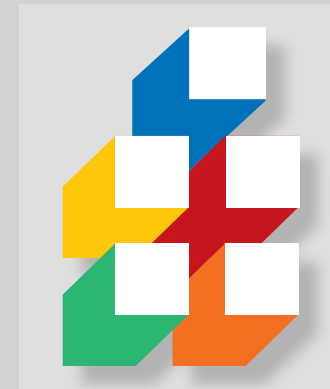




Building Service 32BJ Health Fund
New York City Schools
Part Time Plan



Descripción abreviada del plan

24 de abril de 2015

Building Service 32BJ
Health Fund
25 West 18th Street, New York, New York 10011-4676
Teléfono 1-800-551-3225
www.32bjfunds.org



Aviso de traducción

Este folleto contiene un resumen en inglés de sus derechos y beneficios con el Plan del Building Service 32BJ Health Fund. Si tiene alguna dificultad para entender cualquier parte de este folleto, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para recibir asistencia, o escriba a la siguiente dirección:

Member Services
Building Service 32BJ Health Funds
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

El horario de oficina es de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar www.32bjfunds.org.

This booklet contains a summary in English of your Plan rights and benefits under the Building Service 32BJ Health Fund. If you have difficulty understanding any part of this booklet, contact Member Services at 1-800-551-3225 for assistance or write to:

Member Services
Building Service 32BJ Health Funds
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

The office hours are from 8:30 a.m. to 5:00 p.m., Monday through Friday. You may also visit www.32bjfunds.org.

Kjo broshurë përmban një përmbledhje në anglisht, në lidhje me të drejtat dhe përfitimet tuaja të Planit nën Building Service 32BJ Health Fund. Nëse keni vështirësi për të kuptuar ndonjë pjesë të kësaj broshure, kontaktoni Shërbimin e Anëtarit në numrin 1-800-551-3225 për ndihmë ose mund të shkruani tek:

Member Services
Building Service 32BJ Health Funds
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

Orari zyrtar është nga ora 8:30 deri më 17:00, nga e hëna deri të premten. Gjithashtu, ju mund të vizitoni faqen e Internetit www.32bjfunds.org.

Niniejsza broszura zawiera opis, w języku angielskim, Twoich praw i świadczeń w ramach Planu Building Service 32BJ Health Fund. W przypadku jakichkolwiek trudności ze zrozumieniem dowolnej części broszury, prosimy skontaktować się z Centrum obsługi członków pod numerem telefonu 1-800-551-3225 lub pisemnie na adres:

Member Services
Building Service 32BJ Health Funds
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

Biuro czynne jest w godzinach od 8:30 do 17:00 od poniedziałku do piątku. Można również odwiedzić naszą stronę pod adresem www.32bjfunds.org.

Información de contacto

¿Qué necesita?	Con quién comunicarse	Cómo
<ul style="list-style-type: none">• Información general sobre sus beneficios y elegibilidad• Información sobre sus beneficios y reclamos de la vista	Centro de servicios para afiliados	Llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., o visite el Welcome Center en 25 West 18th Street, New York, NY 10011, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:00 p. m.
<ul style="list-style-type: none">• Encontrar a un proveedor participante del plan de cuidado de la vista	Davis Vision	Llame al 1-800-999-5431 de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. de lunes a viernes sábado, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. domingo, de 12:00 p. m. a 4:00 p. m. Visite www.32bjfunds.org
<ul style="list-style-type: none">• Información sobre su plan de seguro de vida	MetLife	Llame al 1-866-492-6983 o visite http://mybenefits.metlife.com

**Building Service 32BJ
Health Fund**

25 West 18th Street, New York, NY 10011-4676
Teléfono: 1-800-551-3225

El Building Service 32BJ Health Fund es administrado por una Junta de fideicomiso conjunta compuesta por los Agentes fiduciarios de la Unión y del empleador con igual poder de voto.

Agentes fiduciarios de la Unión

Héctor J. Figueroa
Presidente
SEIU Local 32BJ
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

Larry Engelstein
Vicepresidente ejecutivo
SEIU Local 32BJ
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

Kevin J. Doyle
a la atención de SEIU Local 32BJ
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

Shirley Aldebol
Vicepresidente
SEIU Local 32BJ
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

Agentes fiduciarios del Empleador

Howard I. Rothschild
Presidente
Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc.
292 Madison Avenue
New York, NY 10017-6307

Charles C. Dorego
Vicepresidente principal/Abogado general
Glenwood Management
1200 Union Turnpike
New Hyde Park, NY 11040-1708

John C. Santora
Director ejecutivo,
América del Norte
Cushman & Wakefield, Inc.
1290 Avenue of the Americas
New York, NY 10104-6178

Fred Ward
Vicepresidente, Relaciones laborales
ABM
321 West 44th Street
New York, NY 10036-5454

Directora ejecutiva, Building Service 32BJ Benefit Funds

Susan Cowell

Director, Building Service 32BJ Health Fund

Angelo V. Dascoli

Auditor del fondo

Bond Beebe

Consejero legal

Bredhoff & Kaiser, P.L.L.C.
Proskauer Rose, LLP
Raab, Sturm & Ganchrow, LLP

Índice

	Página
Aviso importante	5
Preguntas frecuentes	7
Elegibilidad y participación	9
Cuándo es elegible	9
Cuándo ya no es elegible	10
Si se reintegra al trabajo	11
Extensión de los beneficios de la vista	11
COBRA	11
Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo	12
Discapacidad	12
Arbitraje	13
Ley de licencias médicas y familiares (FMLA)	14
Licencia por servicio militar	14
Elegibilidad de los dependientes	14
Cuándo sus dependientes ya no son elegibles	18
Cómo inscribirse	18
Su obligación de avisar	19
Los beneficios que se proporcionan	20
Beneficios de cuidado de la vista	20
Gastos elegibles	21
Gastos excluidos	22
Beneficios de seguro de vida	22
Monto del beneficio	22
Designación de un beneficiario	22
Extensión del seguro de vida por discapacidad	23
Cuándo termina la cobertura	23

	Página
Beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	24
Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	24
Lo que no está cubierto	24
Cuándo termina la cobertura	25
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones	26
Reclamaciones de beneficios	26
Presentación de reclamaciones de beneficios del cuidado de la vista	26
Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	26
Adónde enviar los formularios de reclamaciones	27
Aprobación y rechazo de reclamaciones	27
Reclamaciones de cuidado de la vista	27
Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	29
Aviso de la decisión	30
Apelación de reclamaciones rechazadas	30
Presentación de una apelación	30
Dónde presentar una apelación de primera instancia	31
Plazos para las decisiones sobre apelaciones	31
Apelación de reclamaciones de servicios anteriores o simultáneas al servicio ..	32
Apelación de reclamaciones de servicios de cuidado de la vista posteriores al servicio	32
Instancia voluntaria de apelación	32
Reclamaciones de cuidado de la vista y reclamaciones del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	32
Aviso de la decisión de la apelación	34
Acciones posteriores	34
Incapacidad	34
Dirección de correo	35
Divulgación de información al Fondo: Fraude	35
Pagos en exceso	36
Cobertura de salud colectiva continuada	37
Durante una licencia médica y familiar	37

	Página
Durante una licencia por servicio militar	38
Conforme a COBRA	39
Continuación de cobertura conforme a COBRA	40
Otra información del Plan de salud que debe saber	45
Cesión de beneficios del Plan	45
Exención de responsabilidad por la práctica médica	45
Privacidad de la información de salud protegida	46
Conversión a cobertura individual	46
Información general	47
Aportes del empleador	47
Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios	47
Cumplimiento de las leyes federales	48
Modificación o cancelación de un Plan	48
Administración del Plan	49
Declaración de derechos según la Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 con sus modificaciones	50
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan	51
Haga cumplir sus derechos	51
Ayuda con sus preguntas	52
Información del Plan	53
Financiamiento de los beneficios y tipo de administración	53
Patrocinador y administrador del Plan	53
Empleadores participantes	53
Agente encargado de la notificación del proceso legal	54
Glosario	55
Información de contacto	Interior de la contraportada

Aviso importante

Este folleto es el documento del Plan y la Descripción abreviada del Plan ("SPD", por sus siglas en inglés) del plan de beneficios ("el Plan") NYC Schools Part Time Plan del Building Service 32BJ Health Fund ("el Fondo") para los fines de la Ley de Seguridad de los Ingresos Jubilatorios de los Empleados ("ERISA", por sus siglas en inglés) de 1974 con sus modificaciones. Los términos en el presente constituyen los términos del Plan.⁽¹⁾ Sus derechos a los beneficios solo se pueden determinar en esta SPD, tal como lo interpreta la acción oficial de la Junta de fideicomiso ("la Junta"). Debe consultar este folleto cuando necesite información sobre los beneficios de su Plan. Además, la Junta se reserva el derecho, a su exclusivo y absoluto criterio, de modificar el Plan en cualquier momento.

En caso de que hubiese un conflicto o ambigüedad entre esta SPD, los contratos de seguros o su acuerdo colectivo de trabajo, prevalecerá esta SPD. Asimismo, en el caso de que se produzca algún conflicto entre los términos y condiciones de los beneficios del Plan según se establecen en la SPD, y cualquier aviso que reciba en forma oral por parte de un empleado o representante sindical del Building Service 32BJ Benefit Funds, prevalecerán los términos y condiciones establecidos en este folleto.

- Guarde este folleto (póngalo en un lugar seguro). Si pierde una copia, puede pedir otra al Centro de servicios para afiliados u obtenerla en www.32bjfunds.org.
- Si cambia su nombre o dirección, notifique inmediatamente al Centro de servicios para afiliados llamando al 1-800-551-3225 para que se actualicen sus registros.
- Las palabras que aparecen en **negrita** se definen en el Glosario.
- En este folleto, las palabras "usted" y "su" se refieren a los participantes que tienen empleos que les dan derecho a los beneficios del Plan.

⁽¹⁾ Esta SPD es el documento del plan del NYC Schools Part Time Plan, que incluye beneficios de cuidado de la vista, de seguro de vida y de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Los contratos de seguro de MetLife son los documentos del plan para los planes de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Los planes y los beneficios que pagan están limitados por todos los términos, exclusiones y limitaciones de aquellos contratos en vigencia al momento del incidente cubierto. La Junta se reserva el derecho de cambiar los contratos y las compañías de seguro. Si la Junta realizara uno de estos cambios, la cobertura de beneficios que se describe en esta SPD podría no ser correcta. Puede solicitar copias de los contratos de seguro a MetLife.

La palabra "dependiente" se refiere al miembro de la familia del participante que es elegible para los beneficios del Plan. En las secciones que describen los beneficios pagaderos a los participantes y dependientes, las palabras "usted" y "su" también se pueden referir al paciente.

- Este folleto describe las disposiciones del Plan que entraron en vigencia el 24 de abril de 2015, a menos que se especifique lo contrario.
- La cantidad de horas que trabaja regularmente determina el Plan para el cual es elegible. En general, el NYC Schools Part Time Plan cubre a ciertos participantes que trabajan en las escuelas de la Ciudad de New York durante al menos 20 horas, pero no más de 39* horas en cada **período de pago** de 14 días (“**período de pago**”).

Si bien el Fondo proporciona otros planes, estos no se describen en este folleto. Si no está seguro de qué plan se aplica a su caso, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información.

* Si trabaja regularmente más de 39 horas en un **empleo cubierto** en un **período de pago**, es posible que tenga derecho a recibir beneficios del Building Service 32BJ Suburban Plan. Los requisitos de elegibilidad para dicho plan se describen en la Descripción abreviada del plan del Metropolitan y Suburban Health Plans

Preguntas frecuentes

1. ¿Qué beneficios brinda el Plan?

El Plan brinda los siguientes beneficios:

- beneficios de la vista,
- beneficio de seguro de vida, y
- beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales.

Cada uno de estos beneficios se describe en detalle más adelante en este folleto.

2. ¿Son elegibles mis dependientes?

Sí. En general, sus dependientes cubiertos incluyen a su cónyuge y a sus hijos hasta que cumplan 26 años. (Consulte la tabla de las páginas 15 a 17 para obtener una descripción más completa de los dependientes).

3. ¿Qué debo hacer para obtener cobertura para mis dependientes?

- Completar y devolver el formulario apropiado, y
- brindar documentación que demuestre que el individuo que desea inscribir es su dependiente. Por ejemplo, debe suministrar un certificado de matrimonio para obtener cobertura para su cónyuge o un certificado de nacimiento para un hijo dependiente.

Puede obtener los formularios en:

- el sitio web www.32bjfunds.org,
- el Centro de servicios para afiliados llamando al 1-800-551-3225.

4. ¿Qué sucede si me caso o tengo un bebé?

Usted debe:

- notificarle al Fondo dentro de un plazo de 30 días de la fecha de casamiento o nacimiento,
- Completar y devolver el formulario apropiado, y
- suministrar documentación que demuestre la relación.

Si le notifica al Fondo dentro de un plazo de 30 días, su dependiente tendrá cobertura desde la fecha del evento (nacimiento, adopción, casamiento). Si no le notifica al Fondo dentro de los 30 días del evento, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará a regir a partir de la fecha en que usted notifique al Fondo.

5. **¿Con qué frecuencia puedo obtener anteojos y realizarme un examen de la vista?**

Una vez cada 24 meses Los participantes y los dependientes de 19 años o menos son elegibles para un examen de la vista una vez cada 12 meses.

6. **¿Cuál es mi cobertura de seguro de vida?**

\$25,000.

No existe cobertura de seguro de vida para sus dependientes.

7. **¿Qué sucede con mi cobertura si sufro una discapacidad?**

Si es elegible, salvo que se establezca lo contrario en su acuerdo colectivo de trabajo, el Fondo pagará por hasta 30 meses de cobertura de la vista continua (Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo). Para ser elegible, usted debe:

- haber sufrido una discapacidad (ya sea total o total y permanente) mientras trabajaba en un **empleo cubierto**,
- ser incapaz de trabajar,
- estar recibiendo uno de los siguientes beneficios:
 - discapacidad a corto plazo (“STD”, por sus siglas en inglés),
 - indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

8. **¿Qué sucede con mi cobertura si pierdo mi trabajo?**

Si no se informa que ha trabajado en dos **períodos de pago** consecutivos, su elegibilidad terminará el último día del segundo **período de pago** en el que no se informó ninguna hora. Se le ofrecerá, conforme a la Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado (“COBRA”, por sus siglas en inglés) de 1986, la oportunidad de comprar cobertura de la vista por hasta 17 meses como máximo.

9. **¿Qué sucede con la cobertura de mi familia si yo muero?**

Si su familia está inscrita/cubierta en la fecha de su fallecimiento, su cobertura continuará sin costo durante 30 días. Antes de que venza el período de 30 días, se le ofrecerá a su familia la oportunidad de continuar la cobertura de la vista conforme a COBRA durante 35 meses adicionales mediante el pago de una prima mensual.

10. **¿Con quién me comunico si tengo preguntas?**

Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Elegibilidad y participación

Cuándo es elegible

Si su **empleador** le informa al Fondo que se espera que usted trabaje regularmente, al menos, 20 horas, pero no más de 39* horas, en un **empleo cubierto** en cada **período de pago** de 14 días (“**período de pago**”), usted es elegible para recibir beneficios una vez que haya completado 90 días calendarios consecutivos. A partir de ese momento, estará sujeto a las normas para los empleados establecidos. Usted mantendrá este nivel de cobertura hasta que haya completado el primer período de medición de 13 **períodos de pago** según se describe a continuación en el tercer párrafo. Si no se informa que ha trabajado en dos **períodos de pago** consecutivos, su elegibilidad terminará el último día del segundo **período de pago** en el que no se informó ninguna hora. Si regresa al trabajo dentro de un plazo de seis **períodos de pago** desde el último día del primer **período de pago** en el que no se informó ninguna hora, el nivel de cobertura que estaba recibiendo se restaurará para el resto del período de cobertura correspondiente.

Si usted es un empleado nuevo de temporada o de horas variables o su **empleador** no informa que usted ha sido contratado, sus horas se medirán durante 13 **períodos de pago** que comenzarán con el primer **período de pago** en el que trabaje. Si tiene un promedio de 20 a 39 horas en un **empleo cubierto** por **período de pago** durante 13 **períodos de pago**, será elegible el primer día del **período de pago** después de un período administrativo de cuatro **períodos de pago**. Usted mantendrá este nivel de cobertura hasta que haya completado el primer período de medición de 13 **períodos de pago** según se describe a continuación en el tercer párrafo. A partir de ese momento, estará sujeto a las normas para los empleados establecidos. Si no se informa que ha trabajado en dos **períodos de pago** consecutivos, su elegibilidad terminará el último día del segundo **período de pago** en el que no se informó ninguna hora. Si regresa al trabajo dentro de un plazo de seis **períodos de pago** desde el último día del primer **período de pago** en el que no se informó ninguna hora, el nivel de cobertura que estaba recibiendo se restaurará para el resto del período de cobertura correspondiente.

* Si trabaja regularmente más de 39 horas en un **empleo cubierto** en una **período de pago**, es posible que tenga derecho a recibir beneficios del Building Service 32BJ Suburban Plan. Los requisitos de elegibilidad para dicho plan se describen en la Descripción abreviada del plan del Metropolitan y Suburban Health Plans.

Una vez que alcanza la elegibilidad, el promedio de horas para empleados establecidos se medirá cada año durante dos períodos de medición de 13 **períodos de pago**. El primer período de medición generalmente va desde el final de febrero hasta el final de agosto, y el segundo período de medición generalmente va desde el final de agosto hasta el final de febrero. Cada período de medición va seguido inmediatamente por un período de cobertura de 13 **períodos de pago**.

Si tiene un promedio de 20 a 39 horas en un **empleo cubierto** por **período de pago** durante el período de medición de 13 **períodos de pago**, será elegible para recibir cobertura inmediatamente después de un período de cobertura de 13 **períodos de pago**. Sin embargo, si no se informa que ha trabajado en dos **períodos de pago** consecutivos, su elegibilidad terminará el último día del segundo **período de pago** en el que no se informó ninguna hora. Si regresa al trabajo dentro de un plazo de seis **períodos de pago** desde el último día del primer **período de pago** en el que no se informó ninguna hora, la cobertura que estaba recibiendo se restaurará para el resto del período de cobertura correspondiente.

Cuándo ya no es elegible

Su elegibilidad para el Plan termina:

- si no se informa que ha trabajado en dos **períodos de pago** consecutivos, su elegibilidad terminará el último día del segundo **período de pago** en el que no se informó ninguna hora, sujeto a los derechos de COBRA. (Consulte las páginas 11 a 13 y las páginas 39 a 44),
- en la fecha en que su **empleador** ponga término a su participación en el Plan, o
- en la fecha en que se cancele el Plan.

Además, la Junta se reserva el derecho, a su absoluta discreción, de cancelar la elegibilidad si su **empleador** está significativamente moroso en sus aportes al Fondo.

Si se reintegra al trabajo

Si deja de trabajar después de que haya empezado su elegibilidad y vuelve a tener un **empleo cubierto** (con el mismo **empleador contribuyente** u otro diferente):

- dentro de 91 días, su participación en el Plan se reanuda el primer día en que vuelva al trabajo, o
- más de 91 días después, tendrá que cumplir 90 días consecutivos de **empleo cubierto** con el mismo **empleador**, antes de poder reanudar la participación.

Mientras sea elegible, sus dependientes también lo serán, siempre que los haya inscrito correctamente y cumplan la definición de "dependiente" según el Plan (consulte la sección "Elegibilidad de los dependientes" en las páginas 14 a 19).

Extensión de los beneficios de la vista

La cobertura de la vista puede continuar si usted no está trabajando en las siguientes circunstancias:

COBRA

Conforme a la Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 ("COBRA", por sus siglas en inglés), se exige a los planes de salud colectivos ofrecer la continuación temporal de la cobertura de salud, en que el empleado paga todo, en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo. La "cobertura de salud" incluye la cobertura de la vista del Plan. No incluye seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales ("AD&D", por sus siglas en inglés). (Consulte las páginas 39 a 44 para obtener más información sobre COBRA).

Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo

Si se cumplen todos los requisitos de elegibilidad, el Fondo pagará la cobertura de salud en las siguientes situaciones: discapacidad, la cual debe haber ocurrido mientras usted se encontraba en un **empleo cubierto** y arbitraje. Todos los períodos de Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo contarán para efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua en virtud de COBRA. La Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo incluye la cobertura de la vista del Plan. El seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales continúan durante los primeros seis meses únicamente. (Consulte la página 23 para obtener información sobre la Extensión del seguro de vida por discapacidad).

Para recibir esta cobertura extendida, envíe la documentación de la lista incluida en la sección Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo del aviso de elección de COBRA. Si no envía a tiempo la documentación requerida, es posible que pierda su elegibilidad para la cobertura continua en virtud de la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo. Los documentos requeridos (p. ej., comprobante de discapacidad) deben enviarse a:

**COBRA Department
Building Service 32BJ Benefit Funds
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676**

Discapacidad

Puede seguir siendo elegible para un máximo de 30 meses de cobertura (consulte la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo en la página 8 y las páginas 12 y 13), siempre que envíe la documentación requerida establecida en la sección Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo del aviso de elección de COBRA, sea incapaz de trabajar y esté recibiendo uno de los siguientes beneficios por discapacidad:

- discapacidad a corto plazo, o
- indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

Su cobertura extendida terminará cuando suceda cualquiera de las siguientes situaciones:

- usted elige no continuar la cobertura,
- vuelve a trabajar en cualquier empleo,
- han pasado 30 meses desde que dejó de trabajar debido a discapacidad,
- su indemnización por accidentes y enfermedades laborales o sus beneficios de discapacidad a corto plazo terminan,
- usted recibe los beneficios máximos de la discapacidad a corto plazo o de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales, o
- se vuelve elegible para Medicare como su aseguradora principal.

Si fallece mientras recibe cobertura de salud extendida, la elegibilidad de sus dependientes terminará 30 días después de la fecha de su muerte.

Para recibir esta cobertura extendida (Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo), debe enviar un comprobante de discapacidad tal como se describe en la sección Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo del aviso de elección de COBRA a más tardar 60 días después de la fecha en que habría perdido la cobertura (90 días después de que dejó de trabajar debido a una discapacidad). El Plan se reserva el derecho de exigir de vez en cuando un comprobante de que usted sigue discapacitado. Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA. (Consulte las páginas 39 a 44 para obtener información sobre COBRA).

Arbitraje

Si es despedido* y la Unión lleva su queja a arbitraje a fin de lograr su reincorporación al trabajo, se extenderá su cobertura por hasta seis meses o hasta que se decida su arbitraje, lo que ocurra primero. (Consulte la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo en las páginas 12 y 13). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

* Las suspensiones indefinidas o las suspensiones con despido pendiente se tratan de la misma manera que los despidos.

Ley de licencias médicas y familiares (FMLA)

Puede tener derecho a tomar hasta 26 semanas de licencia de su empleo conforme a la Ley de licencias médicas y familiares ("FMLA", por sus siglas en inglés). Puede continuar recibiendo cobertura durante una licencia FMLA. (Consulte las páginas 37 y 38 para obtener más información).

Licencia por servicio militar

Si está en servicio militar activo, tiene ciertos derechos conforme a la Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados ("USERRA", por sus siglas en inglés) de 1994, siempre que se inscriba para recibir cobertura continua. (Consulte la página 38 para obtener más información). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

Elegibilidad de los dependientes

En las siguientes páginas, se describen los dependientes elegibles en virtud del Plan:

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Cónyuge	Ninguna	La persona con la que está legalmente casado (si usted está legalmente separado o divorciado, su cónyuge no está cubierto).
Pareja conviviente	Ninguna	<p>Usted y su pareja conviviente del mismo sexo (a menos que las leyes de la jurisdicción donde vive permitan el matrimonio entre personas del mismo sexo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • tienen un certificado de unión civil de un estado de los Estados Unidos o de una provincia de Canadá donde son válidas las uniones civiles o bien, si los certificados de unión civil no están disponibles en la jurisdicción en donde usted vive, • son dos individuos de 18 años o más del mismo sexo que: <ul style="list-style-type: none"> - han vivido juntos durante al menos 12 meses, y - no están casados con otra persona ni tienen relación consanguínea alguna que pudiera impedir el matrimonio conforme a la ley, y - son interdependientes económicamente y pueden demostrarlo, y - tienen una relación personal, cercana y comprometida, y no se los ha registrado como parejas de otras personas dentro de los últimos 12 meses. <p>A fin de determinar la elegibilidad para estos beneficios, usted y su pareja conviviente necesitan proporcionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un certificado de unión civil de un estado de los Estados Unidos o de una provincia de Canadá donde son válidas las uniones civiles o bien, si los certificados de unión civil no están disponibles en la jurisdicción en donde usted vive, • declaraciones juradas que atestigüen su relación, más un registro de pareja conviviente según la ley estatal o local (si se permite en la jurisdicción donde vive) y prueba de su interdependencia económica. <p>Tiene la obligación de proporcionar lo anterior al nivel máximo de certificación existente en la jurisdicción donde reside.</p> <p>Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener una solicitud o información general.</p> <p>Pueden existir consecuencias tributarias significativas por la cobertura de su pareja conviviente o, en algunos estados, por la cobertura de su cónyuge del mismo sexo. Comuníquese con un asesor tributario para obtener asesoría tributaria.</p>

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Pareja conviviente (continuación)	Ninguna	Si pierde la cobertura debido a un evento que califique, usted y su pareja conviviente pueden elegir mantener la cobertura pagándola ustedes mismos. Las parejas convivientes tendrán el derecho independiente de continuar con la cobertura pagándola ellos mismo sólo en el caso en que fallezca el participante.
Hijos (a excepción de hijos discapacitados)	Hasta lo que resulte antes entre 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo cumple uno de los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • es su hijo biológico, • es su hijo adoptado* o colocado para adopción, • es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge, o • es el hijo biológico o adoptado de su pareja conviviente.
Hijos (discapacitados) con más de 26 años	No hay límite de edad para la cobertura.	El hijo: <ul style="list-style-type: none"> • está total y permanentemente discapacitado, • quedó discapacitado mientras era dependiente elegible o antes de volverse dependiente elegible, • no está casado, • tiene la misma dirección principal que el participante**, o según lo establezcan los términos de una orden de manutención infantil médica calificada (“QMCSO”, por sus siglas en inglés); consulte la página 45, y • es dependiente del participante para más de la mitad de su manutención anual y éste lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos**. <p>Debe solicitar una extensión de la cobertura para hijos dependientes discapacitados y proporcionar pruebas de la discapacidad total y permanente en un plazo no mayor de 60 días después de la fecha en la que su hijo perdería su elegibilidad, además usted debe permanecer cubierto por el Plan. Se le notificará acerca de la elegibilidad para la continuación de la cobertura de su hijo adulto discapacitado. Debe inscribir a su hijo adulto discapacitado dentro del plazo de 60 días después de recibir la confirmación de la elegibilidad de su hijo adulto. El hecho de no inscribirlo en este momento significa que su hijo adulto discapacitado pierde su elegibilidad especial. Si su hijo se vuelve elegible para cobertura extendida como resultado de una discapacidad, se le pedirá que pague una prima mensual para cubrir una parte del costo de cobertura. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados.</p>

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Hijos (dependientes): un nieto, sobrino o sobrina SOLO si usted es su tutor legal*** (si la solicitud de tutela legal está pendiente, debe proporcionar documentación de que se presentaron los papeles y proporcionar un comprobante cuando concluya el proceso legal).	Hasta lo que resulte antes entre 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo: <ul style="list-style-type: none"> • no está casado, • tiene la misma dirección principal que el participante**, o según lo establezcan las condiciones de una orden de manutención infantil médica calificada (“QMCSO”, por sus siglas en inglés); consulte la página 45, y • es dependiente del participante para toda su manutención anual y éste lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos**.

Tenga en cuenta que:

- Un dependiente debe residir en los Estados Unidos, Canadá o México a menos que sea un ciudadano de los Estados Unidos.
- Un hijo no se considera dependiente según el Plan si está en el ejército o servicios similares de cualquier país.

*Su hijo dependiente adoptado tendrá cobertura desde la fecha en que fue adoptado o “colocado para adopción” con usted, lo que ocurra antes (pero no antes de que usted sea elegible), si inscribe al niño dentro de un plazo de 30 días después de su primera colocación o adopción. (Consulte la sección Su obligación de avisar en las páginas 19 y 20). Se coloca con usted a un niño para adopción en la primera fecha en que usted queda obligado a proporcionar manutención parcial o total para el niño que desea adoptar. Sin embargo, si se coloca con usted a un niño para adopción, pero la adopción finalmente no se produce, la cobertura de ese niño terminará en la fecha en que usted ya no tenga una obligación legal para su manutención. Si adopta a un niño recién nacido, este está cubierto desde el nacimiento siempre que usted tenga la custodia inmediatamente después de que el niño sea dado de alta del hospital y presente una petición de adopción a las autoridades estatales correspondientes, dentro de un plazo de 30 días después del nacimiento del niño. Sin embargo, los recién nacidos adoptados no estarán cubiertos desde el nacimiento si uno de los padres biológicos del niño cubre la hospitalización inicial del recién nacido, se presentó un aviso revocando la adopción o uno de los padres biológicos revoca su consentimiento para la adopción.

** Si usted está legalmente separado o divorciado, su hijo puede vivir y/o ser dependiente para fines tributarios del cónyuge del que se separó o divorció legalmente. Si nunca estuvo casado(a) con la madre/el padre de su hijo, entonces el hijo puede vivir con el otro progenitor, pero debe ser dependiente suyo para fines tributarios.

*** Tutor/tutela legal incluye custodio/custodia legal.

Cuándo sus dependientes ya no son elegibles

Sus dependientes seguirán siendo elegibles siempre que usted siga siendo elegible, excepto por lo siguiente:

- La elegibilidad de su *cónyuge* termina 30 días después de la separación legal⁽²⁾ o divorcio. La elegibilidad de su pareja conviviente termina 30 días después de que dejen de satisfacerse los requisitos de la pareja conviviente de las páginas 15 a 17.
- La elegibilidad de su hijo termina cuando éste ya no cumple los requisitos para ser considerado hijo dependiente, según se describe en las páginas 16 y 17, 30 días después de que el hijo cumple 26 años o al finalizar del año calendario en que el hijo cumple 26 años, lo que sea que ocurra primero.
- La elegibilidad de un cónyuge, una pareja conviviente y un hijo dependiente termina 30 días después de su fallecimiento.

Cómo inscribirse

Su cobertura es automática. Si en el momento en que resulta elegible conforme al Plan desea inscribir a sus dependientes elegibles, debe completar el formulario correspondiente y presentarlo ante el Fondo dentro de los 30 días de la fecha en que resultó elegible por primera vez para recibir los beneficios de salud.

Consulte la sección Elegibilidad de los dependientes en las páginas 14 a 19 para determinar si sus dependientes son elegibles para la inscripción. También deberá enviar la documentación que demuestre la condición de relación, incluido un certificado de matrimonio (para su cónyuge), certificados de nacimiento y, si corresponde, un comprobante de la condición de dependencia (para sus nietos y sobrinos). En la mayoría de los casos, la cobertura de sus dependientes comenzará en la primera fecha en

⁽²⁾ Típicamente, una separación legal es cualquier orden judicial o acuerdo presentado ante los tribunales conforme al cual las partes reconocen que están viviendo de manera separada. La separación legal incluye, entre otros, un divorcio de cuerpos y bienes, un divorcio limitado, una separación judicial, una manutención separada, un acuerdo entre cónyuges, un acuerdo de división de bienes matrimoniales y un acuerdo de división de bienes.

que sean elegibles. Sin embargo, si no inscribe a sus dependientes dentro de los 30 días desde la fecha en que resultó elegible por primera vez para recibir la cobertura de salud conforme a este Plan, la cobertura de sus dependientes no comenzará hasta la fecha en que le notifique al Fondo. Después de que comience su cobertura conforme al plan, si se produce un cambio en su situación familiar (por ejemplo, se casa o adopta a un niño) o desea cambiar la cobertura de un dependiente existente por cualquier razón, debe llenar el formulario correspondiente. Se aplican normas especiales respecto a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su nuevo dependiente. (Consulte la sección Su obligación de avisar en las páginas 19 y 20 para obtener más detalles).

Las reclamaciones de dependientes para gastos elegibles se pagarán sólo después de que el Fondo haya recibido el formulario correspondiente y la documentación acreditativa. Si sus formularios no están llenados de forma completa o exacta, o si el Fondo no recibe la documentación solicitada, se retrasará cualquier beneficio pagadero. El Fondo puede solicitar periódicamente un comprobante de que usted o su dependiente siguen siendo elegibles. Si no suministra dicha información, podría perder la cobertura y el derecho de elegir la continuación de la cobertura de salud conforme a COBRA.

Su obligación de avisar

Si después de que su cobertura conforme al plan haya entrado en vigencia ocurre un cambio en su situación familiar (por ej. matrimonio, separación legal, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo), es su obligación avisar inmediatamente al Fondo de dicho cambio y llenar el formulario correspondiente. Si avisa al Fondo dentro de un plazo de 30 días a partir del matrimonio o nacimiento o adopción de un hijo, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará en la fecha del matrimonio o en la fecha del nacimiento o adopción. Si no avisa al Fondo dentro de los 30 días, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará a regir a partir de la fecha en que usted notifique al Fondo. No se pagarán beneficios hasta que proporcione al Fondo la documentación acreditativa necesaria. Además, asegúrese de notificarle al Fondo si su nieto(a) o sobrino(a) ya no vive con usted, se casó o de otra manera ya no cumple los requisitos para obtener cobertura, según se describe en las páginas 16 y 17.

Si no le notifica al Fondo sobre un cambio en la situación familiar podría producirse un retraso o rechazo del pago de los beneficios de salud o la pérdida del derecho a elegir la continuación de la cobertura de salud conforme a COBRA. Además, solicitar a sabiendas beneficios para una persona que no es elegible se considera un fraude y podría estar sujeto a procedimientos penales.

Los beneficios que se proporcionan

El Fondo brinda beneficios de la vista, de seguro de vida y de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Cada uno de estos beneficios se describe en las secciones siguientes.

Beneficios de cuidado de la vista

Su beneficio de cuidado de la vista es administrado por Davis Vision, el cual mantiene una **red** nacional de proveedores de cuidado de la vista. Si necesita un examen de la vista, lentes correctivos (incluidos los de contacto) o marcos, puede acudir a un **proveedor participante** o a uno no participante. Al usar un **proveedor participante**, puede obtener un examen y anteojos sin costos que deba pagar de su bolsillo, pero sus opciones de marcos estarán limitadas a la selección del Plan. Si desea marcos y/o lentes que cuesten más que el límite del Plan, usted deberá pagar la diferencia.

Si se atiende con un proveedor no participante, puede obtener hasta \$30 por exámenes de la vista, \$60 por lentes y \$60 por marcos. Usted será responsable de pagar la totalidad de los cargos y se le reembolsará hasta los montos permitidos.

No hay beneficios **fuera de la red** para participantes y dependientes menores de 19 años.

Si obtiene lentes de contacto en lugar de lentes y marcos, ya sea de un proveedor participante o no participante, el reembolso máximo por los lentes de contacto es de \$120. Si se atiende con un **proveedor participante**, el examen de la vista es gratis. Si acude a un proveedor no participante, puede recibir hasta \$30 para su examen de la vista. Usted será responsable de pagar cualquier cargo que supere el máximo permitido.

Dichos beneficios máximos se pagan dentro de cualquier período de 24 meses⁽³⁾, a partir de la fecha en que incurrió en gastos por cuidado de la vista por primera vez (por lo general, un examen de la vista). Por ejemplo, si se realiza un examen de la vista el 1 de septiembre de 2013, tiene hasta el 1 de septiembre de 2015 (siempre y cuando siga siendo elegible para los beneficios del Fondo) para recibir los beneficios citados anteriormente por los lentes y los marcos o lentes de contacto. Ningún beneficio de cuidado de la vista no utilizado se puede transferir ni usar en un período subsiguiente de 24 meses.

Para acceder a sus beneficios del Plan de cuidado de la vista:

- muestre su tarjeta de Davis Vision a un proveedor de Davis Vision o
- visite a un proveedor no participante y presente luego un formulario de reclamación del Plan de cuidado de la vista a Davis Vision para su reembolso.

Para encontrar a un **proveedor participante**, llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-999-5431.

Gastos elegibles

El Plan cubre los siguientes gastos de cuidado de la vista:

- exámenes de la vista realizados por un oftalmólogo u optometrista legalmente calificado y acreditado, y
- lentes correctivos recetados que usted reciba de un óptico, oftalmólogo u optometrista legalmente calificado y acreditado.

⁽³⁾ Los participantes y los dependientes de 19 años o menos son elegibles para un examen de la vista una vez cada 12 meses.

Gastos excluidos

La cobertura de cuidado de la vista del Plan no reembolsa ni realiza pagos por gastos en los que se haya incurrido o que resulten de:

- tratamiento o servicios oftalmológicos pagaderos bajo las disposiciones de cualquier otro beneficio del Plan,
- anteojos sin receta médica,
- gastos ornamentales, y
- beneficios **fuera de la red** para participantes y dependientes menores de 19 años.

Beneficios de seguro de vida

Monto del beneficio

Su cobertura de seguro de vida, administrada por MetLife, es de \$25,000. Los beneficios del seguro de vida se le pagan a su beneficiario si usted muere mientras la cobertura está vigente.

Designación de un beneficiario

Su beneficiario será la persona o personas a quienes usted nombre por escrito en un formulario que se conserva en MetLife. Su beneficiario puede ser cualquier persona que usted elija, y usted puede cambiar la designación de su beneficiario en cualquier momento llenando y presentando un nuevo formulario en MetLife. Puede obtener un formulario de beneficiario de MetLife en www.32bjfunds.org; una vez allí seleccione la pestaña 32BJ Health Fund y haga clic en los formularios (forms).

Si usted no nombra a un beneficiario, o si éste muere antes que usted y antes de que haya nombrado uno nuevo, su beneficio de seguro de vida se pagará en el siguiente orden:

- 1) su cónyuge, si está vivo,
- 2) sus hijos vivos, en partes iguales,
- 3) sus padres vivos, en partes iguales, y
- 4) a su sucesión, si no es posible a ninguno de los anteriores.

El Plan no paga beneficios de seguro de vida a un beneficiario designado que esté involucrado de forma alguna en la muerte intencional del participante. En los casos en los que se aplique esta norma, si no se ha designado un beneficiario que pueda recibir los beneficios, los mismos se pagarán en el orden indicado anteriormente.

Extensión del seguro de vida por discapacidad

Si está discapacitado y recibe beneficios conforme al beneficio de discapacidad a corto plazo o de la indemnización por accidentes o enfermedades laborales, su seguro de vida continuará durante seis meses desde la fecha de su discapacidad o hasta que ésta termine, lo que ocurra primero. En tanto dure esta cobertura extendida, su nivel de beneficios se mantendrá exactamente al mismo nivel que estaba cuando quedó discapacitado.

El Fondo se reserva el derecho de volver a certificar la discapacidad según se describe en las páginas 12 y 13. Si fallece antes de presentar un comprobante de su discapacidad, su beneficiario debe proporcionar un certificado de defunción y un comprobante de discapacidad total *en un plazo de 90 días* después de su muerte.

El aviso de aprobación o rechazo de beneficios se enviará a su beneficiario designado por escrito. (Consulte la página 30 para obtener información sobre cómo apelar una reclamación rechazada).

Cuándo termina la cobertura

La cobertura del seguro de vida termina si no se informa que ha trabajado en dos **períodos de pago** consecutivos. Su elegibilidad terminará el último día del segundo **período de pago** en el que no se informen horas, excepto por lo dispuesto anteriormente o si cuenta con extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a una discapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 11 a 13). Consulte las páginas 46 y 47 para obtener información acerca de cómo convertir su póliza de seguro de vida colectivo en una de seguro de vida individual.

Beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)

El seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (“AD&D”, por sus siglas en inglés), administrado por MetLife, se aplica a accidentes dentro y fuera del trabajo, así como dentro y fuera del hogar. No es igual al seguro de indemnización por accidentes o enfermedades laborales, que sólo lo cubre en el trabajo. Usted es elegible mientras permanezca en un **empleo cubierto** y durante 30 días después de que su **empleo cubierto** termine. Su beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales es adicional a su seguro de vida y es pagadero si muere o pierde una extremidad a causa de un accidente *dentro de los 90 días* posteriores a ese accidente.

Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)

Si pierde la vida en un accidente, o ambas manos o por encima de la muñeca, o ambos pies o por encima del talón, o la vista en ambos ojos, o cualquier combinación de mano, pie y vista en un ojo, el beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero a su beneficiario es de \$25,000. Si pierde una mano a la altura de la muñeca o por encima de ésta, o un pie a la altura del tobillo o por encima de éste, o la vista en un ojo, el beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero a su beneficiario es de \$12,500.

La “pérdida” de una mano o pie significa el corte real y completo por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la vista significa la pérdida completa e irreversible de la vista.

Para todas las pérdidas cubiertas provocadas por todas las lesiones que se sufra en un mismo accidente, se pagará un solo monto completo.

Comuníquese con MetLife para reclamar los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales.

Lo que no está cubierto

No se pagarán beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales por lesiones que resulten de cualquiera de las siguientes causas:

- enfermedad o dolencia física o mental, o el diagnóstico o tratamiento de dicha enfermedad o dolencia física o mental,
- infección que no se haya producido en una herida accidental externa,
- suicidio o intento de suicidio,

- lesión autoinfligida de forma intencional,
- servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional, excepto por la Guardia Nacional de los Estados Unidos,
- cualquier accidente relacionado con un viaje en una aeronave como piloto, miembro de la tripulación, estudiante de vuelo o mientras desempeñaba cualquier función que no sea la de pasajero; paracaidismo u otro tipo de descenso desde una aeronave, excepto por motivos de supervivencia; viaje en una aeronave o dispositivo utilizado para: pruebas o fines experimentales; al mando o para cualquier autoridad militar; o diseñado para viajar más allá de la atmósfera de la tierra,
- la perpetración o intento de perpetrar un delito,
- el consumo o la utilización voluntaria por cualquier medio de cualquier tipo de droga, medicamento o tranquilizante, a menos que se tome o utilice según lo recetó un **médico**, o una droga, medicamento o tranquilizante de "venta libre" tomado según se recetó; alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o tranquilizante; o veneno, gas, o vapores,
- guerra, ya sea declarada o no, o acto de guerra, insurrección, rebelión o disturbio, o,
- si la parte lesionada estaba intoxicada al momento del incidente y operaba un vehículo u otro dispositivo involucrado en el incidente. “Intoxicada” significa que el nivel de alcohol en la sangre de la persona lesionada era igual o superior al nivel que crea una presunción jurídica de intoxicación según las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el incidente.

Cuándo termina la cobertura

La cobertura del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales termina 30 días después de que termine su empleo. Del mismo modo que su seguro de vida, su cobertura en caso de muerte y mutilación accidentales puede continuar mientras tenga una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a discapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 11 a 14).

Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

Esta sección describe los procedimientos para presentar reclamaciones de beneficios del Plan. También describe el procedimiento que usted debe seguir si se rechaza total o parcialmente su reclamación y usted desea apelar dicha decisión.

Reclamaciones de beneficios

Una reclamación de beneficios es una solicitud de beneficios del Plan que se realiza de acuerdo con los procedimientos de reclamaciones del Plan. Tenga en cuenta que lo siguiente **no** se considera reclamaciones de beneficios:

- inquietudes acerca de las disposiciones del Plan o la elegibilidad que no se relacionan con ninguna reclamación de beneficios específica, y
- una solicitud de aprobación previa de un beneficio que no requiere la aprobación previa del Plan.

Presentación de reclamaciones de beneficios del cuidado de la vista

Si se atiende con proveedores de cuidado de la vista participantes, no necesita presentar reclamaciones. Los proveedores lo harán por usted. Si no se atiende con un proveedor de cuidado de la vista participante, deberá presentar una reclamación de cuidado de la vista ante Davis Vision para el reembolso de los gastos elegibles. Consulte la tabla en la página 27 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. Puede obtener un formulario de reclamación de cuidado de la vista en el Centro de servicios para afiliados. **Las reclamaciones de cuidado de la vista se deben presentar lo antes posible, y nunca después de transcurridos más de 180 días después de la fecha del servicio. Las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha de servicio se rechazarán.**

Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)

Para presentar una reclamación del beneficio de seguro de vida, su beneficiario debe llenar un formulario de reclamación y presentar una copia certificada de su certificado de defunción. **Una reclamación de beneficios del seguro de vida se debe presentar lo antes posible después de la muerte del participante.**

Para presentar una reclamación del beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales, debe llenar el formulario de reclamación correspondiente. En caso de muerte, su beneficiario debe presentar una copia certificada de su certificado de defunción junto con un formulario de reclamación lleno. **Se debe presentar una reclamación del beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales en un plazo de 90 días después de ocurrida la pérdida.**

Puede conseguir formularios de reclamación de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales comunicándose con MetLife.

Adónde enviar los formularios de reclamaciones

Beneficio	Dirección de presentación
Cuidado de la vista (solamente proveedores no participantes; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	Davis Vision Vision Care Processing Unit P.O. Box 1525 Latham, NY 12110
Seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100

Aprobación y rechazo de reclamaciones

Existen procesos separados de aprobación y rechazo de reclamaciones para las reclamaciones de cuidado de la vista y para el seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Estos procesos se describen por separado a continuación. Lea esta información para asegurarse de estar completamente al tanto de estos procedimientos y de lo que debe hacer para cumplirlos.

Reclamaciones de cuidado de la vista

Las reclamaciones de cuidado de la vista se aprobarán o rechazarán dependiendo de si su reclamación es anterior al servicio, simultánea al servicio o posterior al servicio.

- *Reclamaciones anteriores al servicio.* Esta es una reclamación de un beneficio para el cual el Plan exige aprobación del beneficio (total o parcial) antes de obtener atención. No se requiere la aprobación previa de servicios para ciertos beneficios de la vista. Para reclamaciones anteriores al servicio presentadas adecuadamente, se le informará de la decisión a usted, y/o a su **médico** en un *plazo de 15 días* después de recibir el aviso de reclamación, a menos que se necesite tiempo adicional. El plazo de respuesta se puede extender hasta *15 días* si es necesario, debido a motivos que estén fuera del control del revisor de las reclamaciones. Se le informarán las circunstancias que hagan necesaria esta extensión del plazo, y la fecha para la cual se espera una decisión.

Si presenta una reclamación anterior al servicio de manera incorrecta, se le informará lo antes posible de los procedimientos correctos que se deben seguir para volver a presentar la reclamación, antes de *cinco días* después de la recepción de la reclamación. Sólo recibirá un aviso de una reclamación anterior al servicio presentada de manera incorrecta si ésta incluye:

- su nombre,
- su dirección actual,
- su enfermedad específica o síntoma, y
- un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se requiere aprobación.

A menos que la reclamación se vuelva a presentar correctamente, no constituirá una reclamación. Si se necesita una extensión debido a que se requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted y su **médico** tendrán *45 días* después de la recepción de la notificación para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación.

Durante el período en que se le permita proporcionar información adicional, se postergará el período normal para tomar la decisión sobre la reclamación. El plazo se posterga desde la fecha del aviso de extensión durante *45 días* o hasta la fecha en que el revisor de la reclamación reciba su respuesta a la solicitud (lo que ocurra antes). El revisor de la reclamación entonces tendrá *15 días* para tomar una decisión sobre una reclamación anterior al servicio y le notificará de la determinación.

- *Reclamaciones de atención simultáneas.* Ésta es una reclamación que se reconsidera después de que se ha otorgado una aprobación inicial y que lleva a una reducción, cancelación o extensión de un beneficio. Un ejemplo de este tipo de reclamación es una hospitalización, certificada originalmente para cinco días, que se revisa a los tres días para determinar si son necesarios más días. En este caso, la decisión de reducir o extender el tratamiento se toma mientras dicho tratamiento está en curso.

El revisor de reclamaciones revisará cualquier solicitud presentada por un reclamante para extender el tratamiento aprobado *en un plazo de 24 horas* a partir de la recepción de la reclamación, siempre y cuando ésta se haya recibido al menos *24 horas* antes de que venza el tratamiento aprobado.

- *Reclamaciones posteriores al servicio.* Ésta es una reclamación que se presenta para el pago después de que se han obtenido los servicios de salud y el tratamiento.

Normalmente usted recibirá una decisión en cuanto a su reclamación posterior al servicio *en un plazo de 30 días* a partir de la recepción de la reclamación. Este período se puede extender una vez hasta por *15 días* si es necesario debido a motivos extraordinarios. Si es necesaria una extensión, se le notificará, antes del fin del período inicial de 30 días, de las circunstancias que exigen la extensión del plazo y de la fecha para la cual se tomará la determinación.

Si se necesita una extensión debido a que se requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted tendrá *45 días* después de la recepción de la notificación para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación.

Durante el período en que se le permita proporcionar información adicional, se postergará el período normal para tomar la decisión sobre la reclamación. El plazo se posterga desde la fecha del aviso de extensión durante *45 días* o hasta la fecha en que el revisor de la reclamación reciba su respuesta a la solicitud (lo que ocurra antes). *Dentro de 15 días* después del vencimiento de este período, se le informará de la decisión.

Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)

Si usted o su beneficiario presentan una reclamación de beneficios del seguro de vida o de muerte y mutilación accidentales, MetLife tomará una decisión al respecto y le notificará sobre ésta *en un plazo de 90 días*. Si MetLife necesita una extensión del plazo debido a motivos que están fuera de su control, se le permite un período adicional de *90 días*. MetLife le informará a usted, a su representante autorizado, a su beneficiario o al ejecutor de su sucesión, según sea aplicable, antes del vencimiento del período original de 90 días del motivo para el retraso y de la fecha en que se tomará la decisión. La decisión se tomará dentro del período de extensión de 90 días y MetLife le notificará por escrito.

Aviso de la decisión

Recibirá un aviso por escrito del rechazo de la reclamación que indicará las razones para el rechazo, si el rechazo es total o parcial y si se toma alguna determinación adversa de beneficios (por ejemplo, el Plan paga menos del 100% de la reclamación). Para reclamaciones anteriores al servicio, usted recibirá un aviso de la determinación, incluso cuando la reclamación se apruebe. El plazo de entrega de este aviso depende del tipo de reclamación, según se describe en las páginas 27 a 29.

Apelación de reclamaciones rechazadas

Una apelación es una solicitud que usted, o su representante autorizado, presentan para que se revise y reconsidere una determinación adversa de beneficios. Existen distintos procesos de apelación para las reclamaciones de beneficios de la vista y para el seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales.

La siguiente tabla proporciona un breve resumen de a quiénes se les debe presentar una apelación y los niveles de apelación disponibles para cada tipo de reclamación rechazada:

Tipo de reclamación rechazada	Apelación en primera instancia	Apelación en segunda instancia
Cuidado de la vista	Davis Vision	Junta de fideicomiso*
Vida/muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company	Junta de fideicomiso*

* Esta instancia de apelación es voluntaria.

Presentación de una apelación

Para todos los tipos de reclamaciones, tiene *180 días* a partir de la fecha de la carta de aviso inicial sobre el rechazo de la reclamación para presentar una apelación de primera instancia después del aviso de una reclamación rechazada.

Su apelación debe incluir su número de identificación, las fechas en que se prestó el servicio en cuestión y cualquier información relevante que apoye su apelación.

Si presenta una apelación, se le proporcionará, sin costo, acceso a todos los documentos, registros u otra información relacionada con su apelación, o bien copias de ellos (lo que incluye, en el caso de una determinación de discapacidad, la identidad de cualquier experto médico o vocacional a quien el revisor de reclamaciones haya pedido asesoramiento en relación con la decisión de rechazar su solicitud).

Un documento, registro o información es relevante para la revisión si corresponde a cualquiera de las siguientes categorías:

- el revisor de reclamaciones se basó en ello para tomar la decisión,
- se presentó, se consideró o se generó durante la toma de la decisión (ya sea que la decisión se haya basado en ello o no),
- demuestra que cumple con los procesos administrativos del revisor de reclamaciones para garantizar la toma de decisiones coherente,
- constituye una declaración de la póliza del Plan acerca del servicio o tratamiento rechazado.

Usted (o su representante autorizado) puede presentar asuntos, comentarios, documentos u otra información relacionada con la apelación (sin importar si esta fue presentada con su reclamación original).

Si usted no solicita la revisión de una reclamación rechazada en un plazo de 180 días desde la fecha del rechazo, renunciará a su derecho de revisión del rechazo. Debe presentar una apelación ante la parte que corresponda y seguir todo el proceso antes de poder entablar una demanda en los tribunales. Si no lo hace, puede que se le impida utilizar los recursos legales.

Dónde presentar una apelación de primera instancia

Beneficio	Escriba a:	O llame al
Cuidado de la vista	Davis Vision, P.O. Box 791 Latham, NY 12110	Sólo se aceptan apelaciones por escrito
Seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100 Fax: 1-570-558-8645	Sólo se aceptan apelaciones por escrito

Plazos para las decisiones sobre apelaciones

El plazo dentro del cual se tomará una decisión sobre una apelación depende del tipo de reclamación por el cual se presentó una apelación.

Apelación de reclamaciones de servicios anteriores o simultáneas al servicio

Si presenta una apelación por una reclamación anterior al servicio (cuando todavía no se recibe este) o una atención simultánea al servicio (mientras se recibe el servicio) que no incluye atención urgente, se tomará una decisión y se le notificará *en un plazo de 30 días* desde la recepción de la apelación. Se decidirá una apelación por el cese o reducción de un beneficio aprobado anteriormente lo antes posible, pero en todo caso antes del cese o reducción del beneficio.

Apelación de reclamaciones de servicios de cuidado de la vista posteriores al servicio

Si presenta una apelación por una reclamación posterior al servicio, se tomará una decisión y se le notificará *en un plazo de 60 días* luego de recibida su apelación.

Instancia voluntaria de apelación

Reclamaciones de cuidado de la vista y reclamaciones del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)

Una vez que recibe el aviso del rechazo de la apelación presentada oportunamente⁽⁴⁾ en primera instancia de una reclamación de cuidado de la vista o una reclamación de un seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, ha agotado todas las opciones requeridas de apelaciones internas.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede iniciar una acción civil de acuerdo con la Sección 502(a) de la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (“ERISA”, por sus siglas en inglés). Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación obligatorio y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que los plazos descritos en la SPD hayan transcurrido adecuadamente desde que presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o aviso de que se necesita una extensión del plazo para llegar a ésta. **Además, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en la cual se rechazó la apelación correspondiente.** Como alternativa puede presentar una apelación voluntaria ante el Comité de Apelaciones de la Junta de fideicomiso.

⁽⁴⁾ El Comité de Apelaciones no atiende apelaciones voluntarias de reclamaciones para las apelaciones obligatorias que no se presentaron a tiempo ante el revisor de apelaciones correspondiente. Si el revisor de apelaciones rechaza su apelación por no haberla presentado a tiempo, no hay apelación voluntaria al Comité de Apelaciones de la Junta de fideicomiso.

Se tendrá que presentar esta apelación voluntaria *dentro de un plazo de 180 días* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación que le envió el revisor correspondiente, según figura en la tabla de la sección Apelación de reclamaciones rechazadas.

La instancia voluntaria de apelación está disponible solo después de que usted (o su representante) haya cumplido el proceso de apelación obligatoria correspondiente que exige el Plan, como se describió anteriormente. Esta instancia de apelación es *completamente voluntaria*, es decir, no la exige el Plan y sólo está disponible si usted (o su representante) lo solicita. El Plan no declarará la falta de agotamiento de los recursos administrativos en caso de que usted o su representante autorizado elijan presentar una reclamación en los tribunales en vez de hacerlo por medio de la instancia voluntaria de apelación. El Plan no le impondrá (ni a usted ni a su representante) honorarios ni costos debido a que usted o su representante autorizado escoja invocar el proceso voluntario de apelación. Su decisión de presentar o no una disputa por beneficios en la instancia voluntaria de apelación no tendrá efecto sobre sus derechos a cualquier otro beneficio cubierto por el Plan. Si lo solicita, el Plan le proporcionará (a usted o a su representante) información suficiente para que evalúe con conocimiento de causa la presentación de una reclamación por medio del proceso de apelaciones voluntarias, lo que incluye su derecho de representación.

Su apelación voluntaria debe incluir su número de identificación, las fechas en que se prestó el servicio en cuestión y cualquier información adicional que sustente su apelación. Usted (o su representante autorizado) puede escribir al Comité de Apelaciones a la siguiente dirección:

**Building Service 32BJ Health Fund
Board of Trustees – Appeals Committee
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676**

Si usted (o su representante autorizado) escoge presentar la reclamación en los tribunales después de completar la apelación voluntaria, se suspenderá la ley de prescripción aplicable a su reclamación en los tribunales durante el período del proceso de apelación voluntaria, que son tres años según los términos del Plan.

Aviso de la decisión de la apelación

Le notificarán por escrito la decisión del Comité de Apelaciones sobre su apelación en un plazo de cinco días después de que se tome la decisión.

Acciones posteriores

Todas las decisiones en la apelación serán finales y vinculantes para todas las partes, sujetas sólo a su derecho de iniciar una acción civil conforme a la sección 502(a) de la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados (ERISA, por sus siglas en inglés) después de haber agotado los procedimientos de apelación del Plan.

Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación obligatoria y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que los plazos descritos en este folleto hayan transcurrido adecuadamente desde que presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o aviso de que se necesita una extensión del plazo para llegar a ésta. **Además, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en la cual se rechazó la apelación correspondiente.** Si no se toma una decisión con respecto a la apelación, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en que el Comité de Apelaciones debería haber tomado una decisión sobre ella.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, comuníquese con la Oficina de cumplimiento de contratos. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación o para obtener asistencia, puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration llamando por teléfono al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.askebsa.dol.gov.

Incapacidad

Si se determina que una persona que tiene derecho a los beneficios del Plan está incapacitada para manejar sus asuntos debido a una enfermedad, accidente o discapacidad, ya sea física o mental, cualquier pago adeudado se debe hacer a otra persona, como un cónyuge o tutor legal. El Fondo decidirá quién tiene derecho a los beneficios en casos como éste.

Dirección de correo

Es importante que notifique al Centro de servicios para afiliados cuando cambie de dirección. Si no podemos localizarlo, el Fondo retendrá cualquier pago de beneficios que le deba, sin intereses, hasta que se pueda realizar el pago. Se le considera incontactable si se devuelve una carta que se le envió por correo de primera clase a su última dirección conocida.

Divulgación de información al Fondo: Fraude

Toda persona que tenga derecho a reclamar beneficios del Plan debe suministrarle al Fondo toda la información necesaria por escrito según se solicite razonablemente con el fin de establecer, mantener y administrar el Plan. El hecho de no cumplir con estas solicitudes en forma oportuna y de buena fe será fundamento suficiente para demorar o rechazar el pago de los beneficios. La Junta será el único juez del nivel de prueba que se exige en cualquier caso y puede adoptar en forma periódica las fórmulas, métodos y procedimientos que considere aconsejables.

La información que le suministra al Fondo, que incluye las declaraciones en cuanto a su edad y estado civil, afectará la determinación de sus beneficios. Si cualquier información que suministra es falsa, o si comete un acto o práctica que constituye fraude, o tergiversa intencionalmente hechos materiales, es posible que deba indemnizar y devolver al Fondo cualquier pérdida o daño causado por las declaraciones falsas, el fraude o la tergiversación. Además, si se presentó una reclamación para su pago o ésta fue pagada por el Fondo como resultado de declaraciones falsas, fraude o tergiversación, el Fondo puede solicitar el reintegro, decidir formular cargos criminales y tomar cualquier otra medida que considere razonable. Solicitar a sabiendas beneficios para una persona que no es elegible se considera un fraude y podría estar sujeto a procedimientos penales.

La Junta se reserva el derecho de cancelar o rescindir la cobertura del Fondo para cualquier participante o dependiente inscrito que deliberadamente y a sabiendas se involucre en una actividad que tenga como fin de estafar al Fondo. Si se ha presentado una reclamación para su pago o ésta fue pagada por el Fondo como resultado de declaraciones fraudulentas, como la inscripción de un dependiente que no es elegible para la cobertura, el Fondo puede solicitar el reembolso y formular cargos criminales.

El Fondo evalúa regularmente las reclamaciones para detectar fraudes o declaraciones falsas. Debe avisar al Fondo de cualquier descuento o ajuste de precios que le haga un proveedor. Un proveedor que lo exime de un copago o coseguro, o se lo devuelve está realizando un arreglo de descuento con usted, a menos que ese proveedor tenga un acuerdo por escrito preaprobado con el Fondo para ese tipo de eximición o devolución. Si no está seguro si su proveedor tiene uno de estos acuerdos por escrito preaprobados, puede comunicarse con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para obtener asistencia.

El Fondo calcula el pago de beneficios sobre la base del monto que se cobró realmente, menos cualquier descuento, bonificación, exención o devolución de copagos, coseguros o deducibles cuando sea aplicable al plan del afiliado.

Pagos en exceso

- Si usted (o su dependiente o beneficiario) recibe pago en exceso por una reclamación, usted (o su dependiente o beneficiario) debe devolverlo. El Fondo tendrá el derecho de recuperar cualquier pago que se haya hecho sobre la base de información falsa o fraudulenta, así como de cualquier pago hecho por error. Los montos recuperados pueden incluir intereses y costos. Si no se devuelve el pago, el Fondo puede deducir el monto de cualquier beneficio futuro proveniente de este Fondo que de otro modo recibiría usted (o su dependiente o beneficiario), o puede entablar una demanda para recuperar el pago.
- Si el pago se realiza a su nombre (o a nombre de un dependiente) a un **médico** u otro proveedor de atención de salud, y se descubre que se trataba de un pago en exceso, el Fondo solicitará la devolución de éste al proveedor. Si no se recibe la devolución, el monto del pago en exceso se deducirá de beneficios futuros que se deban pagar al proveedor, o se puede entablar una demanda para recuperar el pago en exceso.

Cobertura de salud colectiva continuada

Durante una licencia médica y familiar

La Ley de licencias médicas y familiares ("FMLA", por sus siglas en inglés) permite hasta 12 semanas de licencia no remunerada durante cualquier período de 12 meses debido a:

- el nacimiento, adopción o colocación de un hijo con usted en adopción,
- la necesidad de cuidar el cónyuge, un hijo o padre que se encuentre gravemente enfermo,
- que usted se encuentra gravemente enfermo, o
- ciertas exigencias que califican relacionadas con el estado activo de servicio militar del afiliado cubierto, o la notificación de llamada perentoria u orden de estado activo de servicio, en apoyo a una operación de contingencia.

Además, la FMLA permite hasta 26 semanas de licencia en un solo período de 12 meses para cuidar a un afiliado de servicio cubierto que se está recuperando de una lesión o enfermedad grave. Los empleados elegibles tienen derecho a un total combinado de hasta 26 semanas de todos los tipos de licencia FMLA durante el período de 12 meses.

Durante la licencia FMLA, puede seguir con toda la cobertura médica y otros beneficios que ofrece el Plan. En general, es elegible para una licencia conforme a la FMLA si:

- ha trabajado para el mismo **empleador contribuyente** durante al menos 12 meses,
- ha trabajado al menos 1,250 horas durante los 12 meses anteriores, y
- trabaja en un lugar en que el **empleador** tiene contratados al menos a 50 empleados en un radio de 75 millas.

Consulte con su **empleador** para determinar si es elegible para la FMLA.

El Fondo mantendrá la condición de elegibilidad del empleado hasta que termine la licencia, siempre que el **empleador contribuyente** conceda adecuadamente la licencia conforme a la FMLA y el **empleador contribuyente** presente el aviso y el pago exigidos al Fondo. Desde luego, cualquier cambio en los términos, reglas o prácticas del Plan que entren en vigencia mientras se encuentra con licencia se le aplican a usted y a sus dependientes, del mismo modo que con los empleados activos y sus dependientes. Llame al Centro de servicios para afiliados para informarse sobre la cobertura durante una licencia FMLA.

Durante una licencia por servicio militar

Si se encuentra en servicio militar activo durante 31 días o menos, seguirá teniendo cobertura médica conforme a la Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados ("USERRA", por sus siglas en inglés) de 1994. Si está en servicio militar activo durante más de 31 días, la USERRA le permite continuar recibiendo cobertura de la vista para usted y sus dependientes a su cargo hasta por 24 meses siempre que se inscriba para tener cobertura. Esta cobertura continua funciona del mismo modo que COBRA. (Consulte las páginas 39 a 44 para obtener información sobre COBRA). Además, sus dependientes pueden ser elegibles para recibir atención médica conforme a **TRICARE**. Este Plan coordinará la cobertura con **TRICARE**. (Consulte la página 55).

Cuando vuelva a su trabajo después de ser dado de baja en forma honorable, se le restituirá su elegibilidad total el día que vuelva a su trabajo con el **empleador** participante, siempre que vuelva al empleo en uno de los siguientes plazos:

- 90 días desde la fecha de baja si el período de servicio militar fue mayor que 180 días,
- 14 días desde la fecha de baja si el período de servicio militar fue de 31 días o más, pero menor que 180 días, o
- al comienzo del primer período laboral completo programado regularmente, el primer día calendario que sigue a la baja (más el tiempo de viaje y ocho horas adicionales) si el período de servicio fue menor que 31 días.

Si se encontrara hospitalizado o convaleciente de una lesión que hubiera resultado del servicio activo, estos plazos pueden extenderse por hasta dos años. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados a fin de obtener más detalles.

Conforme a COBRA

Conforme a la Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 ("COBRA", por sus siglas en inglés), se exige a los planes de salud colectivos ofrecer la continuación temporal de la cobertura de salud, en que el empleado paga todo, en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo. La "cobertura de salud" incluye la cobertura de la vista del Fondo.

No necesita demostrar que se encuentra en buen estado de salud para elegir la cobertura continua conforme a COBRA, pero sí tiene que cumplir con los requisitos de elegibilidad del Plan para COBRA y debe solicitar la cobertura. El Fondo se reserva el derecho de poner término a su cobertura conforme a COBRA de manera retroactiva si se determina que no es elegible.

Si usted está discapacitado y recibe beneficios conforme al beneficio de discapacidad a corto plazo o la indemnización por accidentes o enfermedades laborales, el Plan proporciona cobertura por hasta seis meses siempre y cuando siga discapacitado, no pueda trabajar y solicite la cobertura. Si su **empleador** lo despide y su despido pasa a arbitraje para su reincorporación, el Plan proporciona cobertura hasta por seis meses. En estos dos casos de cobertura de salud extendida, no necesita pagar la prima ya que el Fondo la paga. Tenga en cuenta que el período máximo en que tiene cobertura conforme a COBRA se reduce con cada período en que recibe cobertura de salud pagada por el Fondo. (Consulte las páginas 12 y 13 para obtener información adicional sobre Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo).

La tabla de la página siguiente muestra el momento en que usted y sus dependientes elegibles pueden calificar para obtener cobertura continua conforme a COBRA y por cuánto tiempo puede continuar ésta. Tenga en cuenta que la siguiente información es un resumen de la ley y, por lo tanto, es de naturaleza general. Si tiene cualquier pregunta sobre COBRA, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados.

Continuación de cobertura conforme a COBRA

La cobertura puede continuar para:	Si:	Duración máxima de la cobertura:
Usted y sus dependientes elegibles	Su empleo cubierto termina por causas distintas a una mala conducta flagrante	18 meses
Usted y sus dependientes elegibles	Se vuelve inelegible para la cobertura debido a la reducción de su jornada laboral (por ejemplo, por licencia)	18 meses
Usted y sus dependientes elegibles	Pide licencia por servicio militar	24 meses
Sus dependientes	Usted muere	36 meses
Su cónyuge y sus hijastros	Se separa legalmente, se divorcia o se anula su matrimonio civilmente	36 meses
Sus hijos dependientes	Sus hijos dependientes ya no califican como dependientes	36 meses
Sus dependientes	Se pone término a su empleo o se reduce su jornada laboral menos de 18 meses después de la fecha de determinarse su derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas)	36 meses desde la fecha de la determinación del derecho a Medicare

Si se casa, tiene un bebé recién nacido o un hijo puesto en adopción con usted mientras tenga cobertura conforme a COBRA, puede inscribir a su cónyuge o hijo dependiente para obtener cobertura por el resto del período continuado conforme a COBRA, con los mismos términos que se aplican a los participantes activos. Las mismas reglas sobre la condición de dependiente y los cambios en la situación familiar que se aplican a los participantes activos se aplicarán a usted o a sus dependientes. Una vez que se elige COBRA, no se puede transferir entre la cobertura familiar y la cobertura individual, a menos que experimente un cambio que califica en su situación familiar.

Licencia FMLA. Si no vuelve al empleo activo después de su licencia FMLA, se vuelve elegible para la continuación conforme a COBRA como resultado de la terminación de su empleo. Para fines de COBRA, su empleo se considera "terminado" cuando finaliza la licencia FMLA o en la fecha en que da aviso a su **empleador** de que no volverá al empleo activo, lo que ocurra primero.

Eventos múltiples que califican. Si sus dependientes califican para la cobertura conforme a COBRA en más de un modo, pueden ser elegibles para un período de cobertura continua de hasta 36 meses a partir de la fecha en que calificaron por primera vez. Por ejemplo, si se pone término a su empleo, usted y sus dependientes inscritos pueden ser elegibles para 18 meses de cobertura continua. Durante este período de 18 meses, si su hijo dependiente deja de ser elegible para la cobertura de dependientes del Plan (un segundo evento que califica), su hijo puede ser elegible por un período adicional de cobertura continua.

Los dos períodos combinados no pueden exceder un total de 36 meses a partir de la fecha de terminación (el primer evento que califica). También puede ocurrir un segundo evento que califica si se separa legalmente o se divorcia, o si muere.

La cobertura continua hasta por 29 meses a partir de la fecha del evento inicial puede estar disponible para quienes, durante los primeros 60 días de cobertura continua, queden totalmente discapacitados según lo dispuesto por el *Título II* o *XVI* de la *Ley del Seguro social*. Estos 11 meses adicionales están disponibles para usted y para sus dependientes elegibles si se proporciona un aviso de discapacidad al Fondo en un plazo de 60 días después de que se emita la determinación de discapacidad de la Social Security Administration y antes de que termine el período continuado de 18 meses. El costo de los 11 meses adicionales de cobertura aumentará a un 150% del costo total de la cobertura.

Para asegurarse de que reciba toda la cobertura conforme a COBRA a la que tiene derecho, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados cuando ocurra algo que lo haga a usted o a sus dependientes elegibles para la cobertura conforme a COBRA.

Notificación al Fondo sobre un evento que califica. Según la ley, para tener derecho a elegir la cobertura conforme a COBRA, usted o sus dependientes son responsables de notificar al Centro de servicios para afiliados de su separación legal o divorcio, de un hijo que pierde la condición de dependiente en el Plan o si usted queda discapacitado (o ya no lo está) según lo determine la Social Security Administration. Usted (o su familiar) debe notificar al Centro de servicios para afiliados por escrito de cualquiera de estos eventos en un plazo menor que 60 días después de ocurrido el evento o 60 días después de que se pierda la cobertura en el Plan debido a dicho evento, lo que ocurra después. Su aviso debe incluir la siguiente información:

- nombres de las personas interesadas en la continuación conforme a COBRA y relación con el participante,
- fecha del evento que califica, y
- tipo de evento que califica. (Consulte la tabla de Eventos que califican en la página 40).

Cuándo su empleador debe notificar al Fondo. Su **empleador** es responsable de notificar al Fondo de su fallecimiento, la terminación de su empleo o la reducción de la jornada laboral. Su **empleador** debe notificar al Fondo sobre uno de estos eventos que califican en un plazo de 30 días después de la fecha del evento que califica. Una vez notificado, el Fondo le envía a usted un aviso de COBRA en un plazo de 14 días.

Elección de COBRA. Después de que se le notifica al Fondo del evento que califica, usted recibirá un aviso de COBRA y un formulario de elección. Para elegir COBRA, usted o sus dependientes deben enviar el formulario de elección de COBRA al Centro de servicios para afiliados en un plazo de 60 días después de la fecha en que perdería la cobertura de salud en el Fondo o 60 días después de la fecha del aviso de COBRA, lo que ocurra después.

Cada uno de sus dependientes elegibles tiene el derecho independiente de elegir la cobertura conforme a COBRA. Esto significa que cada dependiente puede decidir si continúa su cobertura conforme a COBRA o no. Si usted elige la cobertura familiar, usted o sus dependientes solo podrán convertirla en cobertura individual si usted o sus dependientes mueren, usted y su cónyuge se divorcian, o sus dependientes se inscriben en Medicare y el Fondo termina su cobertura conforme a COBRA. Si elige la cobertura individual, solo podrá convertirla en cobertura familiar si se casa, tiene un hijo o adopta un hijo.

Quien elija la cobertura continua conforme a COBRA debe notificar inmediatamente al Centro de servicios para afiliados los cambios de dirección.

Pago de la cobertura conforme a COBRA. Si usted o sus dependientes eligen continuar la cobertura, usted o ellos deben pagar el costo total de la cobertura elegida. Se le permite al Fondo cobrarle el costo total de la cobertura por empleados activos y familias más un 2% adicional (y hasta un 50% adicional para la extensión de 11 meses por discapacidad). El primer pago vence en un máximo de 45 días después de la elección de recibir cobertura (y cubrirá el período entre la fecha en que hubiera perdido la cobertura y la fecha del pago). De ahí en adelante, los pagos deben realizarse el primer día de cada mes. Si el pago no se recibió el primer día del mes, la cobertura terminará. Sin embargo, si se realiza su pago en los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento, se reinstaurará la cobertura retroactivamente hasta la fecha de vencimiento. Los costos pueden cambiar de un año a otro. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información sobre el costo de su cobertura conforme a COBRA.

Si no le notifica al Centro de servicios para afiliados sobre su decisión de elegir la cobertura continua conforme a COBRA o si no realiza el pago exigido, terminará su cobertura en el Plan (y no se puede restituir).

Lo que proporciona la cobertura conforme a COBRA. COBRA ofrece generalmente la misma cobertura de salud que se pone a disposición de empleados o familiares en situación similar; sin embargo no están disponibles los seguros de vida/muerte o mutilación accidentales, salvo según lo establezca la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo durante un máximo de seis meses. Si, durante el período de cobertura continua conforme a COBRA, cambian los beneficios en el Plan para los empleados activos, los mismos cambios se aplicarán a los beneficiarios de COBRA.

Cuándo termina la cobertura conforme a COBRA. La cobertura conforme a COBRA termina normalmente después del período máximo de cobertura que se muestra en la tabla de la página 40. Terminará *antes* del término del período máximo bajo alguna de las siguientes circunstancias:

- Un beneficiario de COBRA deja de realizar los aportes exigidos de COBRA puntualmente.
- Un beneficiario de COBRA se inscribe en Medicare (Parte A, B o ambas) después de la fecha de elección de COBRA u obtiene cobertura en otro plan colectivo que no posee una cláusula de enfermedades preexistentes que afecte la cobertura conforme a COBRA del beneficiario⁽⁵⁾.
- Se extiende la cobertura durante hasta 29 meses debido a discapacidad y existe una determinación definitiva de que el beneficiario de COBRA ya no está discapacitado. El beneficiario de COBRA debe notificar al Centro de servicios para afiliados en un plazo de 30 días después de dicha determinación definitiva.

Se le notificará si se cancela COBRA antes de que se cumpla el período original.

No se puede restituir la cobertura continua conforme a COBRA después de que termina por cualquier motivo.

⁽⁵⁾ Existen limitaciones en las exclusiones de afecciones preexistentes que impone el Plan, y esas exclusiones están prohibidas a partir de 2014.

Otra información del Plan de salud que debe saber

Cesión de beneficios del Plan

No puede ceder o transferir beneficios a nadie más que un proveedor de servicios de salud (lo que se hace llenando un formulario de reclamación, el cual enviará el proveedor de la atención al Plan, o llenando un formulario que proporcionará el Fondo). No se pueden prometer los beneficios que se le deben con el fin de obtener un préstamo.

Los beneficios o pagos cubiertos por el Plan no se pueden ceder ni transferir de otro modo, excepto como lo exige la ley. Los beneficios tampoco están sujetos a reclamación alguna de acreedores o al proceso legal iniciado por un acreedor de cualquier persona cubierta, excepto conforme a una orden de manutención infantil médica calificada ("QMCSO", por sus siglas en inglés). Una orden de manutención infantil médica calificada es aquella que emite un tribunal u organismo estatal que exige a un empleado que proporcione cobertura en planes de salud colectivos a un hijo.

Una orden de manutención infantil médica calificada es generalmente resultante de un divorcio o separación legal. Siempre que el Centro de servicios para afiliados recibe una orden de manutención infantil médica calificada, el Fondo examina detenidamente su condición de que califica en concordancia con los procedimientos sobre órdenes de manutención infantil médica calificadas adoptados por la Junta y conforme la ley federal. Para obtener más información sobre las órdenes de manutención infantil médica calificadas, u obtener una copia de los procedimientos del Plan sobre estas sin costo, comuníquese con la Oficina de cumplimiento de contratos en la dirección que aparece en la página 54.

Exención de responsabilidad por la práctica médica

Ni el Fondo, la Junta ni sus designados:

- participan en la práctica de la medicina, ni tiene ninguno de ellos control sobre el diagnóstico, tratamiento, atención o falta de ésta, o sobre servicios de atención de salud que un proveedor de servicios de salud le preste, y
- tendrán responsabilidad alguna por una pérdida o lesión causada a usted por algún proveedor de servicios de salud por razones de negligencia, por no brindar atención o tratamiento, o de ningún otro modo.

Privacidad de la información de salud protegida

La Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés) es una ley federal que impone ciertas obligaciones de confidencialidad y seguridad al Fondo respecto de los registros médicos y de otra información de salud que lo identifique como individuo usada o divulgada por el Fondo. La HIPAA también le otorga derechos respecto de su información de salud, lo que incluye algunos derechos para recibir copias de dicha información sobre usted, que el Fondo guarde, y para saber cómo puede usarse su información de salud. Una descripción completa de cómo usa el Fondo su información de salud, y de sus otros derechos conforme a las reglas de privacidad de la HIPAA, está disponible en el "Aviso de prácticas de privacidad" del Fondo que se distribuye a todos los participantes mencionados. Cualquier persona puede solicitar una copia adicional de este aviso comunicándose con la Oficina de cumplimiento de contratos en la dirección que aparece en la página 54.

La Junta de fideicomiso del Fondo adoptó parte del lenguaje sobre privacidad y seguridad que usa la HIPAA, lo que exige que la Junta de fideicomiso, en su función de patrocinador del Plan para el Fondo, mantenga la privacidad y seguridad de su información de salud. Puede dirigir cualquier pregunta sobre la HIPAA a la Oficina de cumplimiento de contratos en la dirección que aparece en la página 54.

Conversión a cobertura individual

Seguro de vida. Después de que termine su seguro de vida colectivo conforme al Plan, puede convertirlo a una póliza de seguro de vida individual, siempre que solicite la conversión de cobertura en un plazo de:

- 31 días a partir de la fecha en que terminaron los beneficios, o
- 45 días a partir de la fecha en que se dio aviso, si éste se da en más de 15 días, o menos de 90 días después de la fecha en que hayan terminado los beneficios. (Este período es separado y aparte de lo dispuesto en el Plan sobre COBRA).

Sólo puede convertir su cobertura colectiva a una póliza Whole Life, Universal Life o de plazo de un año no renovable. El monto convertido a una póliza individual no puede exceder el monto que tenía en la póliza colectiva. El monto de su cobertura de seguro de vida es de \$25,000.

Su póliza individual entrará en vigencia 61 días después de que termine su cobertura. No obstante, la protección del seguro de vida colectivo sigue estando vigente durante el período de aplicación citado anteriormente, sin importar que haya ejercido la opción de conversión. Comuníquese con MetLife para obtener información sobre la conversión de su seguro de vida.

Todos los demás beneficios del Plan. No puede convertir los beneficios de la vista y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales en una cobertura individual.

Información general

Aportes del empleador

El Plan recibe aportes conforme a los acuerdos colectivos de trabajo entre Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc., o varios **empleadores** independientes, y su unión. Estos acuerdos colectivos de trabajo estipulan que los **empleadores** aporten al Fondo en nombre de cada empleado cubierto. Los **empleadores** que han suscrito estos acuerdos colectivos de trabajo también pueden participar en el Fondo en nombre de empleados que no son parte del acuerdo colectivo de trabajo, si es aprobado por los Agentes fiduciarios, mediante la firma de un acuerdo de participación. Otros **empleadores** (como la misma Local 32BJ y el 32BJ Benefit Funds) participan en el Fondo en nombre de sus empleados mediante la firma de un acuerdo de participación.

La Oficina de cumplimiento de contratos le puede proporcionar, cuando lo solicite por escrito, la información de si un **empleador** en particular está aportando al Fondo en nombre de los participantes que trabajan bajo un acuerdo colectivo de trabajo o un acuerdo de participación, y si es así, el Plan al que aporta el **empleador**.

Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios

Existen ciertas situaciones en las que se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios. La mayoría de estas circunstancias se explican en este folleto, pero el pago de beneficios también se puede ver afectado si usted, su dependiente, su beneficiario o su proveedor de servicios, según corresponda, no:

- presenta una reclamación de beneficios en forma adecuada u oportuna,
- entrega la información exigida para completar o verificar una reclamación,
- tiene una dirección actualizada en los archivos del Centro de servicios para afiliados, y
- cobra los cheques dentro de los dieciocho (18) meses de la fecha de emisión. Los montos de estos cheques no cobrados se reintegrarán a los activos del Fondo y se agregarán a los activos netos disponibles para beneficios en las declaraciones financieras del Fondo.

También debe tener en cuenta que los beneficios del Plan no se pagan a dependientes inscritos que se vuelvan no elegibles debido a la edad, matrimonio, divorcio o separación legal (a menos que elijan y paguen por los beneficios conforme a COBRA, como se describe en las páginas 39 a 44).

Si el Plan paga equivocadamente más que la cantidad para la que usted es elegible, o paga beneficios que no están autorizados por el Plan, el Fondo puede recurrir a los recursos permitidos por la ley para recuperar los beneficios que pagó por error. (Consulte también la sección Pagos en exceso en las páginas 36 y 37).

Cumplimiento de las leyes federales

El Plan está regido por los reglamentos y las normas del Servicio de Impuestos Internos, el Departamento del Trabajo y la ley tributaria vigente. Siempre se deberá interpretar el Plan de manera que se cumplan estos reglamentos, normas y leyes. Generalmente, las leyes federales tienen prioridad sobre las leyes estatales.

Modificación o cancelación de un Plan

La Junta pretende mantener el Plan de forma indefinida, pero se reserva el derecho de modificarlo o cancelarlo a su absoluta discreción. Si el Plan es cancelado o modificado de alguna forma, esto no afectará su derecho a recibir el reembolso por los gastos elegibles en los que haya incurrido antes de la cancelación o modificación.

Si se cancela totalmente el Plan, los activos de éste se aplicarán para proporcionar beneficios de acuerdo con las disposiciones correspondientes del Acuerdo de fideicomiso y la ley federal.

Tenga en cuenta que los beneficios proporcionados por el Plan no son adquiridos. Esto se cumple tanto para los jubilados como para los empleados activos. Por lo tanto, la Junta puede cancelar o modificar los beneficios, incluyendo los beneficios para los jubilados, en cualquier momento a su absoluta discreción.

Administración del Plan

El Plan es lo que la ley llama un programa de beneficios de "salud y bienestar". Los beneficios se proporcionan a partir de los activos del Fondo. Esos activos se acumulan conforme a las disposiciones del Acuerdo de fideicomiso y se mantienen en el Fondo de fideicomiso con el propósito de proporcionar beneficios a los participantes cubiertos y a sus dependientes, y de costear los gastos administrativos razonables.

El Plan es administrado por la Junta de fideicomiso. La Junta rige este Plan conforme a un Acuerdo y declaración de fideicomiso. La Junta o sus designados debidamente autorizados tienen el derecho, facultad y autoridad exclusivos, a su absoluta discreción, para administrar, aplicar e interpretar el Plan establecido según este Acuerdo de fideicomiso y para decidir todos los asuntos que surjan en relación con la operación o administración del Plan establecido según el fideicomiso. Sin limitar la generalidad de lo anterior, la Junta y/o sus designados debidamente autorizados, incluido el Comité de Apelaciones con respecto a las apelaciones de reclamaciones de beneficios, tendrán toda la autoridad a su absoluta discreción para:

- tomar todas las medidas y decisiones con respecto a la elegibilidad para el Plan y el monto de los beneficios pagaderos según éste,
- formular, interpretar y aplicar las reglas, reglamentos y políticas necesarias para administrar el Plan de acuerdo con los términos del Plan,
- decidir todos los asuntos, incluidos los asuntos legales o de hecho, relativos al cálculo y pago de beneficios del Plan,
- resolver o aclarar cualquier ambigüedad, inconsistencia y omisión que surja con respecto al Plan, como se describe en esta SPD, el acuerdo de fideicomiso u otros documentos del Plan,
- procesar y aprobar o rechazar las reclamaciones de beneficios y las reglas sobre exclusiones de beneficios, y
- determinar el nivel de prueba requerido en cada caso.

Todas las determinaciones e interpretaciones hechas por la Junta y/o sus designados debidamente autorizados serán finales y obligatorias para todos los participantes, dependientes elegibles, beneficiarios y cualquier otra persona que reclame beneficios del Plan.

La Junta ha delegado ciertas funciones administrativas y operacionales al personal del Fondo, a otras organizaciones y al Comité de Apelaciones. La mayoría de sus preguntas diarias pueden ser respondidas por el personal del Centro de servicios para afiliados. Si desea comunicarse con la Junta, escriba a:

Board of Trustees
Building Service 32BJ Health Fund
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

Declaración de derechos según la Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 con sus modificaciones

Como participante del Building Service 32BJ Health Fund, usted tiene ciertos derechos y protecciones según la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (“ERISA”, por sus siglas en inglés). ERISA establece que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

- Examinar sin costo, en la Oficina de cumplimiento de contratos, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos y disponible en el salón de información de la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (“EBSA”, por sus siglas en inglés).
- Obtener, mediante solicitud por escrito a la Oficina de cumplimiento de contratos, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500), así como la Descripción abreviada del Plan actualizada. El Fondo puede establecer un costo razonable por las copias.

- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que la Junta proporcione a cada participante una copia de este resumen del informe anual.
- Continuar la cobertura de salud colectiva.

Puede continuar recibiendo la cobertura de salud colectiva por cuenta propia, de su cónyuge o dependientes si existe una pérdida de cobertura en el Plan como resultado de un evento que califica. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar por dicha cobertura. Lea este folleto (consulte las páginas 39 a 44 para obtener información sobre COBRA) y los documentos que rigen el Plan para conocer las normas que rigen los derechos de continuación de COBRA.

Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan

Además de establecer los derechos que tienen los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del Plan. Las personas que administran su Plan, denominados “agentes fiduciarios” del Plan, tienen el deber de actuar prudentemente cuidando sus intereses y los intereses de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Ninguna persona, incluido su **empleador**, su unión ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo para impedir que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza sus derechos según ERISA.

Haga cumplir sus derechos

Si se rechaza o se ignora su reclamación de un beneficio, de forma total o parcial, tiene derecho a conocer el motivo, a obtener sin costo copias de los documentos relacionados con la decisión y a apelar a cualquier rechazo, todo dentro de ciertos plazos.

Según ERISA, puede hacer valer los derechos mencionados anteriormente tomando ciertas medidas. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual de éste y no los recibe dentro de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En dicho caso, el tribunal puede exigirle al administrador del Plan que le proporcione los materiales y le pague un máximo de \$110 diarios hasta que los reciba, a menos que éstos no se hayan enviado por razones ajenas al administrador.

Si se rechaza o se ignora su reclamación de beneficios, ya sea en forma total o parcial, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal después de agotar el proceso de apelación del Plan. Si los fiduciarios del Fondo hacen uso indebido del dinero del Fondo o si sufre algún tipo de discriminación por ejercer sus derechos, puede pedir ayuda al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos o presentar una demanda ante un tribunal federal. No puede presentar una demanda hasta que haya seguido los procedimientos de apelación descritos en las páginas 26 a 34. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si obtiene un fallo favorable, el tribunal puede ordenarle a la parte demandada que pague dichos costos y honorarios. Si el fallo es desfavorable, el tribunal puede ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios si, por ejemplo, se considera que su reclamación no es seria.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene preguntas sobre su Plan, comuníquese con el administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sus derechos según ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos que aparezca en su directorio telefónico, o con:

Division of Technical Assistance and Inquiries
Employee Benefits Security Administration (EBSA)
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue N.W.
Washington, DC 20210

También puede obtener algunas publicaciones sobre sus derechos y deberes según ERISA llamando a la línea directa de EBSA o visitando el sitio Web del Departamento del Trabajo: <http://www.dol.gov> o comuníquese con su número gratuito al 1-866-444-3272.

Información del Plan

Esta SPD es el documento formal del plan para el NYC Schools Part Time Plan del Fondo de salud.

Nombre del plan: Building Service 32BJ Health Fund
Número de identificación del empleador: 13-2928869
Número de Plan: 501
Año del Plan: 1 de julio al 30 de junio
Tipo de Plan: Plan de bienestar

Financiamiento de los beneficios y tipo de administración

Autofinanciado, excepto MetLife, que asegura los beneficios del seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Todos los aportes al Fondo de fideicomiso son realizados por los **empleadores contribuyentes** al Plan conforme a sus acuerdos por escrito. Los beneficios son administrados por las organizaciones enumeradas en la tabla de la página 27.

Patrocinador y administrador del Plan

El Plan es administrado por una Junta de fideicomiso conjunta compuesta por los Agentes fiduciarios de la unión y del **empleador**. La oficina de la Junta se puede contactar en:

Board of Trustees
Building Service 32BJ Health Fund
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

Empleadores participantes

La Oficina de cumplimiento de contratos le proporcionará, cuando lo solicite por escrito, la información de si un **empleador** en particular está aportando al Plan en nombre de los empleados que trabajan bajo un acuerdo por escrito, así como la dirección de dicho **empleador**. Además, se puede obtener una lista completa de los **empleadores** y uniones que patrocinan el Plan cuando lo solicite por escrito a la Oficina de cumplimiento de contratos, la cual está a disposición para su consulta en dicha oficina.

Para comunicarse con la Oficina de cumplimiento, escriba a:

**Compliance Office
Building Service 32BJ Benefit Funds
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676**

Para comunicarse con el Fondo de salud llame al:

1-800-551-3225

o escriba a:

**Building Service 32BJ Health Fund
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676**

Agente encargado de la notificación del proceso legal

La Junta ha sido designada como agente para entregar la notificación del proceso legal. El proceso legal se puede realizar a través de la Oficina de cumplimiento de contratos o de los agentes fiduciarios individuales. Para controversias que surjan a partir de la parte del Plan asegurada por MetLife, la notificación del proceso legal se puede entregar a MetLife en sus oficinas locales o al funcionario de fiscalización del Departamento de Seguros del estado en el que reside.

Glosario

Empleador contribuyente (o “**empleador**”) es la persona, empresa u otra entidad que da empleo, que firmó un acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación con la unión o fideicomiso, y el acuerdo exige aportes al Fondo de salud para trabajar en un empleo cubierto.

Empleo cubierto es el trabajo dentro de una clasificación para la cual se exige que su **empleador** haga aportes al Fondo.

Médico es un oftalmólogo certificado y calificado (M.D. o D.O.) que está autorizado para practicar la medicina, realizar cirugías y recetar medicamentos conforme a las leyes del estado o jurisdicción donde se prestan los servicios, que actúa dentro del ámbito de su certificación y no es el paciente o el padre, la madre, el cónyuge, un hermano (biológico o por matrimonio) o un hijo del paciente.

Período de pago es el período de 14 días que se utiliza para fines de la nómina.

Proveedor **fuera de la red** se refiere a un **médico** u otro proveedor profesional que no es parte de la **red** del Plan para servicios de cuidado de la vista.

Proveedor participante es aquel que aceptó proporcionar servicios, tratamiento y suministros a una tasa negociada previamente según los planes de cuidado de la vista.

Red son los proveedores que tienen contrato con el Fondo o con cualquier otro administrador con contrato con el Fondo para prestar servicios y suministros a una tasa negociada previamente. Los servicios prestados deben estar dentro del ámbito de las certificaciones profesionales individuales.

Servicios cubiertos son los servicios para los cuales el Fondo proporciona beneficios según los términos del Plan.

TRICARE (anteriormente CHAMPUS) es el programa de servicios de salud y apoyo para el personal del ejército de los EE. UU. en servicio activo, retirados y sus familias.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Información de contacto

¿Qué necesita?	Con quién comunicarse	Cómo
<ul style="list-style-type: none">• Información general sobre sus beneficios y elegibilidad• Información sobre sus beneficios y reclamos de la vista	Centro de servicios para afiliados	Llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., o visite el Welcome Center en 25 West 18th Street, New York, NY 10011, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:00 p. m.
<ul style="list-style-type: none">• Encontrar a un proveedor participante del plan de cuidado de la vista	Davis Vision	Llame al 1-800-999-5431 de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. de lunes a viernes sábado, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. domingo, de 12:00 p. m. a 4:00 p. m. Visite www.32bjfunds.org
<ul style="list-style-type: none">• Información sobre su plan de seguro de vida	MetLife	Llame al 1-866-492-6983 o visite http://mybenefits.metlife.com



Building Service 32BJ Health Fund

25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

www.32bjfunds.org
800-551-3225 Benefits Information

Héctor J. Figueroa, *Chairman*
Howard I. Rothschild, *Secretary*
Susan Cowell, *Executive Director*
Angelo V. Dascoli, *Fund Director*

Resumen de modificaciones materiales NYC Schools Part Time Plan del Building Service 32BJ Health Fund

La siguiente lista enumera los cambios y las aclaraciones que han ocurrido desde la impresión de la Descripción abreviada del plan (Summary Plan Description, SPD) del NYC Schools Part Time Plan (Plan) del Building Service 32BJ Health Fund, con fecha del 24 de abril de 2015. El presente Resumen de modificaciones materiales (Summary of Material Modifications, SMM) complementa o modifica la información presentada en la SPD. **Conserve este documento con su copia de la SPD para referencia futura.**

Designación de un Agente fiduciario de la Unión Página 1: Con vigencia a partir del 7 de octubre de 2019, Manny Pastreich ha sido designado como Agente fiduciario de la Unión y su información de contacto se agrega tal como figura a continuación:

Manny Pastreich
Vicepresidente, Negociación Colectiva y Relación con los Empleadores
32BJ SEIU
1025 Vermont Avenue NW
7th Floor
Washington, DC 20005-3577

Cambio en el cargo de un Agente fiduciario de la Unión Página 1: Con vigencia a partir del 1 de agosto de 2019, el cargo de Larry Engelstein se elimina completamente y se reemplaza con el de Secretario Tesorero/Vicepresidente Ejecutivo.

Designación de un Agente fiduciario de la Unión Página 1: Con vigencia a partir del 15 de julio de 2019, Kyle E. Bragg ha sido designado para reemplazar a Hector J. Figueroa como Agente fiduciario de la Unión.

Renuncia de un Agente fiduciario de la Unión Página 1: Con vigencia a partir del 12 de abril de 2019, Kevin J. Doyle renuncia como Agente fiduciario de la Unión. Su información de contacto se elimina completamente.

Cambio de la dirección del Agente fiduciario del empleador Página 1: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2019, la dirección de Howard Rothschild se elimina completamente y se reemplaza con Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc., One Penn Plaza, New York, NY 10119-2109.

Cambio de Director ejecutivo de los Building Service 32BJ Benefit Funds Página 1: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2018, Peter Goldberger ha reemplazado a Susan Cowell como Director ejecutivo de los Building Service 32BJ Benefit Funds.

Cambio de Director de los Building Service 32BJ Benefit Funds Página 1: Con vigencia a partir del 19 de mayo de 2018, Sara Rothstein ha reemplazado a Angelo V. Dascoli como Director del Building Service 32BJ Health Fund.

Cambio en el nombre del Auditor del Fondo Página 1: Con vigencia a partir del 31 de agosto de 2017, Bond Beebe se ha unido a Withum Smith + Brown, PC y ha cambiado su nombre a Withum Smith + Brown, PC.

Conversión del Período de medición para elegibilidad, de períodos de pago a semanas: A partir del 26 de agosto de 2016, la elegibilidad para recibir beneficios se determinará mediante el uso de un período de medición basado en semanas en lugar de períodos de pago.

Página 6, se eliminan completamente la segunda viñeta y el asterisco y se reemplazan con el siguiente texto:

- La cantidad de horas que trabaja regularmente determina el Plan para el cual es elegible. En general, el NYC Schools Part Time Plan cubre a ciertos participantes que trabajan en las escuelas de la Ciudad de New York durante al menos 10 horas, pero no más de 20* horas cada semana.

* Si trabaja regularmente 20 horas o más en una semana en un empleo cubierto, es posible que tenga derecho a recibir beneficios en virtud del Building Service 32BJ Suburban Plan. Los requisitos de elegibilidad para dicho plan se describen en la Descripción abreviada del plan del Metropolitan y Suburban Health Plans.

Página 8, la Pregunta frecuente 8 se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente texto:

8. ¿Qué sucede con mi cobertura si pierdo mi trabajo?

Si no se informa que ha trabajado durante cuatro semanas consecutivas, su elegibilidad terminará el último día de la cuarta semana en la que no se informó ninguna hora. Se le ofrecerá, conforme a la Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986, "COBRA"), la oportunidad de comprar cobertura para el cuidado de la vista por hasta 17 meses como máximo.

Las páginas 9 y 10 se eliminan completamente y se reemplazan con el siguiente texto:

Elegibilidad y participación

Cuándo es elegible

Si su **empleador** le informa al Fondo que se espera que usted trabaje regularmente, al menos, 10 horas, pero no más de 20* horas, cada semana en un **empleo cubierto**, usted es elegible para recibir beneficios una vez que haya completado 90 días calendarios consecutivos. A partir de ese período, estará sujeto a las normas para los empleados establecidos. Usted mantendrá este nivel de cobertura hasta que haya completado el primer período de medición de 26 semanas, según se describe a continuación en el tercer párrafo. Si no se informa que ha trabajado durante cuatro semanas consecutivas, su elegibilidad terminará el último día de la cuarta semana en la que no se informó ninguna hora. Si regresa al trabajo dentro de un plazo de doce semanas desde el último día de la primera semana en la que no se informó ninguna hora, el nivel de cobertura que estaba recibiendo se restaurará para el resto del período de cobertura correspondiente.

Si usted es un empleado nuevo de temporada o de horas variables o su **empleador** no informa que usted ha sido contratado, sus horas se medirán durante 26 semanas que comenzarán con la primera semana en la que trabaje. Si tiene un promedio de 10 horas, pero menos de 20, en un **empleo cubierto** por semana durante 26 semanas, usted será elegible el primer día de la semana siguiente al período administrativo de ocho semanas. Usted mantendrá este nivel de cobertura hasta que haya completado el primer período de medición de 26 semanas, según se describe a continuación en el tercer párrafo. A partir de ese período, estará sujeto a las normas para los empleados establecidos. Si no se informa que ha trabajado durante cuatro semanas consecutivas, su elegibilidad terminará el último día de la cuarta semana en la que no se informó ninguna hora. Si regresa al trabajo dentro de un plazo de doce semanas desde el último día de la primera semana en la que no se informó ninguna hora, el nivel de cobertura que estaba recibiendo se restaurará para el resto del período de cobertura correspondiente.

Una vez que alcanza la elegibilidad, el promedio de horas para empleados establecidos se medirá cada año durante dos períodos de medición de 26 semanas. El primer período de medición generalmente va desde el final de febrero hasta el final de agosto, y el segundo período de medición generalmente va desde el final de agosto hasta el final de febrero. Cada período de medición va seguido inmediatamente por un período de cobertura de 26 semanas.

Si tiene un promedio de 10 horas, pero menos de 20, en un **empleo cubierto** por semana durante el período de medición de 26 semanas, usted será elegible para obtener cobertura inmediatamente después del período de cobertura de 26 semanas. Sin embargo, si no se informa que ha trabajado durante cuatro semanas consecutivas, su elegibilidad terminará el último día de la cuarta semana en la que no se informó ninguna hora. Si regresa al trabajo dentro de un plazo de doce semanas desde el último día de la primera semana en la que no se informó ninguna hora, la cobertura que estaba recibiendo se restaurará para el resto del período de cobertura correspondiente.

* Si trabaja regularmente 20 horas o más por semana en un **empleo cubierto**, es posible que tenga derecho a recibir beneficios en virtud del Building Service 32BJ Suburban Plan. Los requisitos de elegibilidad para dicho plan se describen en la Descripción abreviada del plan del Metropolitan y Suburban Health Plans.

Cuándo ya no es elegible

Su elegibilidad para el Plan termina:

- si no se informa que ha trabajado durante cuatro semanas consecutivas, su elegibilidad terminará el último día de la cuarta semana en la que no se informó ninguna hora, sujeto a los derechos de COBRA. (Consulte las páginas 11 a 13 y las páginas 39 a 44),
- en la fecha en que su **empleador** ponga término a su participación en el Plan; o
- en la fecha en que se cancele el Plan.

Además, la Junta se reserva el derecho, a su absoluta discreción, de cancelar la elegibilidad si su **empleador** está muy atrasado con el pago de sus contribuciones al Fondo.

Página 23, la sección titulada Cuándo termina la cobertura se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente texto:

Cuándo termina la cobertura

La cobertura del seguro de vida termina si no se informa que ha trabajado en cuatro semanas consecutivas. Su elegibilidad terminará el último día de la cuarta semana en la que no se informen horas, excepto por lo dispuesto anteriormente o si cuenta con extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a una incapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 11 a 13). Consulte las páginas 46 y 47 para obtener información acerca de cómo convertir su póliza de seguro de vida grupal en una de seguro de vida individual.

Página 55, la definición de **Período de pago** se elimina completamente.

Modificación de la elegibilidad para las escuelas públicas de la Ciudad de New York Con vigencia a partir del 1 de enero de 2019, se realizan los siguientes cambios:

Página 8, la Pregunta frecuente 8 se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente texto:

8. ¿Qué sucede con mi cobertura si pierdo mi trabajo?

Se le ofrecerá, conforme a la Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986, "COBRA"), la oportunidad de comprar cobertura para el cuidado de la vista por hasta 17 meses como máximo.

Páginas 9 y 10, la sección titulada *Elegibilidad para los empleados de las escuelas públicas de la Ciudad de New York* se elimina completamente y se reemplaza con lo siguiente:

Si usted trabaja en una escuela pública de la Ciudad de New York y su empleador le informa al Fondo que estima que usted trabajará de manera regular durante, al menos, 10 horas por semana, usted es elegible para beneficios una vez que haya completado 90 días calendario consecutivos.

Página 23, la sección titulada *Cuándo termina la cobertura* se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente texto:

Cuándo termina la cobertura

La cobertura del seguro de vida termina 30 días después de que su empleador deje de registrarlo como elegible excepto si usted tiene una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 12 y 13). Consulte las páginas 46 y 47 para obtener información acerca de cómo convertir su póliza de seguro de vida grupal en una de seguro de vida individual.

Cambio en la elegibilidad de dependientes: Tabla en las páginas 15 a 17: Con vigencia a partir del 1 de febrero de 2016, se elimina completamente la tabla en la sección "Elegibilidad de dependientes" y se reemplaza con la siguiente tabla:

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Cónyuge	Ninguna	La persona con la que está legalmente casado (si usted está legalmente separado o divorciado, su cónyuge no está cubierto).
Hijos	Hasta, lo que sea antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo cumple uno de los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • es su hijo biológico, • es su hijo adoptado* o asignado para adopción antes de ésta, o • es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge.
Hijos (dependientes) –Su nieto/a o sobrino/a SOLO si usted es el tutor legal*** (si la solicitud de tutela legal está pendiente, usted debe suministrar la documentación que indique que se presentaron los papeles y proporcionar un comprobante cuando concluya el proceso legal)	Hasta, lo que sea antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo: <ul style="list-style-type: none"> • no está casado, • tiene la misma dirección principal que el participante**, o según lo establezcan los términos de una orden de manutención infantil médica calificada ("QMCSO") (consulte la página 81), y • es dependiente del participante para toda su manutención anual y éste lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos**.

Tenga en cuenta que la sección "Hijos (incapacitados) mayores de 26 años" se ha eliminado completamente.

Página 18: Se elimina la tercera viñeta bajo la sección "Cuándo sus dependientes ya no son elegibles" y se reemplaza con la siguiente viñeta:

- La elegibilidad de un cónyuge e hijos (incluidos los hijos dependientes) termina 30 días después de su muerte.

Aclaraciones en los beneficios del cuidado de la vista **Página 20 y 21:** El cuarto párrafo de la sección "Beneficios del cuidado de la vista" se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente texto:

Si obtiene lentes de contacto en lugar de lentes y marcos, ya sea de un proveedor participante o no participante, el cargo del examen de ajuste de los lentes de contacto no está cubierto y el reembolso máximo por los lentes de contacto es de \$120.

Si se atiende con un proveedor participante, el examen de la vista es gratis. Si utiliza un proveedor no participante, puede obtener hasta \$30 por su examen de la vista. Usted será responsable de pagar todos los cargos que excedan el reembolso máximo.

Página 21: Bajo la sección “Gastos elegibles”, se agrega una nueva viñeta después de la segunda viñeta:

- y marcos.

Página 22: Bajo la sección “Gastos excluidos”, se agrega una nueva viñeta después de la segunda viñeta:

- cargo del examen de ajuste de los lentes de contacto,

Adición de la sección “No duplicación de la cobertura de salud”: Página 34: El siguiente párrafo se inserta después de la sección titulada *Incompetencia*:

No duplicación de la cobertura de salud

Incluso si más de un empleador realiza contribuciones en su nombre de manera simultánea a este **Fondo**, recibirá sólo un Plan de beneficios. El Plan de beneficios que recibirá es el Plan que el **Fondo** determina que, en su totalidad, le ofrece a usted los mayores beneficios.

Modificación de Cesión de beneficios del Plan Página 45: El primer párrafo de la sección **Cesión de beneficios del Plan** se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente texto:

En la medida en que lo permita la ley, sus derechos conforme a este Plan no se pueden ceder, transferir o enajenar voluntaria ni involuntariamente. No puede dar en garantía los beneficios que se le adeudan con el fin de obtener un préstamo.

Los derechos conforme a este Plan no pueden cederse, incluidos el derecho a los servicios provistos, el derecho a cobrarle al Plan por dichos servicios, el derecho a recibir documentos y declaraciones del Plan, el derecho a apelar las determinaciones de beneficios o reclamaciones, o el derecho a presentar una demanda para ejercer cualquiera de esos derechos. No obstante, el Plan se reserva el derecho a pagarle a su proveedor de servicios médicos todos los beneficios que le corresponden a usted, y dicho pago satisface cualquier y todo derecho que pudiera tener conforme al Plan con respecto a los servicios a los que corresponden dichos pagos.

A pesar de que, según se describe anteriormente, usted no puede ceder a un proveedor su derecho a presentar una apelación conforme a los Procedimientos de apelaciones del Plan o a presentar una demanda de beneficios conforme a la Sección 502 de la ley ERISA, usted puede permitirle a un proveedor que actúe como su representante autorizado en una apelación conforme a los Procedimientos de apelaciones del Plan. Para poder designar a un proveedor como su representante autorizado, debe presentar una autorización con firma legible junto con su apelación, la cual debe incluir:

- su nombre,
- su número de identificación tal como figura en su tarjeta de Delta Dental o Davis Vision, según corresponda,
- su fecha de nacimiento,
- su dirección,
- el nombre completo de la parte a la que autoriza para actuar en su nombre,
- la fecha o fechas para las cuales es válida la autorización, y

- una oración que indique claramente que la parte está autorizada a presentar una apelación en su nombre.

Cambios en la dirección del sitio web de Davis Vision Contraportada: En la tabla, la información del sitio web de Davis Vision se elimina y se reemplaza con la siguiente: www.davisvision.com/32bj.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea información adicional sobre los cambios, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 en el horario de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o visítenos en Internet en www.32bjfunds.org.