

# INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

---

Este documento explica los beneficios médicos y de bienestar social para algunos empleados de Citigroup, Inc. en Puerto Rico (“Citigroup”) y las compañías participantes (colectivamente, la “Compañía”), al 1 de enero del 2004.

Los beneficios que se describen en este documento son:

- Los planes médicos de Citigroup
  - Triple-S (organización de proveedores preferidos, o PPO, por sus siglas en inglés); y el
  - Programa de medicamentos por receta de Citigroup
- Los planes dentales de Citigroup
  - Plan dental Triple-S
- Plan de servicios de visión de Citigroup;
- Plan de incapacidad a corto plazo de Citigroup;
- Plan de incapacidad a largo plazo de Citigroup;
- Beneficios de seguro de vida de Citigroup
  - Seguro de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés);
  - Seguro de vida universal de grupo opcional y AD&D suplementario

Este documento sirve como un resumen descriptivo (SPD, por sus siglas en inglés) de los planes de salud y de bienestar social antes descritos (los “Planes de Salud y de Bienestar Social de Citigroup”, o colectivamente, los “Planes”, e individualmente, el “Plan”).

Este resumen se ha escrito, en lo posible, en un lenguaje no técnico para ayudarle a usted a entender los términos

básicos y las condiciones de dichos planes, según estén vigentes. El propósito de esta descripción es únicamente presentar un resumen de los puntos principales de los Planes.

No existe una explicación general que le pueda dar a usted todos los detalles de los Planes. Esta explicación general no cambia, ni amplía, ni de ningún otro modo interpreta los términos del Plan. De haber algún conflicto entre este SPD y los documentos del Plan (incluyendo cualquier contrato de seguro relacionado), prevalecerán los términos de los documentos del Plan, incluyendo cualquier contrato de seguro relacionado, al determinar los derechos y beneficios que le corresponden a usted bajo los diferentes Planes.

Los Planes están sujetos al Código del Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (el “Código PR”). Con excepción del Seguro de Vida Universal de Grupo opcional y del AD&D suplementario, y del plan de medicamentos por receta AdvancePCS, los planes están sujetos a lo dispuesto en la Ley de Seguridad de Ingreso al Momento de Retiro del Empleado de 1974, según enmendada (ERISA, por sus siglas en inglés). En lo posible, los planes se interpretarán y manejarán de acuerdo a la ley ERISA y a cualquier ley aplicable.

Citigroup se reserva el derecho a cambiar o discontinuar, en cualquier momento y sin previo aviso, los Planes o cualquier parte de los mismos.

Este documento no constituye ni un contrato ni una garantía de empleo continuo por cualquier período de tiempo determinado.

# CONTENIDO

---

SECCION 1 – INFORMACION GENERAL .....	5
Instrucciones .....	7
¿Qué sucede si usted no se inscribe? .....	7
Resumen de los Beneficios .....	7
Confirmación de inscripción .....	8
Confirmación de inscripción automática .....	8
Tarjetas de identificación para servicios médicos .....	8
Elegibilidad .....	9
Definición de dependientes elegibles .....	9
Pago de sus beneficios .....	9
Compensación total .....	10
Coordinación de los beneficios .....	10
Regla de cumpleaños para hijos dependientes .....	10
Cómo funciona la coordinación de beneficios .....	11
Niveles de cubierta .....	11
Cambios de estado que cualifican .....	11
Cómo reportar un cambio de estado que cualifica .....	11
Cómo cambiar su nivel de cubierta .....	12
Límite de tiempo para reportar cambios de estado que cualifiquen .....	12
Acta de Derechos de Salud y Cáncer en la Mujer .....	12
SECCION 2 – PROVISIONES DEL PLAN .....	13
Servicios médicos .....	15
Plan PPO de Triple-S .....	15
Información adicional sobre el plan médico .....	16
Medicamentos por receta .....	16
Beneficios de salud mental y de abuso de sustancias .....	18
Precertificación .....	18
Servicios ambulatorios y pruebas de diagnóstico .....	18
Servicios dentales .....	19
Dental básico .....	20
Dental comprensivo .....	20
Plan de Servicios de Visión .....	20
Características del Plan de Servicios de Visión .....	20
Incapacidad .....	22
Incapacidad a Corto Plazo .....	22
Incapacidad a Largo Plazo .....	23
Seguro de vida/AD&D .....	24
Seguro GUL/AD&D para empleados .....	24
Seguro GUL/AD&D para su cónyuge .....	24
Seguro de vida /AD&D para sus hijos .....	25
Glosario .....	26

---

SECCION 3 – INFORMACION LEGAL Y ADMINISTRATIVA .....	27
Cuándo termina la cubierta .....	29
Cubierta para sus dependientes sobrevivientes .....	29
Cubierta en caso de su incapacidad .....	29
Cubierta en casos de licencia sin sueldo .....	30
Continuación de cubierta bajo la Ley de Licencia Médico-Familiar .....	30
Continuación de cubierta durante una licencia militar .....	31
COBRA .....	31
¿Quiénes están cubiertos? .....	31
Selección por separado .....	32
Para acogerse a COBRA .....	32
Duración de la cubierta bajo la ley COBRA .....	33
Terminación anticipada de la cubierta COBRA .....	33
COBRA y FMLA .....	34
Sus obligaciones .....	34
Obligaciones de Citigroup .....	35
Costo de la cubierta .....	35
Disposiciones para la recuperación de fondos .....	35
Reintegro de sobrepago .....	35
Reembolso .....	36
Subrogación .....	37
Reclamaciones y apelaciones .....	37
Información sobre la ley ERISA .....	38
Respuestas a sus preguntas .....	39
Información administrativa .....	39
El futuro de los Planes .....	39
Administración del Plan .....	40
Información sobre el Plan .....	41
Directorio Telefónico y de Páginas del Web .....	44



# SECCIÓN 1

# INFORMACIÓN GENERAL



# SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN GENERAL

## INSTRUCCIONES

- Revise los materiales sobre sus beneficios, especialmente su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal, en la cual se indica el costo de la cubierta, las instrucciones para inscribirse y la fecha límite para inscribirse.
- Si desea inscribirse en la cubierta de Citigroup, *deberá* hacerlo durante el período de inscripción que aparece en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal.
- Si necesita confirmar si un proveedor de la red va a continuar en la red del plan durante el próximo año, comuníquese directamente con el plan de salud.
- Debe de inscribirse dentro de un plazo de 31 días después de la fecha de contratación de empleo o su fecha de elegibilidad. Su fecha límite aparecerá impresa en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal.

## ¿QUÉ SUCEDE SI USTED NO SE INSCRIBE?

Si usted no se inscribe para el 2004, tendrá que esperar al próximo período anual de inscripción, a no ser que usted haga un cambio en sus beneficios como resultado de un cambio de estado cualificado. Vea la página 11 para información sobre cambios de estado que cualifican.

## CÓMO INSCRIBIRSE

Puede conectarse al portal de beneficios a través del intranet o internet: *Your Benefit Resources* en <http://resources.hewitt.com/citigroup>.

También podrá inscribirse por teléfono llamando a ConnectOne al 1-800-881-3938. Desde el menú principal, escoja la opción "Health Benefits" y siga las indicaciones de cómo inscribirse en el 2004. Su fecha límite de inscripción aparece en Internet/Intranet o en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal.

## RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Citigroup provee un nivel básico de cubierta de beneficios (beneficios básicos), así como la oportunidad de inscribirse en cubiertas adicionales.

**Los beneficios básicos**, que se proveen sin costo para usted, son los siguientes:

- Seguro de Vida Básico, que incluye seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés); cada uno de éstos es equivalente a su compensación total, hasta \$200,000, efectivo en su fecha de elegibilidad.
- Cubierta por Incapacidad a Corto Plazo (STD, por sus siglas en inglés), para reemplazar hasta un 100% de su salario básico anual, durante una licencia por incapacidad autorizada de hasta 13 semanas. El número de semanas al 100% de su salario dependerá de sus años de servicio en Citigroup. En la página 22 encontrará la tabla de beneficios de STD.
- Cubierta por Incapacidad a Largo Plazo (LTD, por sus siglas en inglés), equivalente al 60% de su compensación total, si dicha compensación es menor o igual a \$50,000.99; si su compensación total es de \$50,001 o más, y desea inscribirse en la cubierta de LTD, usted deberá pagar por la misma.

**Los beneficios adicionales** que usted deberá considerar, de acuerdo con su situación individual y familiar, son los siguientes:

- Servicios médicos;
- Servicios dentales;
- Servicios de visión;
- Incapacidad a Largo Plazo (LTD), si su compensación total es de \$50,001 o más. (Nota: Si su compensación total es de \$50,000.99 o menos, la cubierta de LTD es un beneficio básico que se proveerá sin costo para usted); y
- Seguro de Vida Universal de Grupo opcional (GUL, por sus siglas en inglés) y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D).

## INFORMACIÓN GENERAL

---

### CONFIRMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Si se inscribe por teléfono, se le enviará a vuelta de correo una confirmación de inscripción, en un plazo de una a tres semanas después de inscribirse. Su confirmación de inscripción de beneficios incluirá sus selecciones para el 2004, así como los costos de los mismos. Revise cuidadosamente dicha confirmación y consérvela como prueba de su inscripción. La inscripción por teléfono estará disponible en inglés y español. La confirmación de inscripción impresa será en inglés.

Si necesita utilizar los servicios médicos de algún proveedor (médico u hospital) antes de recibir su tarjeta de identificación del plan de salud, utilice su confirmación de inscripción como prueba de cubierta para el 2004. Deberá tener el número de grupo de Triple-S. Comuníquese con Triple-S para obtener el número de grupo correspondiente, solicitar un certificado de cubierta, o para obtener un duplicado de su tarjeta de identificación.

Si usted se inscribe por Internet/Intranet, deberá imprimir la confirmación que aparece en la pantalla, ya que *no* recibirá una confirmación de inscripción por correo. Esta impresión le servirá como prueba de que se ha inscrito. La inscripción a través del Intranet/Internet será solamente en inglés.

### CONFIRMACIÓN DE INSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA

Si usted no se inscribe, recibirá una confirmación de inscripción automática varias semanas después de la fecha límite para inscribirse. Esta confirmación de inscripción automática incluirá sus beneficios de Citigroup para el 2003 (si alguno) que continuarán a lo largo del 2004, así como los costos de los mismos. Guarde dicha confirmación como prueba de cualquier cubierta que pueda tener durante el 2004.

Si necesita utilizar los servicios médicos de algún proveedor (médico u hospital) antes de recibir su tarjeta de identificación del plan de salud, utilice su confirmación de inscripción como prueba de cubierta para el 2004, junto con el número de grupo de Triple-S. Comuníquese con Triple-S para obtener el número de grupo correspondiente, solicitar un certificado de cubierta, o para obtener un duplicado de su tarjeta de identificación.

### TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN PARA SERVICIOS MÉDICOS

Si usted se inscribe por primera vez en el 2004 para el plan médico o dental de Triple-S, o cambia sus opciones de cubierta, recibirá sus tarjetas de identificación en un plazo de tres semanas luego de haberse inscrito. Para el plan médico, recibirá dos tarjetas de identificación por separado: una tarjeta de servicios médicos y dentales de Triple-S, y una tarjeta de AdvancePCS para los medicamentos por receta. Los empleados que actualmente están inscritos en uno de estos planes, y optan por mantener la cubierta bajo dicho plan, no recibirán tarjetas de identificación nuevas.

**Nota:** *Todas las tarjetas de identificación serán enviadas por correo al empleado. Si usted tiene un dependiente que es estudiante y vive fuera de la casa, deberá enviarle la tarjeta para que pueda utilizar los servicios.*

Si necesita utilizar los servicios médicos de un proveedor (médico u hospital) en el 2004 *antes* de recibir su tarjeta de identificación, muéstrele al proveedor su confirmación de inscripción, junto con el número de grupo de Triple-S. Llame a Triple-S para obtener el número de grupo correspondiente, o para solicitar certificación de cubierta o un duplicado de su tarjeta de identificación.



### ELEGIBILIDAD

Usted será elegible para inscribirse en los beneficios de Citigroup, así como para recibir los beneficios básicos que proporciona la compañía, si es un empleado activo, elegible para recibir beneficios de Citigroup o de sus afiliadas. También será elegible si disfruta de una licencia autorizada.

Si tanto usted como su cónyuge son empleados de Citigroup, cada uno de ustedes podrá inscribirse individualmente, o uno de ustedes podrá inscribirse y reclamar al otro como dependiente. Sin embargo, usted no podrá inscribirse individualmente y, al mismo tiempo, ser reclamado como dependiente de su cónyuge.

### DEFINICIÓN DE DEPENDIENTES ELEGIBLES

- Su cónyuge legal (si está separado del mismo legalmente, su cónyuge *no* es un dependiente elegible);
- Hijos solteros que dependan de usted para su sustento económico, y que sean:
  - Sus hijos biológicos;
  - Sus hijos por adopción legal;
  - Sus hijastros; u
  - Otros niños que vivan con usted de forma permanente y que sostengan una relación normal padre-hijo (o que vivan en una escuela), y que dependan principalmente de usted para su sustento económico y de quienes usted sea tutor.

Usted puede incluir a sus hijos si:

- Tienen menos de 19 años; o
- Tienen menos de 25\* años y asisten a tiempo completo a una escuela o universidad acreditada (de acuerdo con la definición de tiempo completo de la escuela o universidad); si se le solicita, *usted debe proveer prueba por escrito de la condición de estudiante*; o
- Tienen algún impedimento, en cuyo caso podrán ser elegibles para cubierta después de cumplir 25 años; los hijos con impedimentos sólo serán elegibles para cubierta después de los 25 años, si tenían cubierta de Citigroup antes de cumplir esta edad.

Durante su inscripción, se le solicitará que certifique que su hijo elegible es un estudiante de acuerdo con la definición anterior. Además, al inicio de cada semestre (1 de agosto y 1 de enero), se le solicitará que presente a Triple-S los documentos que certifiquen su condición de estudiante antes del 1 de septiembre o el 1 de febrero.

Ningún dependiente estará cubierto bajo estos planes como empleado y como dependiente elegible a la vez, ni puede ser reclamado como dependiente elegible por más de un empleado.

*\*Nota: Triple-S requerirá prueba de la condición de estudiante del dependiente cada semestre, y se le pedirá cada 1 de agosto y 1 de enero. De no recibirse la documentación adecuada, la cubierta del estudiante terminará el 1 de septiembre o el 1 de febrero, respectivamente.*

### PAGO DE SUS BENEFICIOS

Además de pagar por los beneficios básicos, Citigroup hace una aportación al costo de la cubierta médica y dental para usted y sus dependientes. Podrá encontrar los costos correspondientes para los diferentes niveles de cubierta en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal de Beneficios del 2004.

Su contribución a la cubierta médica dependerá de la cantidad de su compensación total, así como del nivel de cubierta que usted seleccione.

## INFORMACIÓN GENERAL

### COMPENSACIÓN TOTAL

La compensación total se utiliza para determinar:

- Su contribución por los servicios médicos;
- Los beneficios de LTD y, cuando corresponda, la contribución a la cubierta de LTD;
- Los beneficios de seguro de Vida Básico/AD&D;
- Seguro de Vida Universal de Grupo (GUL)/beneficios de AD&D;
- STD para consultores financieros (empleados de SSB).

El salario básico, más los diferenciales de turno, se utilizan para determinar los beneficios de STD (excepto en el caso de los consultores financieros de SSB).

Para el 2004, su compensación total incluirá lo siguiente:

1. El salario básico más el diferencial del turno, pagados en el período comprendido entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2002;
2. Las comisiones pagadas en el período comprendido entre el 1 de enero del 2002 y el 31 de diciembre de 2002;
3. Los bonos por desempeño pagados en el período comprendido entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2002 (excluyendo el bono anual de incentivo correspondiente al 2001); y
4. El bono anual de incentivo correspondiente al 2002, pagado a principios del 2003.
5. El Bono de Navidad pagado en el 2002.

<b>Para empleados contratados en los años 2002 y 2003</b>	<b>Para empleados que regresan de una licencia por incapacidad a largo plazo (LTD), o de una licencia sin sueldo tomada durante el 2002 o el 2003</b>
El componente “salario básico más diferencial del turno” de la compensación total será su salario básico anualizado (más el diferencial del turno) al 31 de diciembre del 2002, o a la fecha de su contratación, la que sea posterior.	El componente “salario básico más diferencial del turno” de la compensación total será su salario básico anualizado (más el diferencial del turno) al 31 de diciembre del 2002, o a la fecha en que regrese de su licencia, la que sea posterior.

*Nota: El total de su compensación para el 2004 se calculará de acuerdo con los datos anteriores. Ni los costos que usted pague por los beneficios descritos en este folleto, ni los niveles de cubierta de los beneficios (incluyendo los que no le cuestan nada a usted), se verán afectados de haber algún cambio en su compensación real durante el 2004.*

### COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

La cláusula referente a la coordinación de beneficios evita la duplicidad de pagos, cuando un empleado participante o un dependiente participante tiene cubierta médica a través de un plan de Citigroup y de otro(s) plan(es) de salud.

Cuando usted está cubierto por más de un plan, uno de los planes — el primario — pagará primeramente los beneficios. Los demás planes — los secundarios — pagarán los beneficios después de que el plan primario los haya pagado.

### REGLA DE CUMPLEAÑOS PARA HIJOS DEPENDIENTES

La “regla de cumpleaños” determina cuál de los planes — el suyo o el de su cónyuge — es el primario. El plan que cubra al padre/madre cuyo cumpleaños caiga primero en el año, será el primario para los hijos.

Si tanto usted como su cónyuge cumplen años en el mismo mes, el plan que lo haya cubierto a usted o a su cónyuge durante más tiempo, será el primario. Si el plan de su cónyuge carece de una regla de cumpleaños, el plan de su cónyuge será el primario.

### ¿CÓMO FUNCIONA LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS?

**Cuando el plan de Citigroup es el primario:** El plan de Citigroup considera los beneficios como si no existiera(n) plan(es) secundario(s).

**Cuando el plan de Citigroup es el secundario:** El plan de Citigroup pagará la diferencia (si alguna) entre lo que usted habría recibido de Citigroup, si ésta fuera su única cubierta, y lo que usted tendría derecho a recibir del otro plan. El total de beneficios nunca será igual a una cantidad mayor que la que el plan de Citigroup habría pagado por sí solo.

### NIVELES DE CUBIERTA

Citigroup ofrece cuatro niveles de cubierta, entre los que podrá escoger para inscribirse tanto en la cubierta médica como en la dental:

- Empleado solo: Cubierta exclusivamente para usted;
- Empleado más cónyuge: Cubierta exclusivamente para usted y su cónyuge;
- Empleado más hijo(s): Cubierta para usted y para su(s) hijo(s) elegible(s); y
- Empleado más familia: Cubierta para usted, para su cónyuge y para su(s) hijo(s) elegible(s).

Usted puede cambiar su nivel de cubierta durante el período anual de inscripción, así como dentro de un plazo de 31 días a partir de un cambio de estado que cualifique.

### CAMBIOS DE ESTADO QUE CUALIFICAN

Usted puede hacer ciertos cambios a su cubierta médica, dental, de servicios de visión y de LTD durante el año, si se le presenta un cambio de estado que cualifique. Ejemplos de cambios de estado que cualifican son los siguientes:

- Su matrimonio, separación legal o divorcio;
- El nacimiento o la adopción de un hijo;

- La pérdida de elegibilidad para cubierta de un hijo dependiente que se case, obtenga un empleo a tiempo completo o se recupere de una incapacidad;
- La pérdida de cubierta a través del plan de su cónyuge, o del plan de otro patrono;
- El fallecimiento del cónyuge o de un hijo dependiente;
- La emisión de una Orden Válida de Cubierta Médica para un Menor (QMCSO); y
- Su reubicación fuera del área de la red de su plan médico y/o dental.

### CÓMO REPORTAR UN CAMBIO DE ESTADO QUE CUALIFICA

Usted tiene 31 días, a partir del día siguiente al cambio, para reportar el nombre, la fecha de nacimiento y el número de seguro social (si está disponible) del (de los) dependiente(s) que desea añadir o retirar de su cubierta. Si va a añadir a un recién nacido que aún no tiene número de Seguro Social, puede reportar la información restante dentro de los 31 días, y reportar el número de Seguro Social cuando lo obtenga.

También deberá reportar a un nuevo dependiente, aunque usted ya esté inscrito en el seguro médico y dental familiar de Citigroup. Si en nuestros archivos no contamos con información sobre el nuevo dependiente, *no* se pagarán las reclamaciones correspondientes al mismo, aunque usted tenga cubierta familiar.

Para reportar un cambio de estado que cualifique:

- Visite la página web *Your Benefits Resources* en <http://resources.hewitt.com/citigroup/>, o
- Llame a ConnectOne, al 1-800-881-3938. Desde el menú principal, seleccione la opción de “Health Benefits”. Una vez en el menú del Centro de Servicio de Beneficios de Orlando, seleccione la opción de cambio de cubierta para el año en curso. Usted puede reportar la mayoría de los cambios siguiendo las distintas indicaciones. No obstante, deberá hablar con un representante para reportar un divorcio o el fallecimiento de un dependiente.

## INFORMACIÓN GENERAL

---

### CÓMO CAMBIAR SU NIVEL DE CUBIERTA

Al reportar a un nuevo dependiente al que desea añadir a su cubierta, es posible que tenga que cambiar su nivel de cubierta. Por ejemplo: si usted está inscrito en el seguro médico en el nivel de “Empleado solo”, y luego se casa y desea incluir en la cubierta a su nuevo cónyuge, tendría que reportarlo y cambiar de “Empleado solo” al nivel de cubierta de “Empleado más cónyuge”. Un cambio de “Empleado solo” a cualquier otro nivel de cubierta le costará más dinero.

*Recuerde que usted deberá reportar la inclusión de un dependiente, aunque usted ya tenga cubierta familiar; de lo contrario, su nuevo dependiente no estará cubierto, y no se pagarán las reclamaciones que le correspondan.*

### LÍMITE DE TIEMPO PARA REPORTAR CAMBIOS DE ESTADO QUE CUALIFIQUEN

Usted deberá reportar o modificar la información sobre el dependiente y cambiar su cubierta o nivel de cubierta, de ser necesario, en un plazo de 31 días, a partir del día después de ocurrido el cambio de estado que cualifica. De lo contrario, usted *no* podrá cambiar su cubierta o nivel de cubierta hasta el siguiente período anual de inscripción, o hasta que tenga otro cambio de estado, lo que ocurra primero.

## ACTA DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER EN LA MUJER

El acta de Derechos de Salud y Cáncer en la Mujer requiere que los planes de salud de grupo que proveen cubierta para mastectomías, cubran los procedimientos de cirugía reconstructiva y de prótesis después de la mastectomía. Todos los planes médicos y las opciones de HMO proveen la cubierta aquí descrita.

Si usted recibe beneficios para una mastectomía necesaria desde el punto de vista médico, y elige la reconstrucción de mama después de la mastectomía, también quedará cubierta para:

- Reconstrucción de la mama en la que se practicó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama, para crear simetría;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo los linfedemas.

## SECCIÓN 2

# PROVISIONES DEL PLAN



# SECCIÓN 2 - PROVISIONES DEL PLAN

## SERVICIOS MÉDICOS



Citigroup ofrece cubierta en Puerto Rico a través de Triple-S, que es una organización de proveedores preferidos (PPO).

Este Plan no tiene limitaciones ni exclusiones por condiciones preexistentes.

- En caso de admisión o ingreso en un hospital de la red, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos después de un copago de \$150 (\$50 por hospitalizaciones parciales).
- La mayoría de los servicios ambulatorios están cubiertos después de pagar un coaseguro del 10%.
- Usted no tiene que hacer una reclamación por servicios cubiertos ofrecidos por un proveedor preferido.

## PLAN PPO DE TRIPLE-S

En resumen, el plan PPO le permite hacer una elección cada vez que necesite atención médica. Usted podrá seleccionar a un proveedor dentro de la red del plan y hacer un copago por cada visita, o escoger a un proveedor fuera de la red y cumplir con el deducible anual antes de que el plan comience a pagar beneficios. Si escoge un proveedor que esté fuera de la red, usted pagará más de su bolsillo.

### PPO (PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION)

El PPO de Triple-S le da libertad para escoger cualquier médico u hospital (sin necesidad de referido) cuando necesite tratamiento médico. La decisión será siempre suya.

Si visita a un médico que participe en la red de PPO, deberá pagar:

- Un copago de \$10 por cada visita al consultorio de un médico general, especialista o subespecialista.

### CARACTERÍSTICAS DE LA RED DE PPO

- Triple-S cuenta con una red de proveedores en todo Puerto Rico.
- Triple-S es miembro de la Asociación “Blue Cross and Blue Shield”. El acceso a los proveedores en Estados Unidos y en el mundo entero tiene lugar a través del Programa “BlueCard” y de “BlueCard Worldwide”.
- Usted puede acudir a un especialista en cualquier momento, sin necesidad de referido.

### CARACTERÍSTICAS DEL PPO FUERA DE LA RED

- Usted deberá cumplir con un deducible anual individual de \$50 (\$150, en caso de cubierta familiar) antes de que el plan pague beneficio alguno.
- Se reembolsa el 80% de los cargos razonables y habituales de la mayoría de los gastos cubiertos, después de haber cumplido con el deducible anual.
- Usted deberá notificar a Triple-S antes de someterse a ciertos procedimientos y recibir ciertos servicios.
- Usted deberá hacer una reclamación para recibir el reembolso de gastos cubiertos por servicios prestados por proveedores no preferidos.
- El plan tiene un beneficio máximo vitalicio de \$1 millón para servicios fuera de la red.
- El plan tiene un beneficio máximo de “out of pocket expense” de \$3,000 individual y \$6,000 familiar.

## PROVISIONES DEL PLAN

---

### INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PLAN MÉDICO

#### MEDICAMENTOS POR RECETA

Cuando usted se inscribe en el Plan Médico de Citigroup, tiene cubierta para medicamentos por receta en el Programa de Medicamentos por Receta de Citigroup, administrado por AdvancePCS.

AdvancePCS ofrece dos maneras de comprar medicamentos por receta:

- Una red de farmacias donde usted puede obtener medicamentos por receta para tratar sus necesidades inmediatas a corto plazo, como, por ejemplo, antibiótico para una infección, o
- A través del servicio de entrega de medicamentos por correo de AdvancePCS, AdvanceRx.com, con el cual usted podrá comprar sus medicamentos de mantenimiento y que se los envíen por correo. Con AdvanceRx.com, usted podrá adquirir un suministro de hasta 90 días de sus medicamentos.

#### FARMACIAS EN LA RED

AdvancePCS cuenta con una red de farmacias en todo Puerto Rico y en Estados Unidos, en las cuales usted podrá adquirir sus medicamentos por receta.

Para averiguar si una farmacia participa en la red de AdvancePCS:

- Pregúntele a su farmacéutico, o
- Visite <http://www.advancerx.com> y utilice el localizador de farmacias por Internet.

Para adquirir su medicamento por receta en una farmacia de la red, presente la tarjeta de identificación pertinente a este servicio. Se le cobrará el copago correspondiente, dependiendo de si su farmacia participa o no en la red primaria, y si su receta es para un medicamento genérico o de marca.

Más adelante se describe la estructura de copago. Hay un límite de 15 días para los medicamentos agudos, y de 30 días para los medicamentos de mantenimiento. Usted nunca pagará más del costo del medicamento.

#### SERVICIO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POR CORREO ADVANCERX.COM DE ADVANCEPCS

Para adquirir los medicamentos por receta que usted necesita usar a largo plazo, tales como las medicinas para la presión arterial, la insulina o los anticonceptivos, puede que usted quiera usar AdvanceRx.com con el fin de facilitar la compra o ahorrar dinero. Con AdvanceRx.com, usted puede comprar un suministro del medicamento que le alcance hasta para 90 días. Hará un sólo copago por cada receta o repetición, al mismo o a un costo menor de lo que usted pagaría por comprar la misma cantidad en una farmacia de la red, con la ventaja de que el medicamento se le entrega a su casa.

#### CON EL SERVICIO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POR CORREO, ADVANCERX.COM:

- Su medicamento será preparado por una de las farmacias con entrega a domicilio de AdvancePCS y enviado hasta su casa.
- Los medicamentos se envían por correo regular sin costo adicional a usted. También se hacen entregas de un día para otro o de dos días con un costo adicional.
- Usted puede ordenar y rastrear sus recetas electrónicamente visitando [www.advancerx.com](http://www.advancerx.com), o puede llamar a AdvancePCS para pedir por teléfono la repetición de la receta.
- Hay farmacéuticos licenciados disponibles las 24 horas del día para cualquier consulta.



**CÓMO USAR EL SERVICIO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POR CORREO ADVANCERX.COM**

1. Pídale a su médico que le escriba dos recetas:
  - Una para un suministro a corto plazo (por ejemplo, 30 días) que se le despachará de inmediato en una farmacia participante.
  - Otra para enviársela a AdvanceRx.com. para un suministro por el máximo de días permitido por su plan (por ejemplo, hasta 90 días), con hasta tres repeticiones de la receta (si es adecuado).
2. Llene el formulario de pedido que está disponible por Internet o en de la oficina de Recursos Humanos. El proceso se puede demorar si no se llena completamente este formulario.
3. Envíe por correo su formulario de pedido, junto con la receta y el pago, en el sobre de AdvanceRx.com. AdvanceRx.com acepta VISA, Mastercard, Discover y American Express. También puede pagar con cheque o giro postal. No envíe dinero en efectivo.

<b>PROGRAMA DE MEDICAMENTOS POR RECETA DE CITIGROUP</b>		
	<b>Farmacia en la red</b>	<b>Servicio de entrega de medicamento por correo (hasta 90 días)</b>
<p><b>Copago/coaseguro por un suministro de hasta 15 días (medicamentos agudos), o un suministro de 30 días (medicamentos de mantenimiento) en una farmacia de la red primaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento genérico<sup>1</sup></li> <li>• Medicamento de marca</li> </ul>	<p>\$2 de copago 20% de coaseguro con un mínimo de \$4</p>	<p>\$6 de copago \$12 de copago</p>
<p><b>Beneficios en una farmacia fuera de la red primaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento genérico<sup>1</sup></li> <li>• Medicamento de marca</li> </ul>	<p>10% de coaseguro con un mínimo de \$5 20% de coaseguro con un mínimo de \$10</p>	<p>N/A</p>

<sup>1</sup> El uso de equivalentes genéricos, cuando sea posible, es más económico. Si el médico le permite usar un medicamento genérico, en lugar de un medicamento de marca, y usted prefiere tomar el medicamento de marca, deberá pagar la diferencia de precio entre ambos. Por ejemplo, si el medicamento genérico tiene un costo máximo permisible de \$10, y usted prefiere un medicamento de marca que cuesta \$50, usted pagará la diferencia de precio de \$40, además del copago por un medicamento genérico.

## PROVISIONES DEL PLAN

---

4. La entrega del medicamento se hará en un periodo de 10 a 14 días a partir del día que envíe por correo el formulario de pedido.

**Repeticiones de recetas:** La información que se incluye con su pedido mostrará la fecha en la que usted podrá solicitar una repetición de la receta y el número de repeticiones que le quedan. Usted podrá pedir por Internet las repeticiones de receta visitando [www.AdvanceRx.com](http://www.AdvanceRx.com), o llamando al número libre de cargos que aparece en la etiqueta de su receta.

### LIMITACIONES A LOS MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Algunos medicamentos, tales como los productos contra la migraña y bomba de inhibidores de protones, estarán limitados, según los protocolos clínicos, a cierta cantidad dentro de un período de tiempo determinado.

En el caso de medicamentos agudos, se le cubrirá un suministro de hasta 15 días en una farmacia de la red con opción a repeticiones.

Las directrices en cuanto a uso y cantidad han sido redactadas por médicos y farmacéuticos, sobre la base de las prácticas médicas aceptadas, las directrices de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), las recomendaciones del fabricante del medicamento y el uso económico de los medicamentos.

En algunos casos, la cantidad de su medicamento puede requerir aprobación previa antes de poder ser despachado. De ser así, su farmacéutico debe comunicarse con AdvancePCS a través de un número telefónico libre de costo especial, que el sistema proveerá a la farmacia en el momento de procesar la reclamación. Del mismo modo, usted puede pedirle a su médico que llame directamente a AdvancePCS.

Si usted o su farmacia llama a AdvancePCS, será necesario comunicarse con su médico, lo que por lo general toma de uno a dos días laborables. Una vez que su médico proporcione la información requerida, AdvancePCS revisará su caso, de acuerdo con los criterios clínicos y la información suministrada por el médico que le atiende. Una vez finaliza-

da la revisión, AdvancePCS le comunicará a su médico o farmacéutico la decisión tomada.

Si su medicamento, o la cantidad solicitada, no recibe aprobación para cubierta por el Programa de Citigroup de Medicamentos por Receta, usted deberá pagar el costo total del medicamento.

### BENEFICIOS DE SALUD MENTAL Y DE ABUSO DE SUSTANCIAS

El Plan Médico de Citigroup provee servicios confidenciales de salud mental y de abuso de sustancias, a través de una red de consejeros y profesionales especializados.

### PRECERTIFICACIÓN

La precertificación garantiza que usted reciba la atención más adecuada para su condición.

Usted no tiene que obtener precertificación para una hospitalización de emergencia, ni para otros servicios de emergencia prestados fuera de Puerto Rico o de Estados Unidos.

Si usted utiliza servicios fuera de la red de PPO de Triple-S en Puerto Rico, éstos se le reembolsarán de acuerdo con los honorarios establecidos en el contrato con los proveedores participantes de Triple-S.

### SERVICIOS AMBULATORIOS Y PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

Usted deberá comunicarse con el plan de salud por lo menos cinco días laborables antes de recibir cualquiera de los siguientes servicios:

- Ciertos procedimientos quirúrgicos, tales como cirugía del párpado superior, reconstrucción de mama (que no sea posterior a una cirugía por cáncer), reducción de mamas y cualquier otro procedimiento quirúrgico que pudiera relacionarse con cirugía cosmética. En el caso de las cirugías de párpados y de las cirugías relacionadas con cirugías cosméticas, se requiere una segunda opinión;
- Servicios fuera de la red;
- Referidos de especialista a especialista; y
- Servicios de rehabilitación.

## SERVICIOS DENTALES



Citigroup ofrece dos planes dentales:

- Dental Básico y
- Dental Comprensivo

Ambos planes dentales son administrados por Triple-S.

Usted puede inscribirse en el seguro dental de Citigroup, aunque no se inscriba en el seguro médico de Citigroup. Usted puede inscribirse en el seguro para usted mismo, o para usted y sus dependientes elegibles, en los mismos cuatro niveles de cubierta que están disponibles para el seguro médico. Consulte los “Niveles de cubierta” en la página 11.

### CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DENTAL

	Dental Básico	Dental Comprensivo
Servicios preventivos y de diagnóstico	Se pagan en un 100%	Se pagan en un 100%
Servicios básicos	Se pagan en un 100%	Se pagan en un 100%
Servicios de endodoncia	Se pagan en un 100%	Se pagan en un 100%
Restauraciones de empastes con amalgama, acrílico de silicato y porcelana sintética en dientes enfermos o fracturados	Se pagan en un 100%; 30% de coaseguro para restauración de empastes compuestos	Se pagan en un 100%; 30% de coaseguro para restauración de empastes compuestos
Retenedores de espacio	No se cubren	50% de coaseguro
Servicios de prostodoncia, sujetos a precertificación	No se cubren	50% de coaseguro; beneficio máximo de \$800 por participante, por año (máximo combinado de servicios de prostodoncia y periodoncia)
Servicios de periodoncia	No se cubren	\$50 de copago y 50% de coaseguro; beneficio máximo de \$800 por participante, por año (máximo combinado de servicios de prostodoncia y de periodoncia)
Ortodoncia	No se cubre	\$50 de copago y 50% de coaseguro
Beneficio máximo de por vida en ortodoncia	No se cubre	\$3,000 por persona cubierta (por vida)
Implantes	No se cubren	50% sin máximo

## PROVISIONES DEL PLAN

---

### DENTAL BÁSICO

- Los servicios preventivos y de diagnóstico están cubiertos al 100% de los cargos estipulados en el contrato.
- Los servicios básicos y de endodoncia están cubiertos al 100% de los cargos estipulados en el contrato.
- Las restauraciones con amalgama, acrílico de silicato y porcelana sintética en dientes enfermos o fracturados están cubiertas al 100% de los cargos estipulados en el contrato. Las restauraciones de empastes compuestos están cubiertas al 70% de los cargos estipulados en el contrato.
- Usted o su dentista deberá presentar una reclamación para recibir el reembolso de los gastos cubiertos.

### DENTAL COMPRENSIVO

- Los servicios preventivos y de diagnóstico están cubiertos al 100% de los cargos estipulados en el contrato.
- Los servicios básicos y de endodoncia están cubiertos al 100% de los cargos estipulados en el contrato.
- Las restauraciones con amalgama, acrílico de silicato y porcelana sintética en dientes enfermos o fracturados están cubiertas al 100% de los cargos estipulados en el contrato. Las restauraciones de empastes compuestos están cubiertas al 70% de los cargos estipulados en el contrato.
- Los retenedores de espacio están cubiertos al 50% de los cargos estipulados en el contrato.
- Los servicios de prostodoncia están cubiertos al 50% de los cargos estipulados en el contrato, sujetos a precertificación.
- Los servicios de periodoncia están cubiertos al 50% de los cargos estipulados en el contrato, después de un copago de \$50.
- Los servicios de ortodoncia están cubiertos para los participantes al 50%, después de un copago de \$50, hasta un máximo por vida de \$3,000 por persona cubierta.
- Usted o su dentista deberá presentar una reclamación para recibir el reembolso de los gastos cubiertos.

## PLAN DE SERVICIOS DE VISIÓN



El Plan de Servicios de Visión, administrado por Davis Vision, ofrece una gran variedad de servicios para el cuidado de la vista y suministros. Usted no tiene que estar inscrito en este plan para poder incluir a un dependiente.

La inscripción en el Plan de Servicios de Visión es por dos años. Usted sólo podrá cambiar su elección durante el período de dos años, si se le presenta un cambio de estado que cualifique.

*NOTA: El costo de su cubierta podría aumentar en el segundo año del período de restricción establecido de dos años.*

### CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE SERVICIOS DE VISIÓN

Usted recibirá diferentes niveles de beneficios, dependiendo si utiliza los servicios de proveedores de Davis Vision o de otros proveedores.

Por ejemplo, se cubre un examen de la vista una vez al año, solamente con los proveedores participantes de Davis Vision. Exámenes de la vista con otros proveedores están cubiertos solamente una vez durante el período de dos años.

### BENEFICIOS DE LA RED

Además del examen anual utilizando los servicios de un proveedor participante de Davis Vision, usted podrá recibir durante el período de restricción de dos años:

- Una montura de espejuelos del “Tower Collection” de Davis Vision (o equivalente) y un par de lentes; o
- \$75 de reembolso para cubrir el costo de cualquier otra montura, más un descuento del 20% en el balance del costo de la montura; o
- Un par de lentes de contacto blandos estándar, para uso diario; o

- Un suministro inicial de lentes de contacto desechables (del formulario de Davis Vision), una vez cada 24 meses con un copago de \$25 ó \$45, dependiendo del tipo de lente que usted requiera. Si usted es un paciente nuevo de ese médico, o usa lentes de contacto por primera vez, recibirá un suministro inicial de lentes (dos “multipacks”), y podrá hacer todas las visitas que sean necesarias hasta lograr la adaptación adecuada, así como asistir a todas las consultas de seguimiento que se le recomienden. Las personas que ya usen lentes de contacto recibirán cuatro “multipacks” de lentes desechables; o
- \$90 de reembolso para cubrir el costo de los lentes de contacto, visitas de adaptación y consultas de seguimiento, si los lentes de contacto que recibe no están incluidos en el formulario; y
- Un descuento del 20% en un par de lentes adicionales, en cualquier proveedor de la red (10% de descuento en Vista Optical, solamente en los Estados Unidos) durante el período de restricción de dos años.

### BENEFICIOS FUERA DE LA RED

Usted recibirá un crédito fijo por los servicios prestados por un proveedor que no pertenezca a la red de Davis Vision (excluyendo la cirugía con láser para corrección de la vista).

Si usted opta por recibir los servicios fuera de la red de proveedores de Davis Vision, el Plan de Servicios de visión le proveerá, una sola vez, uno de los siguientes beneficios durante el período de restricción de dos años:

- Un reembolso de hasta \$75 para cubrir el costo del examen de la vista, así como de los lentes y la montura; o
- Un reembolso de hasta \$90 para cubrir el costo del examen de la vista y de los lentes de contacto.

### SERVICIOS DE CORRECCIÓN DE LA VISTA CON LÁSER (LASIK)

Davis Vision le ofrece la oportunidad de recibir un descuento de hasta un 25% de los cargos usuales y habituales para corregir la vista con láser (conocido como Lasik), o un descuento del 5% con respecto a cualquier precio anunciado/con descuento, al utilizar los servicios de uno de los cirujanos de la red de Davis Vision.

La lista de médicos e instalaciones que realizan procedimientos quirúrgicos con láser para corregir la vista es distinta que la lista de proveedores de servicios oftalmológicos de rutina.

Sin embargo, actualmente no tenemos proveedores en Puerto Rico que realizan procedimientos quirúrgicos con láser (lasik). Por lo tanto, los participantes de Puerto Rico serán elegibles a recibir un descuento distinto\*. Usted deberá someter una reclamación una vez su cirugía fue completada, usted y sus dependientes elegibles tendrán derecho a un reembolso de \$100 por ojo (un reembolso por ojo, por vida).

Para ser elegible, usted debe de ser un participante del Plan de Visión de Citigroup al momento de recibir los servicios, deberá estar residiendo y haber recibido los servicios de corrección de visión con láser en Puerto Rico y deberá someter evidencia de pago para que Davis Vision procese el reembolso correspondiente.

Este programa es efectivo para servicios recibidos en o después del 1 de octubre de 2003.

*\*Nota: Este reembolso cesará al momento en que se active algún proveedor en Puerto Rico, y en ese momento aplicará el descuento estandarizado de Davis Vision.*

Para más información sobre los procedimientos con láser, llame al 1-800-584-2866 o visite el web <http://www.davisvision.com>. Ingrese el código de acceso de Citigroup, 2227, para obtener una lista de proveedores participantes.

## PROVISIONES DEL PLAN

### INCAPACIDAD

#### INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD)

Los beneficios por Incapacidad a Corto Plazo (STD) pagan el 100% o el 60% del salario básico y diferenciales de turno (no de la compensación total), de acuerdo con los años de servicio, según se muestra en la siguiente tabla. No se requiere inscripción.

TABLA DE BENEFICIOS DE STD			
Años de servicio	Semanas al 100% del salario básico	Semanas al 60% del salario básico	Total de semanas del salario básico
Menos de 1 mes	0	0	0
De 1 mes a menos de 1 año	1	12	13
De 1 año a menos de 2 años	4	9	13
De 2 años a menos de 3 años	6	7	13
De 3 años a menos de 4 años	8	5	13
De 4 años a menos de 5 años	10	3	13
5 años o más	13	0	13

La siguiente tabla de beneficios corresponde a los consultores financieros, asociados de consultores financieros, ejecutivos de cuentas y asociados de inversiones (empleados de SSB):

Años de servicio	Beneficio mínimo (% de la compensación total)	Más beneficio adicional	Beneficio máximo (% de la compensación total)
De 1 mes a menos de 3 años	60%	Comisiones	100%
De 3 años a menos de 7 años	70%	Comisiones	100%
7 años o más	80%	Comisiones	100%

**Nota a los empleados elegibles que reciben salarios o comisiones:** Las tablas anteriores muestran el beneficio máximo por STD disponible durante un período ininterrumpido de 52 semanas. Recuerde que las licencias de STD pueden otorgarse conforme a la política de su compañía con respecto a la Ley de Licencia Médico-Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés); por lo tanto, el tiempo de licencia por STD que usted utilice podría transcurrir concurrentemente con la licencia a la que tiene derecho bajo la FMLA de 13 semanas dentro de un período ininterrumpido de 52 semanas. Solicite más información a su representante de Recursos Humanos.

**INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)**

La cubierta de LTD se ofrece para mantener el 60% de su compensación total, cuando una incapacidad autorizada dure más de 13 semanas.

La compañía provee cubierta de LTD sin costo a aquellos empleados cuya compensación total sea menor o igual a \$50,000, mientras que aquellos empleados cuya compensación total sea de \$50,001 o más podrán adquirir la cubierta pagando el costo de la misma. El costo de la cubierta de LTD aparece en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal.

Usted puede ser elegible para recibir beneficios de LTD después de 13 semanas de una licencia de STD autorizada. La compañía de seguros pagará los beneficios mensualmente y los mismos continuarán mientras permanezca su incapacidad autorizada, hasta la edad de 65 años (o más, dependiendo de su edad al inicio de la incapacidad).

A menos que usted ya tenga una estabilidad financiera que le garantice sus ingresos, debiera considerar la cubierta de LTD como elemento esencial de su planificación financiera personal, ya que ésta lo protege en caso de que su capacidad de trabajar se vea afectada por un accidente o una enfermedad.

Usted no tiene que inscribirse en el seguro de LTD de Citigroup. No obstante, si decide inscribirse en la cubierta LTD más adelante en el mismo año del plan, solamente podrá hacerlo después de un cambio de estado cualificado, y quizás se le exija que se someta a un examen físico y/o provea pruebas de asegurable. Además, el plan no cubrirá ninguna incapacidad total a causa o como resultado de una condición preexistente, hasta que usted no haya estado inscrito en el plan durante 12 meses consecutivos.

Una condición preexistente es una lesión, enfermedad o embarazo debido a los cuales, durante los tres meses anteriores a la fecha de vigencia de la cubierta, usted haya recibido tratamiento, consultas, atención o servicios médicos; haya tomado medicamentos por receta, o se le hayan recetado medicamentos; o haya presentado síntomas que harían que una persona razonablemente prudente procurara diagnóstico, atención o tratamiento.

Para obtener una descripción completa de la política de incapacidad a corto y largo plazo, consulte el resumen descriptivo del plan sobre incapacidad que puede encontrar conectándose a <http://benefitsbookonline.com>.

<b>Si su compensación total es:</b>	
<b>De \$50,000 o menos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citigroup provee cubierta LTD sin costo alguno para usted</li> <li>• Su beneficio <i>no</i> está sujeto al pago de impuestos</li> </ul>
<b>De \$50,001 a \$250,000</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga el costo de la cubierta</li> <li>• Su beneficio <i>no</i> está sujeto al pago de impuestos</li> </ul>
<b>De \$250,001 o más</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga el costo de la cubierta</li> <li>• Su cubierta hasta \$250,000, inclusive, será proporcionada por la póliza de grupo</li> <li>• Su cubierta en exceso de \$250,001 provendrá de una póliza individual portátil</li> <li>• Su beneficio <i>no</i> está sujeto al pago de impuestos</li> </ul>



## PROVISIONES DEL PLAN

---

### SEGURO DE VIDA/AD&D

Citigroup provee seguro de Vida Básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) sin costo alguno para usted. El AD&D pagará un beneficio si usted sufre desmembramiento o fallece a consecuencia de una lesión accidental.

El beneficio será igual a su compensación total, hasta un máximo de \$200,000, redondeado a los próximos \$1,000. Esta cifra no cambiará durante el año, aunque cambie su compensación total.

Ya que Citigroup paga el costo total de su seguro de Vida Básico, usted deberá pagar los impuestos correspondientes sobre el valor de la cubierta superior a \$50,000. Esta cantidad se incluirá como parte de su salario sujeto a impuestos, y aparecerá en su talonario de pago, así como en el formulario 499R-2/W-2PR del año en el cual la cubierta estaba vigente, según lo requiere el Departamento de Hacienda de Puerto Rico. No obstante, usted podrá optar por una cubierta de \$50,000 solamente en el seguro de Vida Básico. Usted no estará sujeto a este impuesto adicional, pero tampoco tendrá el beneficio adicional. No tendrá oportunidad de inscribirse para recibir la totalidad del beneficio hasta el siguiente período anual de inscripción.

### SEGURO GUL/AD&D PARA EMPLEADOS

Usted tiene la oportunidad de escoger cubierta de seguro de vida, de acuerdo con sus objetivos financieros y su situación personal.

Usted podrá comprar para sí mismo un seguro de Vida Universal de Grupo (GUL)/AD&D que sea entre una (1) y diez (10) veces el monto de su compensación total, hasta un máximo de \$500,000. Si su compensación total no es un múltiplo de \$1,000, la cifra se redondeará a los próximos \$1,000. El monto máximo de la cubierta es de \$5 millones.

No obstante, si el monto de su seguro GUL es superior a \$1.5 millones, o si desea aumentar la cubierta en más de un incremento de su compensación total, se le requerirá una prueba satisfactoria de asegurabilidad antes de que la cubierta pueda entrar en vigor. Los empleados nuevos, o los

empleados elegibles por primera vez, podrán elegir hasta tres veces su compensación total (hasta un máximo de cubierta de \$1.5 millones), sin necesidad de tener que presentar pruebas de asegurabilidad.

A partir del 1 de enero del 2004, todos los aumentos en el GUL Opcional, excepto aquéllos que son parte de cambios de estado cualificados, requerirán prueba de asegurabilidad.

El costo de su cubierta se calcula de acuerdo con el monto de la cubierta que usted seleccione, su edad al 1 de enero del 2004, y el que usted haya usado o no productos derivados del tabaco durante los pasados 12 meses.

Si usted deja de trabajar en Citigroup, podrá mantener su cubierta. MetLife le enviará las facturas directamente a la tarifa de portabilidad, la cual es mayor que la tarifa de Citigroup.

Si se reduce su compensación total, el monto de su GUL continuará basándose en la compensación total más alta, a menos que usted llame al Centro de Servicio de Beneficios para solicitar que se reduzca el monto del GUL. Una vez que esto suceda, usted no podrá aumentar la cantidad, aunque sí podrá comprar niveles de cubierta adicionales del GUL.

### SEGURO GUL/AD&D PARA SU CÓNYUGE

Usted puede comprar cubierta de seguro GUL/AD&D para su cónyuge en incrementos de \$10,000, hasta un máximo de \$100,000. Si desea elegir cubierta para su cónyuge, no tendrá que comprar GUL/AD&D para usted.

Dentro del plazo de 31 días de su elegibilidad inicial, usted podrá inscribirse para un máximo de \$30,000 de cubierta para su cónyuge, sin que éste tenga que presentar prueba de asegurabilidad.

Si usted se inscribe en cualquier otro momento, su cónyuge tendrá que presentar prueba de asegurabilidad por *cualquier* cantidad de cubierta.

El costo de la cubierta dependerá del monto de cubierta que usted elija, de la edad de su cónyuge al 1ro de enero de 2004, y del consumo o no consumo por parte de su cónyuge



de productos derivados del tabaco durante los pasados 12 meses.

Si usted deja de trabajar en Citigroup, podrá mantener cubierta para su cónyuge. MetLife le enviará las facturas directamente a la tarifa de portabilidad, la cual es mayor que la tarifa de Citigroup.

### **FONDO DE ACUMULACIÓN DE EFECTIVO (CAF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)**

Cuando usted se inscribe en el seguro GUL/AD&D, puede participar en el CAF.

El CAF le permite reservar una cantidad de dinero que devenga una tasa de interés competitiva con un diferimiento en el pago de impuestos. Las aportaciones se deducen de su salario cada período de pago. La aportación mínima es de \$10 al mes, o de \$120 al año.

Hay ciertos límites establecidos para el máximo anual que usted puede aportar, basados en el monto de su cubierta GUL, su edad y otros factores. Usted podrá ver el mínimo y el máximo de sus aportaciones en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal. Usted podrá cambiar el monto de su aportación en cualquier momento.

Usted no pagará impuestos sobre los intereses mientras éste permanezca en su fondo. Los intereses sólo estarán sujetos al pago de impuestos cuando usted retire más del total que haya pagado hasta ese momento por la cubierta GUL (sus primas), más las aportaciones al CAF.

### **SEGURO DE VIDA / AD&D PARA SUS HIJOS**

Usted puede comprar un seguro de vida/AD&D para sus hijos dependientes que sean elegibles, entre \$5,000 y \$20,000, en incrementos de \$5,000 por cada hijo dependiente. No obstante, usted sólo podrá comprar cubierta para sus hijos dependientes si se ha inscrito en el seguro GUL/AD&D para usted o para su cónyuge. *El hijo deberá tener, por lo menos, 15 días de nacido para estar cubierto.*

Al inscribirse en el seguro de vida/AD&D para sus hijos, todos sus hijos elegibles quedarán cubiertos automáticamente.

**Nota:** *Usted deberá notificar al Centro de Servicio de Beneficios sobre cualquier hijo nuevo para que éste quede cubierto.*

### GLOSARIO

**Coaseguro:** Aquella porción de un gasto cubierto por el seguro que usted paga después de haber cumplido con el deducible. Por ejemplo, si su plan paga el 90% de determinados gastos cubiertos bajo el mismo, su coaseguro por dichos gastos es del 10%.

**Gastos cubiertos:** Gastos médicos y relacionados en que incurre un participante y que son elegibles para su reembolso bajo los términos del contrato del seguro.

**Deducible:** La cantidad de gastos elegibles que usted y cada dependiente suyo cubierto bajo el plan debe pagar cada año civil antes de que el plan comience a pagar beneficios.

**Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA):** Ley de EE.UU. que dispone que cualquier persona que pertenezca a un plan de seguro médico de grupo podrá acogerse a un seguro médico dentro de un plazo de tiempo dado, comenzando cuando pierda su cubierta anterior. Dicha ley evita que los empleados queden desamparados y sin seguro médico debido a un cambio en su condición de empleo, en particular aquéllos con problemas de salud a largo plazo reacios a abandonar sus trabajos por temor a que las cláusulas en los seguros sobre condiciones preexistentes les limiten cubierta por tal condición bajo un nuevo plan de seguro.

**Necesario desde el punto de vista médico:** Se considera que un servicio o suministro es necesario desde el punto de vista médico si constituye una práctica de salud generalmente aceptada, y es necesario para tratar su condición médica, de acuerdo al Administrador de Reclamaciones.

**Precertificación:** Requerimiento por el cual el participante tiene que llamar a su plan de seguro para coordinar cualquier cirugía por la que tenga que ser internado, hospitalización, o ciertos procedimientos ambulatorios de diagnóstico o cirugía. Si usted no se comunica con su plan de seguro antes de someterse a ciertos procedimientos, sus beneficios se verán afectados por una penalidad cada vez que no informe a su plan. La notificación por anticipado, ayuda a tener la seguridad de que usted obtendrá el cuidado adecuado para su condición, en las instalaciones más adecuadas. Para más información, llame a su plan.

**Condición preexistente:** Una lesión, accidente o embarazo por el cual usted consultó o recibió tratamiento, consulta, cuidados o servicios médicos durante los tres meses antes de la fecha en que entrara en vigor su cubierta; usted tomó medicamentos por receta o le recetaron medicamentos; o usted tuvo síntomas por los cuales una persona prudente buscaría un diagnóstico médico, cuidado o tratamiento.

**QMCSO:** Orden Válida de Cubierta Médica para un Menor (Qualified Medical Child Support Order)

**Servicios de Rutina para Mantener la Salud:** Cargos por exámenes de salud rutinarios basados en las directrices de la Asociación Médica de EE.UU. (American Medical Association) y las recomendaciones del médico. Los gastos cubiertos incluyen exámenes físicos de rutina (incluyendo exámenes a mujeres y niños saludables), inmunizaciones y exámenes de la vista.

## SECCIÓN 3

# INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA



# SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

## CUÁNDO TERMINA LA CUBIERTA

Su cubierta bajo los Planes Médicos, Planes Dentales y el Plan de Servicios de visión de Citigroup, terminará automáticamente en la fecha del evento que ocurra primero, entre:

- La fecha en que termine el Plan de Citigroup;
- El último día para el cual se hagan las aportaciones necesarias;
- La medianoche del último día del mes en que termine su empleo, usted se retire, fallezca, o de otro modo cese de ser elegible para la cubierta; o ,
- La fecha en que los beneficios que se hayan pagado en nombre del participante igualen los beneficios máximos vitalicios bajo el Plan. No se verá afectada la cubierta de dependientes elegibles que no hayan alcanzado sus beneficios máximos vitalicios.

La cubierta de un dependiente suyo elegible terminará automáticamente en la fecha del evento que ocurra primero, entre:

- La medianoche del último día del mes en que termine la cubierta de usted, salvo en el caso de la muerte suya, en cuya situación la cubierta continuará en vigor durante seis meses;
- La fecha que usted elija para terminar la cubierta de su dependiente elegible;
- El último día para el cual se hagan las aportaciones necesarias;
- La fecha en que el dependiente elegible cese de ser elegible para la cubierta; la cubierta seguirá vigente hasta el 31 de diciembre del año en que el dependiente alcance la edad máxima o deje de ser un estudiante a tiempo completo. La cubierta seguirá en efecto hasta el final del mes en que el menor se case u obtenga un trabajo a tiempo completo;
- La fecha en que el dependiente elegible quede cubierto como empleado bajo el Plan;
- La fecha en que el dependiente elegible quede cubierto como dependiente de otro empleado bajo el Plan;
- La fecha en que el dependiente elegible ingrese en las fuerzas armadas de cualquier país u organización internacional; o ,

- La fecha en que el dependiente deje de ser elegible para la cubierta bajo la Orden Válida de Cubierta Médica para un Menor (Qualified Medical Child Support Order).

Usted y sus dependientes elegibles cubiertos pudieran ser elegibles para seguir con la cubierta bajo el plan COBRA. Ver “COBRA” en la página 31.

## CUBIERTA PARA SUS DEPENDIENTES SOBREVIVIENTES

Si el cónyuge y/o los hijos dependientes sobrevivientes de un empleado activo que fallece estaban inscritos en una cubierta activa al momento del fallecimiento del empleado, dichos individuos cubiertos serán elegibles para seguir con la cubierta de seguro médico por un período de seis meses.

### **Si el empleado no era elegible para cubierta médica de retirado al momento de su muerte:**

Los individuos cubiertos continuarán bajo cubierta médica y dental por un período de seis meses, sin costo alguno. Después del período de seis meses, serán elegibles para seguir con la cubierta a través de COBRA. El período de seis meses de cubierta continuada se considerará parte del período COBRA.

### **Si el empleado era elegible para cubierta médica de retirado al momento de su muerte:**

Al final del período de los seis meses, los individuos cubiertos serán elegibles para recibir cubierta médica de retirado en vez de tener cubierta COBRA. La cubierta médica de retirado se ofrecerá bajo los mismos términos que la cubierta de un empleado retirado.

## CUBIERTA EN CASO DE SU INCAPACIDAD

En caso de que usted se incapacite, usted y sus dependientes elegibles podrán continuar recibiendo cubierta médica, dental y de la vista por un período de hasta 13 semanas, siempre y cuando usted aporte sus contribuciones como empleado activo.

## INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

AÑOS DE SERVICIO	PERÍODO DE CONTINUACIÓN DE CUBIERTA MÉDICA
Menos de 2 años	6 meses
De 2 años a menos de 5 años	Igual que la duración de su empleo
5 años o más	Mientras usted esté incapacitado o mientras no haya alcanzado la edad máxima para recibir beneficios LTD

Si usted está totalmente incapacitado, la cubierta continuará de la manera siguiente:

**La cubierta médica** continuará durante 52 semanas, incluyendo el período STD de 13 semanas, siempre y cuando usted aporte sus contribuciones como empleado activo. Después, usted podrá seguir con la cubierta médica si aporta la misma contribución como si fuera un empleado activo basado en sus años de servicios, como se muestra arriba. (Después de 52 semanas de incapacidad, su empleo se dará por terminado.)

Al terminar el período, usted podrá seguir con la cubierta a través de COBRA. El período de continuación de cubierta se considerará parte del período COBRA.

**La cubierta dental** continuará durante 52 semanas, incluyendo el período STD de 13 semanas, siempre y cuando usted aporte sus contribuciones como empleado activo. Después, usted podrá seguir con la cubierta a través de COBRA. El período de continuación de cubierta se considerará parte del período COBRA.

**La cubierta de los servicios de visión** continuará durante 13 semanas de STD, siempre y cuando usted aporte sus contribuciones como empleado activo. Después, usted podrá seguir con la cubierta a través de COBRA.

### CUBIERTA EN CASOS DE LICENCIA SIN SUELDO

Si usted está disfrutando de una licencia sin sueldo autorizada, llame al Centro de Servicio de Beneficios para conocer sus derechos para continuar con la cubierta médica, dental y/o de la vista.

### PARA CONTINUAR CON LA CUBIERTA BAJO LA LEY DE LICENCIA MÉDICO-FAMILIAR

La ley federal de Licencia Médico-Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés) autoriza a aquellos empleados elegibles a ausentarse de sus trabajos todos los años debido a una enfermedad seria; debido al nacimiento o la adopción de un hijo; o para cuidar a un cónyuge, hijo o padres que se encuentren delicados de salud.

Si usted es elegible bajo FMLA, podrá tomarse hasta 13 semanas de licencia cada año, excepto donde las leyes estatales dispongan algo diferente.

Si usted se toma una licencia sin sueldo permitida bajo FMLA, usted y sus dependientes podrán seguir con la cubierta médica, dental y de la vista siempre y cuando usted continúe aportando su porción del costo de la cubierta durante la licencia. Las aportaciones mensuales durante su licencia se hacen después de descontados los impuestos.

Si usted pierde alguna parte de su cubierta durante una licencia FMLA debido a que no hizo los aportes necesarios, podrá inscribirse nuevamente cuando regrese de la licencia. Su cubierta comenzará de nuevo el primer día después de volver al trabajo, y que haga las aportaciones necesarias.

Si usted no regresa a su trabajo al final de su licencia FMLA, tendrá derecho a inscribirse en COBRA para seguir con la cubierta médica, dental y de la vista.

### CONTINUACIÓN DE CUBIERTA DURANTE UNA LICENCIA MILITAR

Si usted se ausenta de su trabajo debido a una licencia militar, ya sea para servicio activo o para entrenamiento, usted tiene derecho a seguir con su cubierta médica, dental y de la vista por un período de hasta 18 meses, siempre y cuando notifique a Citigroup (con algunas excepciones) de la licencia. No obstante, puede que dicha cubierta continuada no esté disponible si el tiempo total de su licencia, al sumarla a cualquier ausencia anterior de Citigroup por licencia militar, sea superior a cinco años (con ciertas excepciones).

Si el tiempo total de la licencia es de 30 días o menos, no se exigirá que usted pague una porción mayor que la que usted pagaba antes de su licencia. Si el tiempo total de la licencia es de 31 días o más, puede que usted tenga que pagar hasta un 102% de la cantidad total (aportaciones tanto de la compañía como del empleado). Sus otros beneficios se darán por terminados al comienzo de su licencia militar.

Si usted toma una licencia militar pero su cubierta bajo el plan se da por terminada debido, por ejemplo, a que usted decide no extender su cubierta, una vez que usted regrese a su empleo se le tratará como si usted no se hubiera tomado una licencia militar, al determinar el Comité de Administración de Planes si en su caso corresponde una exclusión o periodo de espera cuando usted se reintegra al plan.

Si usted se toma una licencia militar de menos de 18 meses y usted no regresa a su empleo al final de dicha licencia, usted podrá adquirir una cubierta continuada por los meses restantes, hasta un total de 18 meses. Llame a su Centro de Servicio de Beneficios y hable con su representante de Recursos Humanos para obtener más información sobre las licencias militares.

## COBRA

La ley federal “Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act” (COBRA, por sus siglas en inglés), requiere que la mayoría de los patronos que patrocinan planes médicos grupales, ofrezcan a sus empleados y dependientes elegibles la oportunidad de extender temporaneamente su cubierta médica (llamada “cubierta continuada”) a un precio de grupo en aquellos casos donde, de lo contrario, la cubierta bajo el plan terminaría (casos designados como “eventos cualificativos”).

A continuación aparece información sobre las disposiciones de esta ley con respecto a los derechos y las responsabilidades que le corresponden a usted bajo la cubierta continuada.

No es necesario que usted presente pruebas de que usted es asegurable para elegir la cubierta continuada. No obstante, la cubierta continuada bajo COBRA se provee sujeto a la elegibilidad de usted para cubierta. *Citigroup se reserva el derecho de dar por terminada su cubierta con efecto retroactivo en caso de determinarse que usted no es elegible según los términos del Plan.*

Usted deberá pagar la aportación total, más un cargo administrativo del 2% por la cubierta continuada. Habrá un período de gracia de al menos 30 días para el pago de la aportación periódica programada, y un período de gracia de 45 días con respecto al primer pago.

### ¿QUIÉNES ESTÁN CUBIERTOS?

Usted tendrá el derecho de escoger esta cubierta continuada si:

- Usted está inscrito en la cubierta médica, dental o de la vista de Citigroup, y
- Usted pierde su cubierta médica de grupo debido a una disminución en sus horas laborables o a la pérdida de su empleo por razones que no sean comportamiento indebido serio de su parte.

Si usted deja su empleo tras una licencia sin sueldo elegible bajo FMLA, se considerará que el evento cualificativo que dará lugar a la cubierta continuada ocurrirá en la fecha de su aviso de que no regresará a trabajar después de la licencia, o del último día del período de licencia FMLA (lo que ocurra primero).

## INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

---

Si usted es el cónyuge del empleado y usted está cubierto por un plan médico, dental o de la vista patrocinado por Citigroup el día antes del evento cualificativo, usted es un beneficiario elegible y tiene el derecho de elegir cubierta continuada para sí mismo en caso de que pierda cubierta bajo el Plan de Seguro Médico de grupo patrocinado por Citigroup, por cualquiera de las cuatro siguientes razones:

- Fallecimiento de su cónyuge;
- Despido laboral de su cónyuge (por razones que no sean comportamiento indebido serio de parte de su cónyuge);
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge; o
- Su cónyuge tiene derecho a recibir Medicare.

Si usted es un hijo dependiente cubierto de un empleado cubierto por un plan médico, dental o de la vista patrocinado por Citigroup el día antes que ocurra un evento cualificativo, usted también es un beneficiario elegible y tiene derecho a cubierta continuada en caso de que pierda cubierta bajo el Plan de Seguro Médico de grupo patrocinado por Citigroup, por cualquiera de las cinco siguientes razones:

- Fallecimiento del empleado;
- Despido laboral del empleado (por razones que no sean comportamiento indebido serio de parte del empleado), o disminución en las horas laborables del empleado;
- Divorcio o separación legal del empleado;
- El empleado tiene derecho a recibir Medicare; o
- Usted cesa de ser un “hijo dependiente” bajo el Plan médico, dental o de la vista patrocinado por Citigroup.

En el evento de que el empleado cubierto elija cubierta continuada y luego tenga un hijo (ya sea por nacimiento, adopción o colocación para adopción) durante dicho período de cubierta continuada, el menor también es elegible para convertirse en beneficiario elegible.

De acuerdo con los términos del plan médico de grupo patrocinado por el patrón, y de los requisitos de las leyes federales, se pueden añadir dichos beneficiarios elegibles a la cubierta COBRA si son notificados debidamente a Citigroup del nacimiento o la adopción.

Si el empleado cubierto no notifica a Citigroup oportunamente (de acuerdo con los términos de los Planes de

Seguro Médico de grupo, patrocinados por Citigroup), el empleado cubierto *no tendrá* la opción de elegir cubierta COBRA para el menor. Un nuevo dependiente (excepto hijos que nacen, se adoptan o son colocados para que el empleado los adopte) no se considerará un beneficiario elegible pero el mismo se puede incluir bajo la cubierta continuada del empleado.

### SELECCIÓN POR SEPARADO

Cada dependiente elegible tiene el derecho de seleccionar independientemente su propia cubierta COBRA. Por ejemplo, si es posible escoger entre diferentes tipos de cubierta, cada dependiente elegible que sea elegible para cubierta continuada tiene derecho a elegir por separado entre los distintos tipos de cubierta. De este modo, un cónyuge o hijo dependiente tiene derecho a elegir cubierta continuada aunque el empleado cubierto no la seleccione. De igual manera, el cónyuge o hijo dependiente puede seleccionar una cubierta diferente que la que escoja el empleado.

### PARA ACOGERSE A COBRA

Para acogerse a COBRA o averiguar sobre la cubierta, llama a ConnectOne al 1-800-881-3938. Del menú principal, escoja la opción “*health benefits*” y siga las indicaciones para hablar con un representante del Centro de Servicio de Beneficios.

Por ley, usted tendrá que escoger cubierta continuada dentro de un período de 60 días a partir de la fecha en que usted perdería la cubierta debido a uno de los eventos descritos arriba, o, si es posteriormente, 60 días después que Citigroup le envíe el aviso de su derecho de elegir la cubierta continuada. *Si un empleado o familiar no escoge la cubierta continuada dentro del período de tiempo que se estipula más arriba, el mismo perderá el derecho de escoger cubierta continuada.*

Si usted escoge la cubierta continuada, Citigroup está en la obligación de brindarle, en el momento que le provea cubierta, una cubierta idéntica a aquella que se provee bajo el plan a empleados o familiares en una situación similar. Esto significa que si la cubierta para los empleados o familiares en una situación similar se modifica, su cubierta también se modificará. Una “situación similar” se refiere a



la de un empleado o dependiente actual que no ha experimentado un cambio cualificativo.

### **DURACIÓN DE LA CUBIERTA BAJO LA LEY COBRA**

La ley requiere que a usted se le brinde la oportunidad de seguir con la cubierta continuada durante 36 meses, a no ser que usted haya perdido la cubierta médica de grupo debido a despido laboral o disminución en sus horas laborables. En tal caso, el período de cubierta continuada que se requiere es de 18 meses.

Pueden ocurrir otros eventos cualificativos (tales como fallecimiento, divorcio, separación legal, o derecho a Medicare) durante el tiempo que la cubierta continuada esté vigente. Dichos eventos pudieran resultar en que se extienda el período de continuación de 18 a 36 meses, pero la cubierta en ningún caso durará más de 36 meses, a partir de la fecha del evento que originalmente causó que un dependiente elegible fuera elegible a escoger la cubierta. Usted debe notificar a Citigroup si ocurre un segundo evento cualificativo durante el período de su cubierta continuada.

### **REGLAS ESPECIALES EN CASOS DE INCAPACIDAD**

Los 18 meses se pueden extender a 29 meses si la Administración de Seguro Social determina que el empleado o familiar cubierto está incapacitado (con respecto a incapacidad para efectos del Seguro Social) en cualquier momento durante los primeros 60 días de cubierta continuada.

Dicha prórroga de 11 meses está a la disponibilidad de todos los familiares que son dependientes cualificados debido a despido laboral o disminución en las horas laborables, aun de aquéllos que no estén incapacitados. Para aprovechar la extensión, los dependientes cualificados deben informar a Citigroup dentro de un plazo de 60 días después de que el Seguro Social haya determinado la incapacidad, y antes de que termine el período de cubierta continuada original de 18 meses. Si durante la cubierta continuada la Administración de Seguro Social determina que el dependiente elegible ya no está incapacitado, la persona debe informar a Citigroup de esta nueva determinación dentro de un período de 30 días de la fecha en que se determine, en cuyo momento terminará la extensión de 11 meses.

Si usted o un familiar suyo cubierto bajo el plan está incapacitado y ocurre otro evento cualificativo dentro del período continuado de 29 meses, entonces el período de cubierta continuada es de 36 meses a partir del despido laboral o de la disminución de horas laborables.

### **MEDICARE**

Si usted pierde la cubierta médica, dental o de la vista debido a despido laboral o disminución en las horas laborables, la cubierta COBRA de su familiar cubierto no terminará antes de 36 meses a partir de la fecha que comience la cubierta de usted bajo Medicare.

### **TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA CUBIERTA COBRA**

La ley dispone que su cubierta continuada puede terminar prematuramente antes de que se venzan los períodos de 18, 29 o 36 meses por cualquiera de las cinco siguientes razones:

- Citigroup ha dejado de proveer cubierta médica de grupo a cualquiera de sus empleados;
- No se pagó a tiempo la aportación por la cubierta continuada (dentro del período de gracia correspondiente);
- Posterior a la fecha en que se eligió la cubierta COBRA, el dependiente elegible se acoge a la cubierta de otro plan de seguro médico de grupo, sea como empleado o no, que no tenga exclusión o limitación alguna con relación a la condición preexistente que tenga;
- El dependiente elegible tiene derecho a recibir Medicare posterior a la fecha en que se eligió la cubierta COBRA; o
- Se ha extendido la cubierta por un plazo de hasta 29 meses debido a incapacidad, y la compañía de seguro de incapacidad toma una determinación definitiva de que la persona ya no se encuentra incapacitada.

La ley Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA) limita hasta qué punto los planes de seguro médico de grupo pueden imponer limitaciones con respecto a una condición preexistente. Si usted obtiene cubierta bajo otro plan de seguro médico de grupo, y dicho plan contiene limitaciones con respecto a una condición preexistente que usted tenga, su cubierta COBRA no se puede dar por terminada.

## INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

---

No obstante, si la regla del otro plan con respecto a una condición preexistente no le corresponde a usted debido a las restricciones de la ley HIPAA en cuanto a cláusulas sobre condiciones preexistentes, el Plan puede dar por terminada su cubierta COBRA.

### COBRA Y FMLA

Una licencia válida bajo la ley FMLA no le hace a usted elegible para tener cubierta bajo la ley COBRA. No obstante, independientemente de si usted pierde la cubierta por no haber pagado las primas durante una licencia FMLA, usted seguirá elegible para COBRA el último día de su licencia FMLA, aun si decide no regresar a su empleo como empleado activo. Su cubierta continuada comenzará cuando ocurra el primero de los siguientes:

- Cuando notifique definitivamente a Citigroup que no regresará a su trabajo al final de su licencia, o
- Al final de la licencia, suponiendo que usted no regresa al trabajo.

Para efectos de la licencia FMLA, usted será elegible para COBRA, como se explica más arriba, solamente si:

- Usted o su dependiente están cubiertos por el Plan el día antes que comience su licencia (o usted o su dependiente obtienen cubierta durante una licencia FMLA), y
- Usted no regresa al trabajo al final de la licencia FMLA.

### SUS OBLIGACIONES

Bajo la ley, el empleado o un familiar tiene la responsabilidad de notificar a Citigroup de lo siguiente:

- Un divorcio o una separación legal;
- La pérdida por parte de un menor de la condición de dependiente bajo el Plan médico, dental o de la vista;
- Un evento cualificativo adicional que ocurra (como muerte, divorcio, separación legal o derecho a Medicare) durante la cubierta continuada inicial de 18 (o 29) meses del empleado o el familiar;
- La determinación por parte de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), de que el empleado o el familiar estaba incapacitado en algún momento durante los primeros 60 días de la cubierta continuada inicial de 18 meses; o

- La determinación posterior por parte de la SSA de que el empleado o el familiar ya no se encuentra incapacitado.

*Hay* que notificar dentro de un plazo de 60 días después de un divorcio, una separación legal, pérdida por parte de un menor de su condición de dependiente, o de un evento cualificativo adicional. En caso de una determinación de incapacidad, *hay* que informar la misma dentro de un plazo de 60 días después de la determinación de incapacidad del SSA, y antes del final de la cubierta continuada inicial de 18 meses.

Si el empleado o el familiar no envía un aviso a Citigroup durante este período de tiempo permitido, *no se les ofrecerá* a la(s) persona(s) que pierden la cubierta la opción de elegir cubierta continuada.

La notificación debe enviarse por escrito y debe incluir la siguiente información: el nombre del Plan correspondiente, la identidad del empleado cubierto y de cualquier beneficiario cualificado, una explicación del evento cualificativo o de la determinación de incapacidad, la fecha en que ocurrió, y cualquier información relacionada que siempre acostumbre a pedir el administrador de COBRA del Plan.

Si usted es empleado de cualquier empresa de Citigroup en los P.R., envíe el aviso por correo a:

Citigroup Benefits Service Center  
P.O. Box 785004  
2300 Discovery Drive  
Orlando, FL 32878

Cuando Citigroup reciba el aviso de que uno de estos eventos ha ocurrido, Citigroup a su vez le notificará que usted tiene el derecho de elegir la cubierta continuada. Si usted o su familiar no notifica a Citigroup y se paga erróneamente cualquier reclamación por gastos incurridos posterior a la fecha que la cubierta normalmente se hubiera perdido por divorcio, separación legal, o la pérdida de condición de dependiente de un menor, entonces usted y sus familiares tendrán que reembolsar a los Planes patrocinados por el patrón por cualquier reclamación que se haya pagado erróneamente.

### OBLIGACIONES DE CITIGROUP

Se le notificará a los dependientes cualificados de su derecho de elegir cubierta continuada automáticamente (sin necesidad de que el empleado o familiar tome ninguna acción), si ocurre cualquiera de los siguientes eventos que resultarían en una pérdida de cubierta:

- La muerte del empleado o su despido laboral (por razones que no sean comportamiento indebido serio);
- Una disminución en las horas de empleo del empleado; o
- Derecho del empleado a recibir Medicare.

### COSTO DE LA CUBIERTA

Por ley, usted quizás tenga que pagar hasta un 102% de la prima de su cubierta continuada. Si su cubierta se extiende de 18 a 29 meses por incapacidad, usted quizás tenga que pagar hasta un 150% de la prima, a partir del decimonoveno mes de la cubierta continuada.

El costo de cubierta médica de grupo cambia periódicamente. Si usted decide elegir la cubierta continuada, Citigroup le notificará de cualquier cambio en el costo. De modificarse la cubierta bajo el Plan para beneficiarios en situación similar que no se acogen a COBRA, puede que se modifique de la misma manera la cubierta que se le brinda a usted.

El pago inicial por cubierta continuada es pagadero 45 días a partir de su selección. Subsiguientemente, usted tendrá que pagar la cubierta mensualmente, con un período de gracia de al menos 30 días.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la cubierta COBRA o sobre cómo se aplica la ley, póngase en contacto con el administrador de COBRA a la dirección que aparece abajo. Si ha cambiado su estado civil, o usted, su cónyuge o un dependiente suyo ha cambiado de dirección, o si un dependiente suyo cesa de ser un dependiente elegible para cubierta bajo los términos del Plan, usted debe informar al administrador de COBRA por escrito inmediatamente, a la dirección que aparece abajo.

Todas las notificaciones y otras comunicaciones sobre COBRA y el plan de seguro médico de grupo que Citigroup patrocina deben dirigirse a:

ADP COBRA Services  
P.O. Box 27478  
Salt Lake City, UT 84127-0478

También puede llamar al administrador de COBRA al 1-800-422-7608.

## DISPOSICIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE FONDOS

Las disposiciones para la recuperación de fondos aplican a los Planes Médicos y a los Planes Dentales de Citigroup y se explican en esta sección.

### REINTEGRO DE SOBREPAGOS

Siempre que el Plan haya hecho un pago total por gastos cubiertos o no cubiertos, en exceso de la cantidad máxima pagadera bajo las disposiciones del Plan, la persona cubierta tiene que reembolsar al plan por la cantidad que se pagó en exceso de la cantidad pagadera bajo el Plan, y ayudar al Plan a obtener un reembolso de otra persona u organización.

Si la(s) persona(s) cubierta(s), o cualquier otra persona u organización que haya recibido el pago, no reembolsa prontamente la cantidad completa, el Plan podrá reducir la cantidad de cualquier beneficio futuro. La cantidad que se reduzca será igual a la cantidad que el Plan debería haber pagado. En caso de recuperación de fondos de otra fuente que no sea el Plan, el reembolso será igual a la cantidad recuperada, hasta igualar la cantidad que el Plan pagó. El Plan podrá tener otros derechos además del de reducir los beneficios futuros.

### REEMBOLSO

Esta sección aplica cuando una persona cubierta recibe indemnización por daños y perjuicios —debido a un acuerdo, veredicto u otros— por lesión, enfermedad, u otras condiciones. Si la persona cubierta recupera algún dinero, en el presente o en el futuro, incluyendo recuperación de fondos de parte de una compañía de seguro, el Plan no cubrirá ni el valor razonable de los servicios para tratar dicha lesión o enfermedad, ni el tratamiento de dicha lesión o enfermedad.

No obstante, si el Plan paga o provee beneficios por dicha lesión, enfermedad u otra condición, la persona cubierta, o el representante legal, caudal relicto o herederos de la persona cubierta, reembolsará prontamente al Plan la cantidad completa, de la totalidad de las sumas que se haya recuperado (se estime o no que esté relacionada a gastos médicos) como resultado de cualquier acuerdo, veredicto o beneficios de seguro recibidos por ella, o por el representante legal, caudal relicto o herederos de la persona cubierta, en la medida en que los beneficios médicos hayan sido pagados o provistos por el Plan a la persona cubierta.

Si la persona cubierta recibe algún pago de un tercero o de su compañía de seguro como resultado de una lesión o un daño debido a la conducta de otra persona, y la persona cubierta ha recibido beneficios del Plan, el Plan debe reembolsarse primero. En otras palabras, es posible que lo que la persona cubierta recupere de un tercero no recompense a la persona cubierta completamente por todos los gastos en que haya incurrido, ya que la aceptación de beneficios del Plan constituye un acuerdo de reembolsar al Plan por cualquier beneficio que la persona cubierta reciba.

La persona cubierta deberá también realizar cualquier acción necesaria, dentro de un criterio razonable, para proteger el derecho de subrogación y reembolso que le corresponde al plan. Esto significa que al aceptar beneficios del Plan, la persona cubierta conviene en notificar al Administrador del Plan en el caso de que la persona cubierta entable una demanda u otra acción, o comience a negociar con otra parte (incluyendo su compañía de seguro) con el fin de llegar a un acuerdo en relación con la conducta de la otra parte.

La persona cubierta también deberá cooperar con las peticiones razonables del Administrador del Plan con referencia a los derechos de subrogación y reembolso del Plan, y debe mantener al Administrador del Plan informado de cualquier acontecimiento importante con respecto a su acción. La persona cubierta también conviene en que el Administrador del Plan puede retener cualquier beneficio futuro pagado por este Plan, o por cualquier otro plan médico o de incapacidad que mantengan Citigroup o sus compañías participantes, en la medida que sea necesario para reembolsar al Plan bajo los derechos de subrogación y reembolso del mismo.

Para asegurar los derechos del Plan bajo esta sección, por este medio la persona cubierta:

- Otorga al Plan un derecho prendario preferente sobre el producto de cualquier acuerdo, veredicto u otros montos que reciba la persona cubierta en la medida de todos los beneficios dados en un esfuerzo por mantener la integridad del Plan; y
- Cede al Plan cualquier beneficio que la persona cubierta pueda tener bajo cualquier póliza de automóvil u otra cubierta. La persona cubierta firmará y entregará, a petición del Plan o de sus agentes, cualquier documento que sea necesario para proteger dicho derecho prendario, o para realizar dicha cesión de beneficios.
- La persona cubierta cooperará con el Plan y sus agentes, y:
  - Firmará y entregará los documentos que el Plan o sus agentes pidan dentro de un criterio razonable, para proteger el derecho de reembolso del Plan;
  - Proveerá cualquier información relevante; y
  - Llevará a cabo las acciones que el plan o sus agentes soliciten, dentro de un criterio razonable, para ayudar al plan a recuperar completamente el valor de los beneficios brindados.

Si la persona cubierta no firma y entrega dichos documentos por cualquier razón (incluyendo, de manera enunciativa pero no limitativa, el hecho de que a la persona cubierta no se le entregó un convenio para firmar, o no pudo o no quiso firmar), el Administrador del Plan, a su discreción exclusiva, decidirá si ofrecer o no beneficios a la persona cubierta bajo el Plan.

Si el Administrador del Plan ha pagado beneficios por adelantado, tiene derecho a subrogación y reembolso, independientemente de si la persona cubierta ha firmado o no el convenio. La persona cubierta no podrá tomar ninguna acción que perjudique el derecho de reembolso que le corresponde al Plan.

### SUBROGACIÓN

Esta sección rige si otra parte es, o pudiera considerarse ser, responsable de la lesión, enfermedad, u otra condición (incluyendo compañías de seguro que sean responsables) y el Plan ha prestado o pagado beneficios.

El Plan se subroga a todos los derechos que la persona cubierta pueda tener contra cualquier parte responsable de la lesión o enfermedad de la persona cubierta, o por el pago del tratamiento médico para tratar dicha lesión o enfermedad laboral (incluyendo cualquier compañía de seguros), en la medida del valor de los beneficios médicos provistos a la persona cubierta bajo el Plan. El Plan puede hacer valer dicho derecho independientemente de la persona cubierta.

La persona cubierta tiene la obligación de cooperar con el Plan y sus agentes para proteger el derecho de subrogación que le corresponde al Plan. Cooperar significa proveer al Plan o a sus agentes cualquier información relevante que los mismos pidan; firmar y entregar los documentos que el Plan o sus agentes pidan, dentro de un criterio razonable, para asegurar el reclamo a subrogación del Plan; y obtener consentimiento del Plan o sus agentes antes de liberar a cualquier parte de la responsabilidad de pagar.

Si la persona cubierta entabla un litigio o entra en negociaciones para llegar a un acuerdo con respecto a las obligaciones de las otras partes, la persona cubierta no debe perjudicar de ningún modo los derechos de subrogación que le corresponden al Plan bajo lo estipulado en esta sección.

Los honorarios del representante legal que contrate el Plan para cuestiones relacionadas con la subrogación serán por cuenta exclusiva del Plan. El costo del representante legal que contrate la persona cubierta será por cuenta exclusiva de la persona cubierta.

## RECLAMACIONES Y APELACIONES

Si usted no recibe un beneficio al que usted cree tener derecho bajo cualquier Plan de Salud y Bienestar Social de Citigroup sujeto a la ley ERISA (que excluye el seguro GUL Opcional/AD&D Suplementario), o si le deniegan, total o parcialmente, su solicitud para recibir beneficios, usted puede presentar una reclamación al Administrador del Plan o de Reclamaciones, según el caso. Para más información sobre el Administrador del Plan o de Reclamaciones, vea la página 40.

Si le deniegan su reclamación, le enviarán por correo una explicación detallada que le dirá:

- La razón específica por lo que se la denegaron;
- Referencias específicas en los documentos del plan que sustentan dichas razones;
- La información adicional que usted debe proveer para reforzar su reclamación, y la razón por la que dicha información es necesaria; y
- El procedimiento disponible para que su reclamación se revise de nuevo.

Normalmente, el Administrador del Plan o de Reclamaciones tiene que evaluar su reclamación y notificarle su decisión dentro de un período de tiempo específico, de acuerdo con la ley ERISA. De denegársele su reclamación escrita, usted tiene el derecho de apelar la reclamación que el Administrador del Plan o de Reclamaciones le denegó, presentando una petición para que se revise la denegación de su reclamación. Si usted desea entablar una acción legal contra la Compañía o contra el Plan, debe primero cumplir con los procedimientos de apelación del Plan.

Los procedimientos que rigen las reclamaciones de beneficios, los límites de tiempo correspondientes y los recursos disponibles bajo el respectivo Plan para remediar las reclamaciones que se deniegan están incluidos en el documento del Plan, los cuales estarán a su disposición en <http://www.benefitsbookonline.com> durante el primer trimestre del 2004.

Usted también podrá llamar al Administrador del Plan para solicitar una copia del documento del Plan, sin costo alguno.



## INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

---

A partir del 1 de enero de 2004, para reclamaciones relacionadas con la inscripción solamente, usted podrá presentar una reclamación al Comité Administrativo del Plan si su solicitud para inscribirse es denegada para los Planes Médicos, Dentales, STD, o LTD. También podrá presentar una apelación si su reclamación es denegada por el Comité Administrativo de los Planes. Para presentar una reclamación relacionada con la inscripción y para obtener información sobre el proceso de revisión de reclamaciones, use el Formulario para Reclamaciones y Apelaciones sobre Elegibilidad para Beneficios de Salud e Incapacidad. Dicho formulario está disponible, libre de costo, a través del Centro de Servicio de Beneficios.

### INFORMACIÓN SOBRE LA LEY ERISA

Como participante de los Planes de Salud y Bienestar Social de Citigroup que están sujetos a la ley ERISA (que excluye el seguro GUL Opcional/AD&D Suplementario y AdvancePCS), usted tiene derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingreso al Momento de Retiro del Empleado de 1974 (ERISA), enmendada.

Usted podrá revisar todos los documentos del Plan (incluyendo las pólizas de seguro de grupo, según corresponda) y copias de todos los documentos entregados al Departamento del Trabajo de los EE.UU. (disponibles en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados), tales como reportes anuales (Formulario de la Serie 5500) y descripciones de los Planes. Usted podrá revisar estos documentos, sin costo alguno, en las facilidades del patrocinador del Plan.

Usted podrá obtener copias de todos los documentos del Plan y demás información sobre el Plan al presentar una solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Administrador del Plan puede cobrar un cargo razonable por sacar copias de los documentos. Usted puede recibir copia de los informes financieros anuales del Plan, al presentar una solicitud por escrito al Comité Administrativo del Plan.

Usted podrá seguir con cubierta médica para usted, su cónyuge o sus dependientes elegibles en caso de una

pérdida de cubierta bajo el plan como resultado de un evento cualificativo. Usted o sus dependientes pudieran tener que pagar por dicha cubierta. Revise esta descripción resumida del Plan (SPD) y todos los otros documentos que rigen el Plan con respecto a las reglas que rigen sus derechos a cubierta continuada.

Usted puede reducir o eliminar el período de exclusión de cubierta por condiciones preexistentes bajo su plan médico de grupo (de existir), si tiene cubierta válida bajo otro plan.

Su Plan médico de grupo o su emisor de seguro médico debe proveerle, sin costo alguno, un Certificado de Cubierta Válida:

- Si usted pierde su cubierta bajo el Plan;
- Si su cubierta continuada cesa y usted lo pide antes de perder la cubierta; o
- Si usted lo solicita hasta 24 meses después de perder la cubierta.

Si no tiene prueba de tener cubierta válida, usted puede estar sujeto a exclusión por una condición preexistente durante 12 meses (18 meses para aquéllos que se inscriban tarde), a partir de la fecha de su inscripción para recibir cubierta.

Además de crear derechos para los participantes del plan, la ley ERISA impone obligaciones a los fiduciarios del Plan, o sea, las personas responsables por la operación del plan de beneficios de los empleados. Bajo la ley ERISA, los fiduciarios deben actuar prudentemente y en beneficio exclusivo de los participantes y sus beneficiarios. Ninguna persona, incluyendo su patrón o cualquier otra persona, podrá despedirlo o discriminar en su contra de manera alguna para obstaculizar que usted reciba beneficios de bienestar social o que usted ejerza sus derechos bajo la ley ERISA.

Si le deniegan completa o parcialmente una reclamación por beneficios, usted debe recibir una explicación por escrito detallando las razones por las cuales se la denegaron. Usted tiene el derecho de que el Plan revise y vuelva a considerar su reclamación. Para más información, ver la sección “Reclamaciones y apelaciones” en la página 42.

Bajo la ley ERISA, usted puede tomar medidas para hacer valer los derechos descritos más arriba. Por ejemplo, si usted solicita que el Plan le mande algunos materiales y no recibe los mismos en un plazo de 30 días, usted puede entablar una demanda en una corte federal. En este caso, la corte pudiera exigir que el Administrador del Plan le suministre los materiales y le pague a usted hasta \$110 por día hasta que usted los reciba, de no ser que los materiales no se mandaron por razones fuera del control del Administrador del Plan.

Si su reclamación de beneficios es denegada o ignorada, completa o parcialmente, usted puede entablar una demanda en una corte federal o estatal. Además, si usted no está de acuerdo con la decisión del Plan, o falta de la misma, con respecto a la validez de una Orden Válida de Cubierta Médica para un Menor, usted podrá entablar una demanda en una corte federal. Si usted cree que los fiduciarios están abusando de su autoridad bajo el Plan, o si usted cree que se está discriminando contra usted por reclamar sus derechos, usted podrá solicitar ayuda del Departamento del Trabajo de los EE.UU., o entablar una demanda en una corte federal.

La corte decidirá quién deberá pagar las costas y los honorarios. Si usted gana la demanda, la corte pudiera condenar a la persona a quien usted demandó al pago de dichas costas y honorarios. Si usted pierde, la corte pudiera condenar a usted al pago de los costos y honorarios. Otra razón por la cual la corte pudiera condenar a usted al pago de las costas y los honorarios sería si la corte decide que su demanda carece de fundamento.

### RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS

Si tiene preguntas sobre el Plan, comuníquese con el Administrador del Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre este folleto o sobre sus derechos bajo la ley ERISA, o si usted necesita ayuda en obtener documentos del Comité Administrativo del Plan, comuníquese con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento del Trabajo de los EE.UU., que aparece en su directorio telefónico o en la División de Ayuda Técnica e

Investigación, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento del Trabajo de los EE.UU., 200 Constitution Ave. NW, Washington, DC 20210.

La sucursal de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados de Nueva York está localizada en el 1633 Broadway, Room 226, New York, NY 10019.

Usted también podrá obtener publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo la ley ERISA al llamar a la línea directa de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, o conectándose al web.

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Esta sección contiene información administrativa sobre la administración de los planes de Citigroup, los documentos del plan, los patrocinadores y los Administradores de reclamaciones. Además, se ofrece una relación del desarrollo futuro en los planes, y un resumen del derecho de Citigroup a enmendar, modificar, suspender o terminar un plan.

### EL FUTURO DE LOS PLANES

Los Planes están sujetos a varios requisitos legales. Si fuera necesario hacer cambios para continuar en cumplimiento, a usted se le informará de tal hecho.

Citigroup tiene el derecho de enmendar, modificar, suspender, o dar por terminado cualquier Plan, completa o parcialmente, en cualquier momento y sin previo aviso. Citigroup puede llevar a cabo dichas enmiendas, modificaciones, suspensiones, o terminaciones de los Planes.

En caso de la disolución, fusión, consolidación, o reorganización de Citigroup, el Plan se dará por terminado, a no ser que el sucesor de Citigroup lo continúe. Si un beneficio se da por terminado y queda un superávit de activos después de que se hayan pagado todos los pasivos, dicho superávit revertirá a Citigroup en la medida en que permita la ley correspondiente, a no ser que se estipule otra cosa en el documento del Plan correspondiente.

## INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

---

### ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

El Administrador del Plan será responsable de la administración general de los Planes y tiene plena autoridad discrecional y poder para controlar y administrar todos los aspectos administrativos de los Planes, excepto en la medida en que dicha autoridad haya sido delegada en el Administrador de Reclamaciones.

De acuerdo con dicha delegación, el Administrador del Plan y el Administrador de Reclamaciones tienen plena autoridad discrecional para interpretar las disposiciones del Plan y tomar decisiones objetivas con respecto a cada fase de los Planes y los beneficios de los mismos, incluyendo el poder y la discreción para decidir sobre los derechos o la elegibilidad de los empleados y cualquier otra persona, y los montos de los beneficios a los cuales ellos tienen derecho bajo el Plan, y a resolver ambigüedades, inconsistencias u omisiones. Dichas determinaciones serán obligatorias para todas las partes.

El Plan ha designado a otras organizaciones o personas para que asuman algunas responsabilidades fiduciarias específicas en la administración del Plan, incluyendo, a título enunciativo pero no limitativo, cualquiera de las siguientes responsabilidades, o todas ellas:

- Administrar y manejar el Plan, incluyendo el procesamiento y pago de reclamaciones bajo el Plan, y el correspondiente proceso de llevar los registros, de acuerdo con los términos de un convenio de servicios administrativos o de administración de reclamaciones;
- Preparar, informar, registrar y divulgar cualquier formulario, documento y demás información cuyo informe y registro ante una agencia gubernamental sea requerido por ley, o que deba prepararse y divulgarse a los empleados u a otras personas con derecho a beneficios bajo el Plan; y

- Fungir como Administrador de Reclamaciones y revisar las reclamaciones y las denegaciones de las mismas bajo el Plan, en la medida que un asegurador o administrador no cuente con el poder para cumplir con dicha responsabilidad.

El Administrador del Plan administrará el Plan sobre una base razonable y sin discriminación, y aplicará reglas uniformes a todas aquellas personas en situación similar. Excepto en la medida en que predominen las leyes de los Estados Unidos, las leyes del Estado de Nueva York regirán en todas las cuestiones relacionadas al Plan.



### INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN

<b>PATROCINADOR DEL PLAN</b>	Citigroup Inc. 75 Holly Hill Lane Greenwich, CT 06830
<b>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PATRÓN</b>	52-1568099
<b>ADMINISTRADOR DEL PLAN</b>	Plans Administration Committee of Citigroup Inc. c/o Corporate Compensation and Benefits One Court Square, 15th Floor Long Island City, NY 11120
<b>NOMBRES Y NÚMEROS DE LOS PLANES</b>	
Plan Médico Triple-S	Plan de Beneficios Médicos de Citigroup; Plan # 1-03450
Plan Dental Triple-S	Plan de Beneficios Dentales de Citigroup; Plan # 1-03450
Servicio de Cuidado de la Vista	Plan de Beneficios de la Vista de Citigroup
Plan de Medicamentos por Receta AdvancePCS	Plan #6569
Seguro de Vida Básico/AD&D GUL Opcional/AD&D Suplementario	Seguro de Vida de Citigroup, Plan # 506 Seguro de Vida de Citigroup
Incapacidad a Corto Plazo	Plan de Continuación de Salario de Citigroup (Incapacidad a corto plazo); Plan #529
Incapacidad a Largo Plazo	Plan de Incapacidad a Largo Plazo de Citigroup (LTD, por sus siglas en inglés); Plan #530

## INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

### ADMINISTRADORES DE RECLAMACIONES

Cada uno de los Administradores de Reclamaciones que aparecen a continuación tiene autoridad y poder discrecional para tomar determinaciones sobre los beneficios en una manera consistente con los términos y las condiciones de su respectivo Plan de beneficios, es decir, aquellas disposiciones del documento del plan que corresponden al participante, y que administra dicho Administrador en particular. Ya que GUL Opcional AD&D Suplementario y medicamentos por receta de AdvancePCS no son planes de beneficios sujetos a la ley de ERISA, ni el Administrador de Reclamaciones que se menciona a continuación, ni el Comité Administrativo de Planes, actuará como fiduciario bajo la ley ERISA para dichos trámites.

### PLAN MÉDICO Y CUBIERTA DE MEDICAMENTOS POR RECETA

Organización de Proveedores Preferidos  
(PPO, por sus siglas en inglés)

Triple-S  
P.O. Box 363628  
San Juan, PR 00936-36281  
787-749-4777

Programa de Medicamentos por Receta  
(farmacia en la red)

AdvancePCS  
9501 E Shea Blvd, MC018  
Scottsdale, AZ 85260 654  
  
Muñoz Rivera Ave. Ste 1801  
Hato Rey, PR 00918-4133  
1-800-390-6441

### PLAN DENTAL

Triple-S  
P.O. Box 363628  
San Juan, PR 00936-36281  
787-749-4777

### VISION

Plan de Servicios de Visión

Davis Vision  
159 Express St.  
Plainview, NY 11803  
516-932-9500 / 1-800-DAVIS-2-U

### SEGURO DE VIDA

Seguro de Vida Básico

Metropolitan Life Insurance Co.  
One Madison Ave.  
New York, NY 10010  
1-800-638-6420

Seguro Opcional GUL

Metropolitan Life Insurance Co.  
One Madison Ave.  
New York, NY 10010  
1-800-638-6420

AD&D y AD&D Suplementario

Life Insurance Company of North America  
1601 Chestnut St.  
Philadelphia, PA 19192  
215-761-1000

### INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

Metropolitan Life Insurance Co.  
One Madison Ave.  
New York, NY 10010  
1-800-638-6420

### AGENTE PARA EMPLAZAMIENTOS DE PROCESOS JURÍDICOS

Citigroup Inc.  
General Counsel  
399 Park Ave., 3rd Floor  
New York, NY 10043

## INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

<b>AÑO DEL PLAN</b>	1 de enero – 31 de diciembre
<b>FINANCIAMIENTO</b>	
Plan Médico Plan Dental Plan de Servicios de visión	Los Planes Médicos y los Planes Dentales (con excepción del Plan de Servicios de visión) se pagan de activos generales de Citigroup, y se pueden costear de un fideicomiso aprobado por la Sección 501(c)(9) del IRC a nombre de los Planes, de acuerdo con los términos de los documentos del Plan. El Plan de Servicio de Vision está financiado a través de un contrato de seguro. Citigroup y el participante comparten el costo de la cubierta médica y dental. El costo del Plan de Servicio de Vision proviene de aportaciones por parte del empleado. Los Administradores de Reclamaciones no garantizan los beneficios bajo el Plan.
Seguro de Vida Básico/AD&D Seguro GUL Opcional/AD&D Suplementario	El Seguro de Vida Básico/AD&D y GUL Opcional/AD&D Suplementario están completamente asegurados. Los beneficios se proveen bajo los contratos de seguro entre Citigroup y el Administrador de Reclamaciones. El Administrador de Reclamaciones, y no Citigroup, es responsable de pagar las reclamaciones. La cubierta del Seguro de Vida Básico/AD&D se provee a través de aportaciones por parte del patrón; el GUL Opcional/AD&D Suplementario se provee a través de las aportaciones del empleado.
Incapacidad a Corto Plazo (STD)	Los beneficios de STD se pagan de los activos generales de la compañía y de un fideicomiso aprobado por la Sección 501(c)(9) del IRC, de acuerdo con los términos de los documentos del Plan. La cubierta STD la provee Citigroup, y no se requieren aportaciones de parte del empleado.
Incapacidad a Largo Plazo (LTD).	Los beneficios de LTD están completamente asegurados. El Administrador de Reclamaciones, y no Citigroup, es responsable de pagar las reclamaciones. La cubierta de LTD se provee a través de aportaciones tanto del empleado como del patrón.
<b>TIPO DE ADMINISTRACIÓN</b>	
Los Planes los administra el Comité Administrativo del Plan. No obstante, la decisión final sobre el pago de las reclamaciones bajo algunos Planes recae sobre los Administradores de Reclamaciones.	

## DIRECTORIO TELEFÓNICO Y DE PÁGINAS WEB

*Por lo general, los proveedores no están disponibles los fines de semana ni los días feriados.  
Usted puede comunicarse con muchos de los proveedores a través de la opción de  
“Health Benefits” de ConnectOne.*

<p><b>Centro de Servicio de Beneficios</b> Disponible al seleccionar la opción de “Health Benefits” de ConnectOne. Para información sobre el plan y para inscribirse, visite la página web.</p>	<p>1-800-881-3938 1-972-652-4582 (desde fuera de EE.UU. y Puerto Rico) 1-888-807-9896 (TDD) <a href="http://resources.hewitt.com/citigroup/">http://resources.hewitt.com/citigroup/</a></p>
<p><b>Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)</b></p>	<p>1-800-422-7608</p>
<p><b>Plan Dental Triple-S</b></p>	<p>1-787-749-4777 <a href="http://ssspr.com">http://ssspr.com</a></p>
<p><b>Seguro de Vida/Muerte Accidental y Desmembramiento(AD&amp;D)</b> Centro de Servicio de Beneficios; disponible al seleccionar la opción “Health Benefits” de ConnectOne</p>	<p>1-800-881-3938</p>
<p><b>Incapacidad a Corto Plazo (STD) e Incapacidad a Largo Plazo (LTD) - MetLife</b></p>	<p>1-800-826-0547</p>
<p><b>Plan Médico Triple-S</b></p>	<p>1-787-749-4777 <a href="http://ssspr.com">http://ssspr.com</a></p>
<p><b>Programa de Medicamentos por Receta</b> AdvancePCS</p>	<p>1-800-390-6441 <a href="http://www.advancex.com">http://www.advancex.com</a></p>
<p><b>Plan de Servicios de Vision</b> Davis Vision</p>	<p>1-800-999-5431 <a href="http://www.davisvision.com">http://www.davisvision.com</a></p>

El objetivo de este folleto es brindarle una descripción general de sus beneficios. Citigroup se reserva el derecho de cambiar o discontinuar, en cualquier momento y sin previo aviso, cualquiera o la totalidad de los programas o cubiertas de beneficios que se describen en el mismo. Ninguna declaración contenida en este o en cualquier otro documento, ni expresión verbal alguna, deberá considerarse como una renuncia a ejercer este derecho. El administrador del Plan, tiene la entera discreción para interpretar todas las disposiciones aquí presentadas, incluyendo la discreción de interpretar los términos de elegibilidad para cualquiera de los beneficios provistos. Solamente deberá basarse en una interpretación por escrito que provenga del administrador del plan. Nada de lo que contenga este folleto, o cualquier otro documento sobre beneficios, ni expresión verbal alguna, deberá considerarse como garantía de empleo durante ningún período de tiempo.