguros voluntarios?

El proveedor de beneficios voluntarios es New York Life.

¿Qué seguros voluntarios se ofrecen?

Están disponibles los siguientes beneficios voluntarios:

- Seguro por enfermedad grave
- Seguro contra accidentes
- Seguro de indemnización hospitalaria
- Seguro para mascotas
- Cobertura legal
- Robo de identidad
- Seguro de vida voluntario y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

¿Qué es el seguro por enfermedad grave?

El seguro por enfermedad grave ofrece un pago único si le diagnostican una enfermedad grave cubierta, lo que le ayudará a hacer frente a los gastos durante su recuperación.

¿Qué pasa si actualmente tengo un seguro voluntario por enfermedad grave?

Deberá inscribirse en el seguro por enfermedad grave durante el período de inscripción abierta. La cobertura no se transferirá automáticamente al nuevo programa.

¿Cuánto tendré que pagar por el seguro por enfermedad grave?

Los costos varían según factores como el monto de la cobertura, la cobertura de personas a cargo y la edad. Cuando usted complete la inscripción abierta, bswift calculará y mostrará su prima por período de pago antes de que finalice su selección, lo que le permitirá elegir el nivel de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto.

¿Qué es el seguro contra accidentes?

El seguro contra accidentes ofrece un pago único en caso de que usted o un familiar cubierto sufra una lesión que cumpla con los requisitos, como una fractura, una quemadura, una conmoción cerebral o una luxación.

¿Qué pasa si ya tengo un seguro contra accidentes?

Deberá inscribirse en el seguro contra accidentes durante el período de inscripción. Su cobertura no se transferirá automáticamente al nuevo programa.

¿Cuánto tendré que pagar por el seguro contra accidentes?

Los costos varían según factores como el nivel de cobertura y la cobertura de personas a cargo. Cuando usted complete la inscripción abierta, bswift calculará y mostrará su prima por período de pago antes de que finalice su selección, lo que le permitirá elegir el nivel de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto.

¿Qué es el seguro de indemnización hospitalaria?

El seguro de indemnización hospitalaria paga una prestación fija en efectivo en caso de hospitalización, lo que ayuda a cubrir gastos de bolsillo y otros costos relacionados.

¿Cuánto tendré que pagar por el seguro de indemnización hospitalaria?

Los costos varían según la cobertura de las personas a cargo. Cuando usted complete la inscripción abierta, bswift calculará y mostrará su prima por período de pago antes de que finalice su selección, lo que le permitirá elegir el nivel de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto.

¿Qué es el seguro para mascotas?

El seguro para mascotas ayuda a cubrir los gastos veterinarios relacionados con el cuidado de su mascota. Este programa se ofrece directamente a través del proveedor mediante un código de descuento. La inscripción se realiza fuera de bswift y las primas no se descuentan del sueldo. www.fetchpet.com

¿Qué es el seguro voluntario de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)?

El seguro voluntario de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) brinda apoyo financiero en caso de fallecimiento o de una lesión accidental que cumpla con los requisitos.

¿Cuánto tendré que pagar por el seguro voluntario de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)?

Los costos varían según factores como el monto de la cobertura, la cobertura de personas a cargo y la edad. Cuando usted complete la inscripción abierta, bswift calculará y mostrará su prima por período de pago antes de que finalice su selección, lo que le permitirá elegir el nivel de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto.

¿Qué es la cobertura legal?

La cobertura legal brinda acceso a una red de abogados que pueden ofrecer orientación jurídica, ayudar con documentos como la redacción de testamentos y asesorar sobre ciertos asuntos legales, incluido el derecho de familia.

¿Cuánto tendré que pagar por la cobertura legal?

Los costos varían según la cobertura de las personas a cargo. Cuando usted complete la inscripción abierta, bswift calculará y mostrará su prima por período de pago antes de que finalice su selección, lo que le permitirá elegir el nivel de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto.

¿Qué es el robo de identidad?

La protección contra el robo de identidad está diseñada para ayudarle a proteger su información personal y brindarle apoyo en caso de que su identidad se vea comprometida.

¿Cuánto tendré que pagar por la protección contra el robo de identidad?

Los costos varían según la cobertura de las personas a cargo. Cuando usted complete la inscripción abierta, bswift calculará y mostrará su prima por período de pago antes de que finalice su selección, lo que le permitirá elegir el nivel de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto.

¿Qué son los beneficios de transporte?

Los beneficios de transporte le permiten pagar con dinero antes de impuestos los gastos elegibles de transporte público y estacionamiento vinculados al trabajo. Puede consultar más información en el [sitio web de beneficios](http://www.grahambuilds.com/us-benefits/graham-us/) (www.grahambuilds.com/us-benefits/graham-us/).

Preguntas

¿Dónde puedo obtener más información o hacer preguntas sobre la armonización de beneficios y mis planes?

Habrà información adicional disponible en el [sitio web de beneficios](http://www.grahambuilds.com/us-benefits/graham-us/).

(www.grahambuilds.com/us-benefits/graham-us/). Si tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con el equipo de beneficios de Graham en ushrbenefits@graham.ca.