

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

En este documento se describen los beneficios de salud y bienestar para ciertos empleados de Puerto Rico de Citigroup Inc. (“Citigroup”) y sus compañías participantes (grupalmente la “Compañía”), los cuales están vigentes a partir del 1ro de enero de 2006. Los beneficios que se describen en este documento incluyen:

- Planes Médicos de Citigroup
 - Plan Triple-S de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) y
 - Programa de Medicinas con Receta de Citigroup.
- Planes Dentales de Citigroup
 - Plan Dental Triple-S
- Plan de Cuidado de la Vista de Citigroup;
- Plan de Incapacidad a Corto Plazo de Citigroup;
- Plan de Incapacidad a Largo Plazo de Citigroup;
- Beneficios de seguros de vida de Citigroup
 - Seguro de Vida Básico y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) y
 - Seguro de Vida Grupal Universal Opcional y AD&D Suplementario*.

* Aunque muchos de estos beneficios se proporcionan bajo arreglos de beneficios de empleados patrocinados por Citigroup, la cubierta de seguro de Vida Grupal Universal indicada arriba se ofrece solamente para conveniencia de los empleados de Citigroup y no está endosada por la Compañía.

Este documento es un resumen de la descripción de los planes (SPD, por sus siglas en inglés) de beneficios de salud y bienestar que se describen arriba (los “Planes de Salud y Bienestar de Citigroup” o grupalmente los “Planes” e individualmente un “Plan”).

Este resumen ha sido redactado, en la medida posible, en un lenguaje no técnico para ayudarle a usted a entender los términos y las condiciones básicas de los Planes según están en vigor. Esta descripción es sólo un resumen de los puntos principales de los Planes.

Ninguna explicación general puede darle adecuadamente todos los detalles de los Planes. Esta explicación general no cambia, expande ni de otro modo interpreta los términos del Plan. Si existe algún conflicto entre este Resumen y los documentos del Plan (incluyendo cualesquiera contratos de seguro relacionados), los términos de los documentos del Plan –incluyendo cualesquiera contratos de seguro relacionados– se seguirán al determinar sus derechos y beneficios bajo los Planes.

Los Planes están sujetos al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (el “Código de Puerto Rico”). Con la excepción del Seguro de Vida Grupal Universal Opcional y AD&D Suplementario, los Planes están sujetos a las disposiciones de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974, según enmendada (“ERISA”). En la medida aplicable, los Planes se interpretarán y administrarán de acuerdo con el Código de Puerto Rico, ERISA y las leyes aplicables.

Citigroup puede cambiar o discontinuar los Planes o cualquier parte de los mismos en cualquier momento y sin previo aviso.

Este documento no es un contrato ni una garantía de empleo continuo por un período de tiempo definido.

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| Información importante sobre el contenido de este documento | 1 |
| SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL..... | 5 |
| Instrucciones..... | 7 |
| ¿Qué sucede si no se inscribe? | 7 |
| Cómo inscribirse | 7 |
| Resumen de los beneficios..... | 7 |
| Confirmación de inscripción | 8 |
| Confirmación de la inscripción automática..... | 8 |
| Formas para beneficiarios | 8 |
| Elegibilidad..... | 8 |
| Definición de dependientes elegibles | 9 |
| Cómo se pagan sus beneficios | 9 |
| Compensación total | 9 |
| Definición de compensación total..... | 10 |
| Para asesores financieros de Smith Barney y ejecutivos financieros de Global Consumer de CBNA | 10 |
| Coordinación de beneficios | 10 |
| ¿Cómo funciona la coordinación de beneficios? | 11 |
| En caso de divorcio o separación..... | 11 |
| Categorías de cubierta | 11 |
| Cambios de estado cualificados..... | 11 |
| Cómo reportar un cambio de estado cualificado..... | 12 |
| Cómo cambiar su categoría de cobertura..... | 12 |
| Hoja de trabajo de cambio de estado..... | 12 |
| Fecha límite para reportar cambios de estado cualificados | 13 |
| Cambios en el plan que usted puede hacer en cualquier momento | 13 |
| Beneficios para parejas domésticas | 13 |
| Cuándo puede inscribir a su pareja doméstica en la cobertura de Citigroup | 14 |
| Elegibilidad..... | 14 |
| Beneficios de maternidad | 15 |
| Aviso bajo la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer | 15 |
| Orden de sustento de menores para gastos médicos calificada (QMCSO) | 16 |
| SECCIÓN 2: PROVISIONES DEL PLAN..... | 17 |
| Cubierta médica..... | 19 |
| Triple-S PPO..... | 19 |
| Características de la red de PPO..... | 19 |
| Cuidado preventivo | 19 |
| Infertilidad..... | 20 |
| Características fuera de la red de PPO..... | 20 |
| Información adicional sobre el plan médico | 20 |
| Medicinas con receta | 20 |
| Farmacias detallistas de la red | 21 |
| Programa de servicio de correo de Caremark..... | 21 |
| Cómo usar la farmacia de servicio por correo de Caremark..... | 21 |

| | |
|--|----|
| Programa de medicinas con receta de Citigroup | 22 |
| Beneficios de salud mental y abuso de sustancias..... | 23 |
| Pre-certificación | 23 |
| Cubierta dental..... | 24 |
| Características del plan dental..... | 24 |
| Plan dental básico | 25 |
| Plan dental completo | 25 |
| Plan de cuidado de la vista | 26 |
| Características del plan de cuidado de la vista | 26 |
| Beneficios dentro de la red | 26 |
| Beneficios fuera de la red | 26 |
| Definición de necesidad médica | 27 |
| Visión subnormal..... | 27 |
| Lasik..... | 27 |
| Tarjetas de identificación de cuidado de la salud | 27 |
| Incapacidad | 28 |
| Plan de incapacidad a corto plazo (STD) | 28 |
| Lista de beneficios del plan (STD) | 28 |
| Plan de incapacidad a largo plazo (LTD)..... | 29 |
| Tabla de la ley contra la discriminación por edad en el empleo (ADEA) ... | 30 |
| Cuándo son pagaderos los beneficios de LTD | 31 |
| Beneficios de seguro de vida..... | 31 |
| Seguro de vida básico & AD&D..... | 31 |
| Opción de adelanto del seguro de vida básico..... | 31 |
| Seguro de vida grupal universal (GUL) opcional/AD&D suplementario | 32 |
| Cubierta para empleados..... | 32 |
| Opción de adelanto del seguro de vida grupal universal opcional | 32 |
| Fondo de acumulación de efectivo (CAF) | 33 |
| Cubierta para su cónyuge/pareja doméstica | 33 |
| Cubierta para sus hijos..... | 33 |
| Seguro contra accidente por viajes de negocios..... | 34 |
| Seguro de cuidado a largo plazo (LTC) | 34 |
| Cómo inscribirse en la cubierta de LTC | 35 |
| Cuándo son pagaderos los beneficios | 35 |
| Beneficios y servicios cubiertos | 35 |
| Cómo elegir el nivel de cubierta | 35 |
| Beneficio mientras permanece en el hogar | 35 |
| Cómo elegir un beneficio de LTC sin riesgo de pérdida o un beneficio contingente de LTC sin riesgo de pérdida | 36 |
| Cómo elegir protección contra la inflación: opción ABI o de compra futura..... | 37 |
| Características adicionales | 37 |
| Coordinación de beneficios y exclusiones..... | 38 |
| Para obtener más información | 39 |
| Glosario | 40 |

| | |
|---|----|
| SECCIÓN 3: INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA | 41 |
| ¿Cuándo termina la cubierta? | 43 |
| Cubierta para dependientes sobrevivientes | 43 |
| Cubierta si usted queda incapacitado | 43 |
| Cubierta si toma una licencia | 44 |
| Cubierta continua durante una licencia bajo la FMLA | 44 |
| Cubierta continua durante una licencia militar..... | 45 |
| Aviso de las prácticas de confidencialidad de la HIPPA | 45 |
| Responsabilidades de los planes componentes | 46 |
| Usos y divulgación de información de salud protegida | 46 |
| Pago y operaciones de cuidado de la salud | 46 |
| Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida | 49 |
| Comunicación con usted | 49 |
| Sus Derechos | 49 |
| Quejas | 50 |
| Cambios a este aviso..... | 50 |
| Fecha de vigencia..... | 51 |
| Información de contacto..... | 51 |
| COBRA | 51 |
| ¿Quién está cubierto? | 52 |
| Selección por separado | 52 |
| Para acogerse a COBRA..... | 52 |
| Duración de la cubierta bajo la ley COBRA | 53 |
| Reglas especiales en casos de incapacidad..... | 53 |
| Medicare | 53 |
| Terminación temprana de COBRA | 53 |
| COBRA y FMLA | 54 |
| Sus obligaciones | 54 |
| Obligaciones de Citigroup | 55 |
| Costos de la cubierta | 55 |
| Disposiciones de recuperación..... | 55 |
| Reintegro por sobrepagos | 55 |
| Reembolso | 56 |
| Subrogación | 57 |
| Reclamaciones y Apelaciones | 57 |
| Información sobre ERISA | 58 |
| Respuestas a sus preguntas | 59 |
| Información administrativa..... | 59 |
| Futuro de los planes | 59 |
| Administración del plan | 59 |
| Información del plan..... | 61 |
| Administradores de reclamaciones..... | 62 |
| Nombres y números del plan | 62 |
| Directorio telefónico y de sitios web..... | 64 |

SECCIÓN 1

INFORMACIÓN GENERAL

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN GENERAL

INSTRUCCIONES

Revise sus materiales de beneficios, en particular su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal, la cual contiene el costo de la cubierta, sus instrucciones de inscripción y la fecha límite de inscripción.

- Si desea inscribirse para la cubierta de Citigroup, **tiene que** inscribirse durante el período de inscripción que se indica en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal.
- Si corresponde, llame para confirmar que un proveedor de la red continuará en la red del plan el próximo año.
- Usted debe inscribirse activamente dentro de 31 días de su fecha de contratación o de su fecha de elegibilidad. Su fecha límite está impresa en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal.

¿QUÉ SUCEDE SI NO SE INSCRIBE?

Si no se inscribe para el 2006, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción anual o hasta que tenga un cambio de estado cualificado para inscribirse en la cubierta médica, dental, de la vista o de Incapacidad a Largo Plazo. Véase la página 11 para obtener información acerca de los cambios de estado cualificados.

CÓMO INSCRIBIRSE

Puede hacer un enlace con el sitio Web de *Your Benefits Resources*[™] visitando el sitio Web de Compensación Total en <http://www.totalcomponline.com>. No obstante, si es un empleado nuevo, su información no estará disponible en el sitio Web de Compensación Total hasta aproximadamente dos meses después de su fecha de contratación. En vez de esto, vaya directamente a <https://mybenefits.csplans.com>. También puede inscribirse por teléfono. Llame a ConnectOne al 1-800-881-3938. En el menú principal, elija la opción de “beneficios de salud y bienestar” y luego siga las indicaciones del Centro de Servicio de Beneficios. Su fecha límite de inscripción está disponible en línea o en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Citigroup provee una cubierta de beneficios de nivel básico (beneficios básicos), así como también la oportunidad de inscribirse en una cubierta adicional.

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

- Seguro de Vida Básico, que incluye seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D), cada uno igual a su compensación total, hasta \$200,000, efectivo en su fecha de elegibilidad.
- Cubierta de Incapacidad a Corto Plazo (STD, por sus siglas en inglés) para reemplazar hasta el 100% de su salario básico anual durante una licencia por incapacidad aprobada de hasta 13 semanas. El número de semanas al 100% del salario dependerá de sus años de servicio en Citigroup. Véase la página 28 para el programa de beneficios del seguro de STD.
- Cubierta de Incapacidad a Largo Plazo (LTD, por sus siglas en inglés) equivalente al 60% de su compensación total si ésta es menor o igual a \$50,000.99; si su compensación total es \$50,001 ó más y desea inscribirse en la cubierta de LTD, tendrá que pagarla usted mismo.

Los **beneficios adicionales**, que usted deberá considerar basado en sus circunstancias individuales y de su familia, incluyen:

- Seguro médico;
- Seguro dental;
- Cuidado de la vista;
- Incapacidad a Largo Plazo (LTD), si su compensación total es \$50,001 ó más. **Nota:** Si su compensación total es \$50,000.99 ó menos, LTD es un beneficio básico que se provee sin costo alguno para usted;
- Seguro de Vida Grupal Universal (GUL) y seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D); y
- Seguro para Cuidado a Largo Plazo.

INFORMACIÓN GENERAL

CONFIRMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

Si se inscribe por teléfono, se le enviará por correo a su casa una confirmación de inscripción entre una y tres semanas después de que se inscriba. Su confirmación de inscripción indicará su selección de beneficios para el 2006 y sus costos. Revise su confirmación de inscripción detenidamente para ver que esté correcta y guárdela como prueba de su inscripción.

Si necesita usar un proveedor médico (un médico o un hospital) antes de recibir su tarjeta de identificación del plan de salud, use su confirmación de inscripción como prueba de cubierta de 2006 junto con el número de grupo de Triple-S (1-03450).

Si se inscribe en línea, **no** recibirá una confirmación de inscripción por correo, por lo que debe imprimir la confirmación que aparece en pantalla después de que se inscriba. Esta le servirá como prueba de que se ha inscrito.

CONFIRMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA

Si no se inscribe, recibirá una confirmación de inscripción automática dentro de varias semanas después de la fecha límite de inscripción. La confirmación de inscripción automática indicará sus beneficios de Citigroup de 2005 (de haberlos) que continuarán en el 2006 y sus costos. Guarde esta declaración como prueba de cualquier cubierta de 2006 que pueda tener.

Si tendrá cubierta médica para el 2006 y necesita usar un proveedor médico (un médico u hospital) antes de recibir su tarjeta de identificación del plan de salud, use su confirmación de inscripción como prueba de cubierta de 2006 junto con el número de grupo de Triple-S (1-03450).

FORMAS PARA BENEFICIARIOS

Su información sobre beneficiarios debe estar en los archivos de Citigroup. Si nunca ha designado un beneficiario (ya sea llenando una forma o visitando el sitio Web de *Your Benefits Resources*[™], debe visitar <http://resources.hewitt.com/citigroup/>. La mayoría de los empleados también pueden hacer enlace con *Your*

Benefits Resources a través del sitio Web de Compensación Total en <https://www.totalcomponline.com>.

También puede llamar a ConnectOne al 1-800-881-3938. En el menú principal, elija la opción de “Pensiones y Salud y Bienestar de Jubilados”. Luego elija la opción de “beneficiario”.

Si se inscribe en el Seguro de Vida Grupal Universal Opcional por primera vez, debe llenar una Forma 201 - Designación de Beneficiario de MetLife, la cual está disponible en:

http://www.citigroup.net/human_resources/form.htm, y devolverla a MetLife a la dirección que se indica en la forma.

Si cambia su designación de beneficiario para el Seguro de Vida Básico o el Seguro de Vida Grupal Universal Opcional, el cambio no aplicará automáticamente para el otro Plan.

Usted tiene que cambiar el beneficiario para cada Plan por separado.

Si se jubila, el beneficiario que designó mientras estaba empleado pasará a cualesquiera otras pólizas de jubilación provistas por la Compañía que usted tenga, hasta que designe otros beneficiarios.

ELEGIBILIDAD

Usted es elegible para inscribirse en los beneficios de Citigroup y recibir los beneficios básicos provistos por la compañía si es un empleado activo y elegible para los beneficios de Citigroup o sus afiliadas. Si se encuentra en una licencia aprobada, también es elegible para inscribirse en los beneficios de Citigroup, excepto para Cuidado a Largo Plazo; otras restricciones de inscripción también pueden aplicar.

Si tanto usted como su cónyuge/pareja doméstica están empleados en Citigroup, cada uno de ustedes puede inscribirse individualmente o uno de ustedes puede inscribirse y reclamar al otro como dependiente. No obstante, no puede inscribirse como individuo y ser reclamado como dependiente de su cónyuge al mismo tiempo.

DEFINICIÓN DE DEPENDIENTES ELEGIBLES

- Su cónyuge con quien está casado legalmente; si está separado legalmente, su cónyuge **no** es un dependiente elegible;
- Su pareja doméstica; véase “Beneficios para parejas domésticas” comenzando en la página 13 para los detalles;
- Los dependientes elegibles de su pareja doméstica; véase “Beneficios para parejas domésticas” comenzando en la página 13 para los detalles;
- Sus hijos solteros que dependen de usted para su sustento financiero y son:
 - Sus hijos biológicos;
 - Sus hijos legalmente adoptados;
 - Sus hijastros; u
 - Otros niños que residen permanentemente con usted en una relación regular de padre e hijo (o que residen fuera del hogar mientras asisten a la escuela) y que dependen principalmente de usted para su sustento financiero y para los cuales usted tiene tutoría.

Usted puede cubrir a sus hijos si:

- Son menores de 19 años de edad; o
- Son menores de 25* años de edad y asisten a una escuela o universidad acreditada a tiempo completo (de acuerdo con la definición de tiempo completo de la escuela o universidad); *tiene que proporcionar prueba de condición de estudiante por escrito cuando se le solicite*; o
- Tienen una incapacidad, en cuyo caso pueden ser elegibles para la cubierta después de los 25 años de edad; los hijos incapacitados son elegibles para la cubierta después de los 25 años de edad sólo si tenían cubierta de Citigroup antes de los 25 años de edad.

Durante su inscripción, se le indicará que certifique que su hijo elegible es un estudiante de acuerdo con la definición indicada arriba. Además, al comienzo de cada semestre (el 1ro de agosto y el 1ro de enero), se le requerirá que provea documentación de certificación de estudiante a Triple-S antes del 1ro de septiembre y el 1ro de febrero. Si no se recibe la documentación apropiada, la cubierta del estudiante se terminará el 1ro de septiembre o el 1ro de febrero.

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

Los dependientes elegibles bajo el Seguro de Cuidado a Largo Plazo (LTC) son descritos en la página 34.

* La cubierta terminará al final del año en el que el hijo cumpla 25 años de edad, si continúa siendo estudiante a tiempo completo.

CÓMO SE PAGAN SUS BENEFICIOS

Además de pagar por los beneficios básicos, Citigroup aporta al costo de la cubierta médica y dental para usted y sus dependientes. Usted encontrará el costo de las diferentes categorías de cubierta en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal de Beneficios de 2006.

Su contribución a la cubierta médica dependerá del monto de su compensación total y de la categoría de cubierta que usted seleccione.

COMPENSACIÓN TOTAL

La compensación total se utiliza para determinar:

- Las contribuciones al seguro médico;
- Los beneficios del seguro por Incapacidad a Largo Plazo y, cuando corresponda, las contribuciones al seguro de Incapacidad a Largo Plazo;
- Los beneficios de Seguro de Vida Básico/AD&D;
- El Seguro de Vida Grupal Universal Opcional/AD&D Suplementario y los costos;
- El seguro de Incapacidad a Corto Plazo para asesores financieros en Global Wealth Management

Si se está inscribiendo para los beneficios como empleado nuevo o empleado elegible por primera vez: Su compensación total en el momento en que es contratado es igual a su salario anual más el diferencial o pago extra por segundo o tercer turno, si aplican. Si sólo se le pagan comisiones, su compensación total se calcula de forma diferente. Consulte a su representante de Recursos Humanos.

INFORMACIÓN GENERAL

Para años subsiguientes, su compensación total se basará en una fórmula que incluye su salario básico actual más pagos por trabajo a tiempo extra, las comisiones, los bonos basados en el desempeño y su bono de incentivo anual.

DEFINICIÓN DE COMPENSACIÓN TOTAL

Si se está inscribiendo durante el período de inscripción anual a partir del 1ro de enero de 2006, su Compensación Total para el 2006 se calculará utilizando los siguientes componentes en la medida en que le aplican a usted. La compensación total para fines de inscripción en los beneficios se calcula de la siguiente forma:

1. Salario básico anual al 1ro de julio del año de inscripción
Ejemplo: El salario básico anual al 1ro de julio de 2005, se utilizará para los cálculos de la inscripción anual de 2006.
2. Comisiones pagadas desde el 1ro de enero hasta el 31 de diciembre en el año previo a la inscripción para captar un año entero de comisiones pagadas.
Ejemplo: Las comisiones pagadas desde el 1ro de enero hasta el 31 de diciembre de 2004 se utilizarán para los cálculos de inscripción anual de 2006.
3. Bono en dinero en efectivo (que no sea la porción en efectivo de algún paquete de adjudicación discrecional anual) pagado en el período del 1ro de enero al 31 de diciembre del año previo a la inscripción.
Ejemplo: Los bonos en dinero en efectivo pagados en el período del 1ro de enero al 31 de diciembre de 2004 (excluyendo la parte en efectivo del paquete de adjudicación discrecional anual con fecha de enero de 2004) se utilizarán para los cálculos de la inscripción anual de 2006.
4. Paquete de adjudicación discrecional anual con fecha del año de inscripción (incluye lo siguiente, si corresponde: bono en dinero en efectivo; Adjudicación Básica CAP; y, sólo para empleados con paquetes de adjudicación discrecional valorados en \$500,000 o más, adjudicación Suplementaria CAP).
Ejemplo: Los paquetes de adjudicación discrecional anual con fecha de enero de 2005 se utilizarán para los cálculos de inscripción anual de 2006.

PARA ASESORES FINANCIEROS DE SMITH BARNEY Y EJECUTIVOS FINANCIEROS DE GLOBAL CONSUMER DE CBNA

Durante su primer año de empleo, se considera que su compensación total es \$60,000. Si usted ganó más de \$60,000 en una firma de corretaje durante el año previo y desea que su cubierta de seguros sea a base de sus ingresos previos, usted debe proveer una copia de su Forma W-2PR/499R-2, del Departamento de Hacienda de Puerto Rico, a su representante de Recursos Humanos dentro de un plazo de 30 días de su fecha de contratación.

El monto de su Seguro de Vida Básico se fijará al monto más alto (hasta un máximo de \$200,000). Además, su contribución médica, el monto de su Seguro de Vida Grupal Universal Opcional y los beneficios y contribuciones del seguro de Incapacidad a Largo Plazo (si aplican) también se basarán en el monto más alto.

Su decisión de fijar o no su compensación total en \$60,000 o su monto real es irrevocable una vez tomada.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

La coordinación de beneficios evita la duplicidad de pagos cuando un empleado participante o un dependiente participante tiene cubierta de salud bajo un Plan de Citigroup y uno o más de otros planes, tales como el plan del cónyuge o de otro patrono.

El Plan Médico y el Plan Dental de Citigroup contienen una disposición de coordinación de beneficios que puede reducir o eliminar los beneficios que de otro modo sean pagaderos bajo el Plan correspondiente cuando los beneficios son pagaderos bajo otro plan. Ciertas disposiciones se resumen a continuación, y términos y condiciones adicionales pueden aplicar bajo los términos de los documentos del Plan.

Cuando usted está cubierto por más de un plan, el plan primario pagará beneficios primero, mientras que el plan secundario pagará beneficios después de que el plan primario haya pagado beneficios.

¿CÓMO FUNCIONA LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS?

- **Cuando el Plan de Citigroup es primario:** El Plan de Citigroup considera los beneficios como si no existiera un plan secundario, y pagará beneficios primero.
- **Cuando el Plan de Citigroup es secundario:** El Plan de Citigroup pagará la diferencia, de haberla, entre lo que usted hubiera recibido de Citigroup si ésta fuera la única cubierta y lo que usted es elegible para recibir del otro plan. *El total de beneficios nunca será igual a más de lo que el Plan de Citigroup hubiera pagado solo.* Cuando el Plan de Citigroup es secundario y el paciente está cubierto bajo una HMO, los beneficios bajo el Plan de Citigroup se limitarán al copago, de haberlo, que usted hubiera sido responsable de pagar bajo la HMO, ya sea que los servicios provistos sean prestados o no por la HMO.

El Plan de Citigroup será el plan primario para las reclamaciones:

- Suyas, si usted no está cubierto como empleado por otro plan;
- De su cónyuge, si su cónyuge no está cubierto como empleado por otro plan; y
- De sus hijos dependientes

Cuando ambos padres tienen cubiertas bajo patronos diferentes, los cumpleaños de los padres se utilizan para determinar qué cubierta es primaria para los hijos. La cubierta del padre cuyo cumpleaños (mes y año) sea primero que el cumpleaños del otro padre en el año calendario se considerará la cubierta primaria. Por ejemplo, si el cumpleaños de su cónyuge es en enero y su cumpleaños es en mayo, el plan de su cónyuge se considera el plan primario para sus hijos.

Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, entonces la cubierta que haya estado vigente por más tiempo es la primaria. Esta regla aplica sólo si los padres están casados el uno con el otro.

EN CASO DE DIVORCIO O SEPARACIÓN

Cuando un hijo es reclamado como dependiente de padres que están divorciados o separados, el plan primario es el plan del padre que tiene la responsabilidad financiera ordenada por el tribunal de los gastos de cuidado de la salud del hijo dependiente. De lo contrario, el Plan de Citigroup será secundario. Cuando los padres del hijo están separados o divorciados y no existe una orden judicial, entonces los beneficios se determinan en el siguiente orden:

- El plan del padre que tiene custodia del hijo;
- El plan del cónyuge del padre que tiene custodia del hijo;
- El plan del padre que no tiene custodia del hijo.

En caso de un conflicto legal entre dos planes con respecto a cuál es primario y cuál es secundario, el plan que ha cubierto a la persona por más tiempo se considerará primario. Cuando un plan no tiene una disposición de coordinación de beneficios, las reglas en esta disposición no son aplicables y la cubierta de tal plan se considera automáticamente primaria.

CATEGORÍAS DE CUBIERTA

Citigroup ofrece cuatro categorías de cubiertas de entre las cuales usted puede elegir al inscribirse para cubierta médica y dental:

- Empleado solamente: Cubierta sólo para usted;
- Empleado más cónyuge/pareja doméstica: Cubierta para usted y su cónyuge solamente;
- Empleado más hijo(s): Cubierta para usted y su(s) hijo(s) elegible(s); y
- Empleado más familia: Cubierta para usted, su cónyuge y su(s) hijo(s) elegible(s).

Usted puede cambiar su categoría de cubierta durante el período anual de inscripción y dentro de un plazo de 31 días de un cambio de estado cualificado.

CAMBIOS DE ESTADO CUALIFICADOS

Usted debe reportar a Citigroup cualquier cambio de estado que afecte sus beneficios dentro de un plazo de 31 días de ocurrir el cambio cualificado siguiendo el proceso que se describe bajo el encabezamiento “Cómo reportar un evento de cambio de estado cualificado” a continuación. No reporte cambios de estado cualificados en su Plan médico. Su Plan médico tiene que recibir cualesquiera cambios de estado de Citigroup, y no de usted.

Dependiendo del acontecimiento, usted puede inscribirse o cancelar su cubierta médica, dental, de cuidado de la vista, de Incapacidad a Largo Plazo y de Seguro de Vida Grupal Universal Opcional/AD&D Suplementario.

Ejemplos de cambios de estado cualificados son:

- Su matrimonio, separación legal o divorcio;
- Satisfacer la elegibilidad para calificar como pareja doméstica;
- El nacimiento o la adopción de un hijo;
- La pérdida de elegibilidad de cubierta de un hijo dependiente que se casa, obtiene un trabajo a tiempo completo o se recupera de una incapacidad;
- La pérdida de cubierta bajo el plan de otro patrono de su cónyuge/pareja doméstica;
- El fallecimiento del cónyuge/pareja doméstica o de un hijo dependiente;
- La emisión de una orden de sustento de menores para gastos médicos cualificada (QMCSO); y
- La reubicación fuera del área de la red de su plan médico y/o dental.

CÓMO REPORTAR UN CAMBIO DE ESTADO CUALIFICADO

Usted tiene 31 días a partir del día después del evento para reportar el nombre, la fecha de nacimiento y el número de Seguro Social (si está disponible) del dependiente o dependientes que usted desea agregar o eliminar de su cubierta. Si va a añadir a un recién nacido que aún no tiene un número de Seguro Social, puede reportar toda la otra información

dentro de los 31 días y reportar el número de Seguro Social cuando lo obtenga.

También debe reportar a un dependiente nuevo aunque ya usted esté inscrito en la cubierta médica y dental de familia de Citigroup. Sin la información de los dependientes en los archivos, sus reclamaciones para el nuevo dependiente **no** se pagarán aún cuando usted ya tenga cubierta familiar.

Para reportar un cambio de estado cualificado:

- Llame a ConnectOne al 1-800-881-3938. En el menú principal, elija la opción de “beneficios de salud y bienestar”. En el menú principal del Centro de Servicio de Beneficios, elija la opción para cambiar su cubierta para el año en curso. Puede reportar la mayoría de los cambios siguiendo las indicaciones. No obstante, para reportar un divorcio o el fallecimiento de un dependiente, tendrá que hablar con un representante.
- Visite el sitio Web de Compensación Total (una vez que tenga acceso) en www.totalcomponline.com y haga enlace con el sitio Web de sus beneficios.

CÓMO CAMBIAR SU CATEGORÍA DE COBERTURA

Al reportar un dependiente nuevo que usted desea cubrir, puede cambiar su categoría de cubierta. Por ejemplo, si está inscrito para cubierta médica bajo la categoría de “Empleado solamente” y después se casa y desea cubrir a su nuevo cónyuge, tendrá que reportar a su nuevo cónyuge y cambiar de categoría de cubierta de “Empleado solamente” a “Empleado más cónyuge”. Un cambio de “Empleado solamente” a cualquier otra categoría de cubierta costará más dinero.

Recuerde, usted tiene que reportar la inclusión de un dependiente aunque ya tenga cubierta de familia; de lo contrario, su nuevo dependiente no estará cubierto y sus reclamaciones no se pagarán.

HOJA DE TRABAJO DE CAMBIO DE ESTADO

Usted puede revisar la Hoja de Trabajo de Cambio de Estado - Forma 308B, que lista los eventos de estado y los

cambios correspondientes que usted puede hacer a su cubierta de beneficios para cada evento. Para obtener un Hoja de Trabajo de Cambio de Estado, visite la sección “Formas” del sitio You @ Citigroup en www.citigroup.net/human_resources.

FECHA LÍMITE PARA REPORTAR CAMBIOS DE ESTADO CUALIFICADOS

Usted debe reportar o revisar la información de dependientes y cambiar su cubierta o categoría de cubierta, si es necesario, dentro de 31 días a partir del día después de que ocurra el cambio de estado cualificado. De lo contrario, **no** podrá cambiar su cubierta o categoría de cubierta hasta el próximo período de inscripción anual o hasta que tenga otro evento de cambio de estado, lo que ocurra primero.

CAMBIOS EN EL PLAN QUE USTED PUEDE HACER EN CUALQUIER MOMENTO

Usted puede cancelar, inscribirse o cambiar la siguiente cubierta en cualquier momento.

- Seguro de Incapacidad a Largo Plazo: Puede inscribirse en cualquier momento, pero debe proporcionar prueba de asegurabilidad. No obstante, a menos que haya estado inscrito en un plan grupal de un patrono previo tres meses antes de su fecha de contratación en Citigroup, el Plan de incapacidad no cubrirá la incapacidad total que haya sido causada, que haya contribuido a o que sea el resultado de una condición preexistente hasta que haya estado inscrito en el Plan durante 12 meses consecutivos. Una condición preexistente es una lesión, enfermedad o embarazo para el cual –en los tres meses previos a la fecha de vigencia de la cubierta– usted recibió tratamiento, consulta, atención o servicios médicos; tomó medicamentos con receta o le recetaron medicamentos; o tuvo síntomas que hubieran causado que una persona razonablemente prudente buscara el diagnóstico, atención o tratamiento.
- Seguro de Vida Grupal Universal Opcional/AD&D: Para la parte del Seguro de Vida Grupal Universal del beneficio, MetLife exigirá prueba de asegurabilidad si usted desea:

- Inscribirse por primera vez (que no sea durante su período de inscripción inicial como empleado nuevo o recién elegible para los beneficios de Citigroup);
- Aumentar el monto de su cubierta;

Nota: CIGNA administra la parte de AD&D del beneficio y no exige prueba de asegurabilidad.

- Seguro de Cuidado a Largo Plazo: Si se inscribe en cualquier momento que no sea en el período de inscripción inicial como empleado nuevo, John Hancock exigirá prueba de asegurabilidad antes de que la cubierta sea aprobada.

BENEFICIOS PARA PAREJAS DOMÉSTICAS

Citigroup ofrece cubierta de beneficios a su pareja doméstica certificada y no casada del mismo sexo o del sexo opuesto. Usted puede cubrir a su pareja doméstica y a sus hijos dependientes elegibles bajo los siguientes Planes:

- Médico,
- Dental;
- Cuidado de la vista;
- Seguro de Vida Grupal Universal Opcional/AD&D Suplementario para parejas domésticas y seguro de vida para los hijos;
- Seguro de Cuidado a Largo Plazo, disponible para su pareja doméstica aunque usted no se inscriba en el Plan.

Puede inscribir a su pareja doméstica y a sus hijos elegibles en el Plan médico y/o dental en el que usted se inscriba. Puede inscribir a su pareja doméstica en el seguro de Vida Grupal Universal Opcional/AD&D, el seguro de Cuidado a Largo Plazo y/o el Plan de Cuidado de la Vista, aunque usted no se inscriba en esos Planes.

Nota: Ninguna de las opciones médicas de Citigroup tiene una limitación o exclusión por condición preexistente que le prevenga a usted inscribir a su pareja doméstica en el Plan o que prevenga a su pareja doméstica de recibir beneficios por una condición o enfermedad específica.

INFORMACIÓN GENERAL

CUÁNDO PUEDE INSCRIBIR A SU PAREJA DOMÉSTICA EN LA CUBIERTA DE CITIGROUP

Puede inscribir a su pareja doméstica y a sus hijos elegibles para los beneficios de Citigroup durante la inscripción anual (para cubierta vigente desde el 1ro de enero del año siguiente) o dentro de 31 días de un cambio de estado cualificado. Ejemplos de eventos cualificados que le permitirán inscribir a su pareja doméstica y a sus hijos elegibles son:

- Llenar una forma de Certificación de Sociedad Doméstica, disponible a través del Centro de Servicio de Beneficios y presentar la documentación de respaldo requerida;
- El nacimiento o adopción de un hijo; y
- La pérdida de cubierta de beneficios de su pareja doméstica en el plan de otro patrono.

ELEGIBILIDAD

Usted es elegible para inscribir a su pareja doméstica en la cubierta de Citigroup si usted es un empleado de Puerto Rico que está activo o en licencia aprobada. No obstante, si no está trabajando activamente, no puede inscribir a su pareja doméstica en el seguro de Cuidado a Largo Plazo.

Para ser elegible para la cubierta, usted y su pareja pueden ser del mismo sexo o del sexo opuesto y ambos deben satisfacer los siguientes criterios:

- Ambos comparten una residencia principal y tienen la intención de hacerlo permanentemente;
- Han vivido juntos por lo menos seis meses consecutivos con anterioridad a la inscripción;
- Ambos dependen financieramente uno del otro, o su pareja depende de usted para su sustento financiero;
- Ninguno de los dos está legalmente casado con otra persona;
- Ambos son por lo menos mayores de 21 años de edad y mentalmente competentes para dar su consentimiento en un contrato;
- No están relacionados por sangre a un grado de consanguinidad que prohíba el matrimonio si son del sexo opuesto;

- Ni usted ni su pareja doméstica está en una relación doméstica con otra persona;
- Ambos han convenido en ser responsables del bienestar común uno del otro; y
- Están en una relación cuyo propósito es que sea permanente y en la que cada uno es la única pareja doméstica del otro.

Usted debe proporcionar al Centro de Servicio de Beneficios cualquier documento que sea necesario para verificar su Sociedad Doméstica. Su Pareja Doméstica no será elegible para cubierta de Citigroup hasta que la documentación se reciba y se apruebe. Como evidencia de la Sociedad Doméstica, usted debe proporcionar dos (2) o más de los siguientes:

- Un préstamo hipotecario o arrendamiento conjunto;
- La designación de la Pareja Doméstica como beneficiario de un seguro de vida o de beneficios de jubilación;
- Testamentos conjuntos o designación de la Pareja Doméstica como albacea y/o beneficiario primario;
- La designación de la Pareja Doméstica como apoderado de un poder de representación duradero o de cuidado de la salud;
- Propiedad de una cuenta bancaria conjunta, tarjetas de crédito conjuntas u otra prueba de responsabilidad financiera conjunta;
- Título conjunto de propiedad o activos comerciales;
- Arrendamiento o préstamo firmado conjuntamente;
- Evidencia de residencia compartida: factura de servicios públicos, estado bancario, licencia de conducir; u
- Otra evidencia de interdependencia económica

Los hijos de su pareja doméstica son elegibles para cubierta si:

- Son hijos biológicos o adoptados de su pareja doméstica, hijos para los cuales su pareja doméstica tiene tutoría legal, o hijos que han sido colocados en su hogar para adopción; y
- Residen con usted y su pareja doméstica a tiempo completo o residen fuera del hogar mientras asisten a la escuela; y

- Son menores de 19¹ años de edad; o
- Son menores de 25¹ años de edad y son estudiantes a tiempo completo en una escuela o universidad acreditada; (durante la inscripción cada año, se le pedirá que certifique que el hijo elegible de su pareja doméstica es un estudiante, aunque no esté cambiando de Planes médicos; también deberá proporcionar prueba de la condición de estudiante por escrito cuando se le solicite); o
- Estaban cubiertos bajo los Planes antes de la edad de 19 años, o la edad de 25 años como estudiantes a tiempo completo, y no pueden mantener un empleo para el sustento propio debido a una incapacidad, en cuyo caso pueden ser elegibles para cubierta más allá de dicha edad.

¹ La cubierta permanecerá en vigor hasta el 31 de diciembre del año en el que el niño ya no sea elegible o cumpla 25 años.

Los dependientes elegibles bajo el Seguro de Cuidado a Largo Plazo (LTC) son descritos en la página 34.

BENEFICIOS DE MATERNIDAD

Los planes de salud grupales y los proveedores de salud (incluidas las HMOs) por lo general, bajo las leyes federales, no pueden restringir los beneficios para cualquier estadía en el hospital relacionada con el nacimiento de un hijo, para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de una cesárea.

No obstante, las leyes federales no prohíben que el proveedor médico que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su hijo recién nacido antes de las 48 horas (o las 96 horas, como corresponda). En cualquier caso, los planes de salud y los proveedores no pueden requerir, bajo las leyes federales, que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estadía que no exceda 48 horas/96 horas de duración.

AVISO BAJO LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER EN LA MUJER

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer en la Mujer requiere que los planes de salud grupales que proporcionen cubierta para mastectomías cubran la cirugía reconstructiva y las prótesis después de las mastectomías. Todas las opciones de planes médicos y HMO proveen la cubierta aquí descrita.

Si usted recibe beneficios por una mastectomía médicamente necesaria y elige reconstrucción del seno después de la mastectomía, también estará cubierta para:

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción en el otro seno para producir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento para complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

ORDEN DE SUSTENTO DE MENORES PARA GASTOS MÉDICOS CUALIFICADA (QMCSO)

Como lo requiere la Ley Federal del Omnibus de Conciliación del Presupuesto de 1993, cualquier hijo de un participante bajo un Plan Médico o Dental de Citigroup que sea un destinatario alterno bajo la QMCSO se considerará que tiene derecho a cubierta de dependientes bajo los Planes médico y dental.

En general, las QMCSOs son órdenes del Tribunal que requieren que un padre proporcione sustento médico a un hijo elegible, por ejemplo, en caso de divorcio o separación.

Llame al Administrador del Plan para recibir, sin costo alguno, una descripción detallada de los procedimientos para una QMCSO. No obstante, si tiene preguntas sobre cómo presentar una QMCSO, llame al Centro de Servicio de Beneficios de Orlando como se indica en la página 12. Puede presentar su QMCSO enviándola por correo a:

Citigroup QMCSO
Administration
P.O. Box 56757
Jacksonville, FL 32241-6757

SECCIÓN 2

PROVISIONES DEL PLAN

SECCIÓN 2 - PROVISIONES DEL PLAN

CUBIERTA MÉDICA



Citigroup ofrece cubierta en Puerto Rico a través de Triple-S, una organización de proveedores preferidos (PPO). Este plan no tiene una limitación o exclusión por condiciones preexistentes.

TRIPLE-S PPO

En breve, el Plan PPO le permite elegir cada vez que necesita cuidado médico. Puede elegir un proveedor de la red y hacer un copago por cada visita, o puede elegir un proveedor de fuera de la red y satisfacer un deducible anual antes de que el plan pague beneficios. Usted pagará más de su propio bolsillo cuando utiliza un proveedor fuera de la red.

Triple-S PPO le da la libertad de elegir cualquier médico u hospital –sin un referido– cuando necesite tratamiento médico. La elección siempre es suya.

Cuando visite a un médico que participa en la red PPO, usted hará 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 “Blue Cross and Blue Shield Association”. El acceso a los proveedores en los Estados Unidos y en todo el mundo está disponible a través del Programa “Blue Card y Blue Card Worldwide”.
- Puede visitar a un especialista en cualquier momento sin necesidad de un referido.
- Por una admisión u hospitalización en un hospital de la red, el plan pagará el 100% de los cargos cubiertos después de un copago de \$150 (\$50 por hospitalizaciones parciales).
- La mayoría de los servicios como paciente externo se cubren después de pagar un 10% de coaseguro.
- No tiene que presentar una reclamación por los servicios cubiertos prestados por un proveedor de la red.

CUIDADO PREVENTIVO

Los servicios de cuidado preventivo están disponibles en el Plan Triple S PPO.

Asignación anual: Cada participante tiene un monto anual asignado para exámenes periódicos de rutina realizados en el Santurce Medical Mall en San Juan o en el Servicio de Salud Industrial de Ponce.

Los exámenes físicos de rutina, los exámenes de un obstetra/ginecólogo de rutina y otros servicios preventivos están cubiertos en un 100% hasta un monto de \$300 (Santurce) o \$295 (Ponce) anualmente.

Los servicios disponibles en estos centros incluyen lo siguiente:

- Historial clínico
- Examen físico
- Examen de la vista
- Audiometría
- Espirometría
- Radiografía del pecho
- Panel metabólico completo
- Conteo sanguíneo completo
- Perfil del hígado
- Perfil de lípidos
- Análisis de orina
- Hormona estimulante de la secreción tiroidea
- Prueba de sangre oculta en las heces
- Antígeno específico de la próstata
- Electrocardiograma (EKG)
- Perfil de riesgo coronario
- Inventario de administración de la tensión
- Entrevista final

La asignación preventiva proporciona una visita una sola vez durante el año del contrato, la cual incluirá todos los servicios provistos en ese centro específico. Durante esa visita, el participante recibirá todos los servicios incluidos en el paquete. No habrá visitas subsiguientes.

PROVISIONES DEL PLAN

Pruebas de detección de cáncer e inmunizaciones para niños sanos: Tanto las pruebas de detección de cáncer como las inmunizaciones para niños sanos realizadas por proveedores de la red están cubiertas en un 100% después de su copago.

Los servicios de cuidado preventivo incluyen:

- Exámenes físicos de rutina y pruebas de diagnóstico, por ejemplo, conteo sanguíneo completo, prueba de colesterol en la sangre y análisis de orina
- Servicios para niños sanos, tales como cuidado pediátrico preventivo de rutina; y
- Exámenes de rutina para la mujer sana, tales como visitas de rutina al obstetra y ginecólogo.

Las pruebas de detección de cáncer son:

- Prueba de Papanicolaou;
- Mamografía;
- Sigmoidoscopia;
- Colonoscopia; y
- Prueba de antígeno específico de la próstata (PSA).

INFERTILIDAD

El Plan Triple S PPO cubre los gastos médicos y de farmacia relacionados con el tratamiento de la infertilidad. El tratamiento médico de la infertilidad incluye fertilización in vitro, inseminación artificial, GIFT, ZIFT y otros tratamientos no experimentales y/o de investigación.

El beneficio de infertilidad cubre:

- Gastos de medicinas con receta (administrados por Caremark PCS) asociados con el tratamiento de infertilidad hasta de un máximo de por vida de familia de \$7,500 para los participantes. Este máximo se combina con cualesquiera beneficios de infertilidad utilizados en el Plan de Medicinas con Receta de Estados Unidos y
- Gastos médicos hasta un máximo de por vida de familia de \$24,000. Este máximo se combina con cualesquiera beneficios de infertilidad utilizados en cualquiera de los planes que no sean HMO de Estados Unidos.

Para la donante, el Plan cubre el costo del trabajo físico de laboratorio, incluyendo pruebas genéticas, evaluaciones psicológicas, medicamentos para sincronizar el ciclo de la

donante con el ciclo de la receptora y estimular la función ovárica de la donante; todas las visitas al consultorio; ultrasonido; trabajo de laboratorio normalmente realizado en la participante del plan; y la recolección de sus óvulos.

El máximo de por vida por persona se puede gastar en un año o durante un número de años. Si usted se convierte en empleado de Estados Unidos, los administradores del Plan que no sea de HMO y Triple S llevarán cuenta del monto que le queda hacia este beneficio.

Llame a su Plan si tiene preguntas acerca de procedimientos o tratamientos específicos.

CARACTERÍSTICAS FUERA DE LA RED DE PPO

- Usted debe satisfacer un deducible individual anual de \$50 (\$150 por familia) antes de que el plan pague beneficios.
- La mayoría de los gastos cubiertos se reembolsan a un 80% de los cargos razonables y usuales después de satisfacerse el deducible anual.
- Usted debe notificar a Triple-S antes de someterse a ciertos procedimientos y de recibir ciertos servicios.
- Usted debe presentar una reclamación de reembolso de los gastos cubiertos por servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- El plan tiene un beneficio máximo de por vida de \$1 millón para beneficios fuera de la red.
- El gasto no reembolsable máximo anual será de \$3,000 por persona individual y \$6,000 por familia.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PLAN MÉDICO

MEDICINAS CON RECETA

Cuando se inscribe en el Plan Médico, usted tiene cubierta de medicinas con receta en el programa de Medicinas con Receta de Citigroup, administrado por CaremarkPCS, haciendo negocios como AdvancePCS. CaremarkPCS es la nueva compañía matriz de AdvancePCS. Sírvase continuar usando su tarjeta de recetas actual de AdvancePCS para sus medicinas con receta. No se emitirán tarjetas nuevas en este momento.

Caremark ofrece dos maneras de comprar medicinas con receta:

- Una red de farmacias detallistas donde usted puede obtener medicinas con receta para sus necesidades inmediatas a corto plazo, por ejemplo, un antibiótico para tratar una infección.
- La Farmacia de Servicio por Correo de Caremark (Caremark Mail Service Pharmacy), a través de la cual puede ahorrar dinero haciendo que sus medicinas de mantenimiento se le envíen por correo. A través de la Farmacia de Servicio por Correo de Caremark, puede comprar un suministro de hasta 90 días de su medicamento. Usted hará un copago por cada receta o repetición de receta por menos de lo que pagaría si comprara la misma cantidad en una farmacia detallista de la red.

FARMACIAS DETALLISTAS DE LA RED

Caremark tiene una red de farmacias detallistas en todo Puerto Rico y los Estados Unidos donde puede obtener medicinas con receta.

Para saber si una farmacia participa en la red de Caremark:

- Pregunte a su farmacéutico o
- Visite <http://www.caremark.com> y utilice el localizador de farmacias en línea.

Para que le despachen su receta en una farmacia de la red, presente su tarjeta de identificación de medicinas con receta. Se le cobrará el copago apropiado basado en si su farmacia participa o no en la red primaria y si su receta es para una medicina genérica o una de marca.

La estructura de copagos se muestra a continuación. Existe un límite de 15 días para medicinas agudas y de 30 días para medicinas de mantenimiento. Usted nunca pagará más del costo de la medicina.

PROGRAMA DE SERVICIO POR CORREO DE CAREMARK

Para las medicinas con receta que usted necesita a largo plazo, tales como medicamentos para la presión arterial, insulina y anticonceptivos, entre otros, puede que usted quiera usar el Servicio por Correo de Caremark para ahorrar en el costo de la medicina.

A través de la Farmacia de Servicio por Correo de Caremark, usted podrá comprar un suministro de hasta 90 días del medicamento. Hará un copago por cada receta o repetición de receta por lo mismo o por menos de lo que pagaría por comprar la misma cantidad en una farmacia detallista de la red, con la conveniencia de que le entregan el medicamento en su casa.

Con la Farmacia de Servicio por Correo de Caremark:

- Sus medicamentos son despachados por una de las farmacias de entrega a domicilio de Caremark y son entregados en su casa.
- Los medicamentos son enviados por correo regular sin ningún costo adicional para usted. También hay disponible entrega de un día para otro o de segundo día por un cargo adicional.
- Puede pedir y rastrear sus recetas en línea en www.caremark.com, o puede llamar a Caremark y pedir la repetición de su receta por teléfono.
- Los farmacéuticos registrados están disponibles para consultas las 24 horas del día.

CÓMO USAR LA FARMACIA DE SERVICIO POR CORREO DE CAREMARK:

1. Pida a su médico que le escriba dos recetas:
 - Una para un suministro a corto plazo (por ejemplo, de 30 días) para ser despachada inmediatamente en una farmacia participante.
 - Otra por el suministro para el máximo de días permitido en su plan (por ejemplo, hasta de 90 días) con tantas como tres repeticiones de receta (si es apropiado) para enviar por correo al Servicio por Correo de Caremark.
2. Llene la forma de pedido del Servicio por Correo de Caremark disponible en línea o en su departamento de Recursos Humanos. Una forma incompleta puede causar una demora en el procesamiento.
3. Envíe su forma de pedido por correo, junto con su receta y el pago, en el sobre del Servicio por Correo de Caremark. El Servicio por Correo de Caremark acepta VISA, MasterCard, Discover o American Express. También puede pagar con cheque o giro postal. No envíe dinero en efectivo.

PROVISIONES DEL PLAN

4. Permita de 10 a 14 días (a partir de la fecha en que envió su pedido por correo) para la entrega de su medicamento.

Repeticiones de recetas: La información incluida en su pedido indicará la fecha en que puede solicitar una repetición de la receta y el número de repeticiones de receta que le quedan. Puede pedir sus repeticiones de receta en línea en www.caremark.com o llamando al número sin cargo que se indica en la etiqueta de su receta.

| PROGRAMA DE MEDICINAS CON RECETA DE CITIGROUP | | |
|---|--|--|
| | Farmacia en la Red | Farmacia de Servicio por Correo (suministro hasta 90 días) |
| <p>Copago/coaseguro de un suministro de hasta 15 días (medicinas agudas) o suministro de 30 días (medicinas de mantenimiento) en una farmacia detallista primaria de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina genérica¹ • Medicina de marca | <p>\$2 de copago</p> <p>20% de coaseguro con un mínimo de \$4</p> | <p>\$6 de copago</p> <p>\$12 de copago</p> |
| <p>Beneficios en la farmacia fuera de la red primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina genérica¹ • Medicina de marca | <p>10% de coaseguro con un mínimo de \$5</p> <p>20% de coaseguro con un mínimo de \$10</p> | <p>N/A</p> |

¹ El uso de equivalentes genéricos, siempre que es posible, es más eficaz económico. Si el médico permite que una medicina de marca se sustituya por una genérica, y usted elige tomar la medicina de marca, se le requerirá que pague la diferencia en el precio de la medicina genérica a la de marca. Por ejemplo, si el producto genérico tiene un costo permitido máximo de \$10 y usted elige un producto de marca que cuesta \$50, se le cobrará la diferencia en el costo de \$40, más su copago por la medicina genérica.

LIMITACIONES DE MEDICINAS CONTROLADAS

Algunos medicamentos, tales como los agentes para la migraña, la bomba de inhibidores de protones, estarán limitados bajo pautas clínicas a una cierta cantidad dentro de un plazo de tiempo determinado.

Las medicinas agudas están cubiertas hasta por un suministro de 15 días en una farmacia detallista de la red.

Las guías para el uso y la cantidad fueron desarrolladas por médicos y farmacéuticos basado en prácticas médicas aceptadas, las guías de la Administración de Alimentos y Medicinas (FDA), las recomendaciones de los fabricantes de medicinas y el uso eficaz en función del costo de las medicinas.

En algunos casos, la cantidad de su medicamento puede requerir la aprobación antes de que sea despachada; si este es el caso, su farmacéutico puede llamar a Caremark al número especial sin cargo que se identificará con la farmacia en el momento en que se procesó la reclamación. O puede pedirle a su médico que llame directamente a Caremark.

Si usted o su farmacia llama a Caremark, ésta tendrá que comunicarse con su médico, lo cual normalmente toma uno o dos días laborables. Una vez que su médico proporcione la información requerida, Caremark revisará su caso basado en criterios clínicos y la información suministrada por su médico. Una vez que la revisión se complete, Caremark informará a su médico y al farmacéutico de la decisión.

Si su medicamento o la cantidad solicitada no se aprueba para la cubierta bajo el Programa de Medicinas con Receta de Citigroup, usted será responsable de pagar el costo completo de la medicina.

BENEFICIOS DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Triple-S PPO proporciona servicios confidenciales de salud mental y abuso de sustancias a través de una red de consejeros y profesionales especializados.

PRECERTIFICACIÓN

La precertificación ayuda a asegurar que usted obtenga el cuidado más apropiado para su condición.

No se requiere que obtenga precertificación para hospitalización de emergencia u otros servicios de emergencia que ocurran fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos.

Si está usando servicios fuera de la red de Triple-S PPO en Puerto Rico, recibirá un reembolso basado en los honorarios contratados establecidos con los proveedores participantes de Triple-S.

SERVICIOS AMBULATORIOS Y PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

Debe notificar al plan de salud por lo menos cinco días laborables antes de recibir cualquiera de los siguientes servicios:

- Ciertas cirugías, tales como cirugía del párpado superior, reconstrucción del seno (que no sea posterior a la cirugía por cáncer), reducción de los senos y cualquier otra cirugía que pueda estar relacionada con cirugía cosmética. En el caso de las cirugías de los párpados y las cirugías relacionadas con cirugías cosméticas, se requiere una segunda opinión;
- Cuidado fuera de la red;
- Referidos de especialista a especialista; y
- Cuidado de rehabilitación.

PROVISIONES DEL PLAN

CUBIERTA DENTAL



Citigroup ofrece dos planes dentales:

- Plan dental básico y
- Plan dental completo.

Ambos planes dentales son administrados por Triple-S. Usted puede inscribirse en la cubierta dental aunque no se inscriba en la cubierta médica. Puede inscribirse en la cubierta para usted, o para usted y sus dependientes elegibles, en las mismas cuatro categorías disponibles para la cubierta médica. Véase “Categorías de cubierta” en la página 9.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DENTAL

| | Plan Dental Básico | Plan Dental Completo |
|--|---|--|
| Servicios preventivos y de diagnóstico | Se paga el 100% | Se paga el 100% |
| Servicios básicos | Se paga el 100% | Se paga el 100% |
| Servicios de endodoncia | Se paga el 100% | Se paga el 100% |
| Empastes de amalgama, acrílico de silicato y porcelana sintética para restaurar dientes enfermos o fracturados | Se paga el 100%; 30% de coaseguro para restauración con empaste compuesto | Se paga el 100%; 30% de coaseguro para restauración con empaste compuesto |
| Retenedores de espacio | No se cubren | 50% de coaseguro |
| Servicios prostodónticos, sujetos a certificación previa | No se cubren | 50% de coaseguro; beneficio máximo de \$800 por participante por año (máximo combinado para servicios prostodónticos y periodontales) |
| Servicios periodontales | No se cubren | \$50 de copago y 50% de coaseguro; beneficio máximo de \$800 por participante por año (máximo combinado para servicios prostodónticos y periodontales) |
| Ortodoncia | No se cubre | \$50 de copago y 50% de coaseguro Límite de ortodoncia de por vida de \$3000 |
| Implantes | No se cubren | 50% sin máximo |

PLAN DENTAL BÁSICO

- Los servicios preventivos y de diagnóstico están cubiertos en un 100% de los honorarios contratados.
- Los servicios básicos y de endodoncia están cubiertos en un 100% de los honorarios contratados.
- Las restauraciones con empaste de amalgama, acrílico de silicato y porcelana sintética de dientes enfermos o fracturados están cubiertas en un 100% de los honorarios contratados. La restauración con empaste compuesto está cubierta en un 70% de los honorarios contratados.
- Usted o su dentista debe presentar una reclamación para recibir un reembolso de los gastos cubiertos.

PLAN DENTAL COMPLETO

- Los servicios preventivos y de diagnóstico están cubiertos en un 100% de los honorarios contratados.
- Los servicios básicos y de endodoncia están cubiertos en un 100% de los honorarios contratados.
- Las restauraciones con empaste de amalgama, silicato acrílico y porcelana sintética de dientes enfermos o fracturados están cubiertas en un 100% de los honorarios contratados. La restauración con empaste compuesto está cubierta en un 70% de los honorarios contratados.
- Los retenedores de espacio están cubiertos en un 50% de los honorarios contratados.
- Los servicios prostodónticos están cubiertos en un 50% de los honorarios contratados, sujetos a certificación previa.
- Los servicios periodontales están cubiertos en un 50% de los honorarios contratados después de un copago de \$50.
- La ortodoncia está cubierta para los participantes hasta la edad de 19 años solamente en un 50% después de un copago de \$50 y un máximo de por vida de \$3,000 por persona cubierta.
- Usted o su dentista debe presentar una reclamación para recibir un reembolso de los gastos cubiertos.

PROVISIONES DEL PLAN

PLAN DE CUIDADO DE LA VISTA



El Plan de Cuidado de la Vista, administrado por Davis Vision, ofrece varios servicios y suministros para el cuidado de la vista. Usted no tiene que estar inscrito en el plan para cubrir a un dependiente.

La inscripción obligada de dos años que requería que usted participara en el plan por dos años consecutivos se ha eliminado a partir de 2006. En vez de un beneficio cada 24 meses, usted es elegible para un examen de los ojos y un par de espejuelos (montura y lentes) o lentes de contacto, en lugar de espejuelos, cada año calendario, aun cuando haya aprovechado este beneficio en el 2005. Características adicionales incluyen servicios para visión subnormal y un beneficio de \$225 para lentes de contacto médicamente necesarios comprados a un proveedor de fuera de la red con la aprobación previa de Davis Vision.

Tanto los beneficios de la red como los que están fuera de la red están disponibles. Usted puede dividir su beneficio visitando proveedores de la red y fuera de la red. Por ejemplo, puede obtener un examen anual de los ojos en un proveedor de Davis Vision y comprar sus monturas y lentes fuera de la red. Debe verificar que las recetas que usted tiene sea honrada en cualquier lugar donde sólo desee obtener sus monturas y lentes.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE CUIDADO DE LA VISTA

Usted recibirá un nivel distinto de beneficios dependiendo si usa los proveedores de la red o proveedores fuera de la red.

BENEFICIOS DENTRO DE LA RED

- Examen: Un examen de los ojos, incluyendo dilatación cuando sea profesionalmente indicado, cada año calendario, cubierto en un 100%;
- Monturas y lentes de espejuelos: Un par de espejuelos cada año de la “Tower Collection” de Davis Vision, cubiertos en un 100%; o
- Reembolso de \$50 para cubrir el costo de cualquier montura que no sea “Tower Collection” o una asignación equivalente al detalle en una cadena

detallista, por ejemplo, una asignación de \$100 en Pearle Vision. Los lentes de espejuelos se cubrirán en un 100% con cualquier montura que no sea “Tower Collection”; o

- Lentes de contacto en vez de espejuelos: Un par o suministro cada año calendario en lugar de espejuelos, cubiertos en un 100%; los lentes pueden ser
 - Lentes de contacto blandos estándar de uso diario; o
 - Lentes desechables o de reemplazo planeado cubiertos por el plan; si elige lentes de contacto que no estén cubiertos bajo el formulario del Plan, recibirá un crédito máximo de \$105 para otros lentes (se permite un crédito de \$105 para los lentes de contacto que no estén incluidos en el plan, las visitas de adaptación y el seguimiento);
- 20% de descuento en pares adicionales de espejuelos en un proveedor de la red;

Los siguientes lentes están cubiertos en un 100%: lentes de vidrio o de plástico (de vista sencilla, bifocales o trifocales); todos los márgenes de recetas, incluyendo lentes posteriores a cirugía de cataratas; tinte de lentes plásticos; lentes multifocales progresivos estándar y premium; lentes de policarbonato; lentes de tamaño extra grande; revestimiento contra rayos ultravioleta; lentes de segmentos combinados; lentes de vidrio PGX (sensibles al sol); revestimiento resistente a ralladuras; y lentes de visión intermedia.

Las características opcionales para los lentes, tales como revestimiento antirreflexivo, lentes de alto índice, lentes polarizados y lentes plásticos fotosensibles, están disponibles con un copago.

BENEFICIOS FUERA DE LA RED

Si recibe servicios fuera de la red de proveedores de Davis Vision, el plan le reembolsará hasta:

- Examen anual, \$30;
- Lentes: Vista sencilla, \$25; bifocales, \$35; trifocales, \$45; lenticulares, \$60;
- Montura solamente: \$50
- Lentes de contacto: \$75 por electivos; \$225 por los médicamente necesarios (con la aprobación de Davis Vision);

DEFINICIÓN DE NECESIDAD MÉDICA

Davis Vision puede determinar que sus lentes de contacto son médicamente necesarios y apropiados en el tratamiento de ciertas condiciones. En general, los lentes de contacto pueden ser médicamente necesarios y apropiados cuando su uso, en vez de espejuelos, resulta en una agudeza visual significativamente mejor y/o en una función binocular mejorada, incluyendo el evitar la visión doble o la supresión.

Se puede determinar que los lentes de contacto son médicamente necesarios en el tratamiento de keratoconus, trastornos de anisometropía de la córnea, miopía patológica, trastornos postraumáticos de aniseiconia, aphakia, aniridia y astigmatismo irregular. La cubierta para los lentes de contacto médicamente necesarios se proporcionará después de la revisión y aprobación de Davis Vision.

VISIÓN SUBNORMAL

La visión subnormal se define como una pérdida significativa de la vista, pero no ceguera total. Los oftalmólogos y optómetras que se especializan en el cuidado de la visión subnormal pueden evaluar y recetar dispositivos ópticos y proporcionar adiestramiento e instrucción para aumentar al máximo la vista usable restante.

Con la aprobación previa de Davis Vision, los servicios cubiertos para la visión subnormal incluirán:

- Evaluación de la visión subnormal: Un examen completo cada cinco años con un cargo máximo de \$300; este examen, a veces llamado evaluación funcional de la vista, puede determinar la distancia y claridad de la visión, el tamaño de la letra legible, la existencia de puntos ciegos o visión de túnel, percepción de profundidad, coordinación del ojo y la mano, problemas de percepción de contraste y requisitos de iluminación para una visión óptima.
- Ayuda máxima para la visión subnormal: Las ayudas tales como espejuelos de alta potencia, vidrios de aumento y telescopios están cubiertas a un máximo de \$600 por ayuda con un máximo de por vida de \$1,200. Estos dispositivos se usan para mejorar los niveles de la vista, reducir problemas de resplandor o aumentar la percepción del contraste basado en las metas visuales de la persona.

- Cuidado de seguimiento: cuatro visitas en cualquier período de cinco años con un cargo máximo de \$100 por visita.

LASIK

Davis Vision le ofrece la oportunidad de recibir \$100 de descuento por cada ojo para la corrección con láser de la vista, lo cual se conoce como Lasik, en cualquier establecimiento de láser de su elección en Puerto Rico. Tendrá que presentar una forma de reclamación para recibir este reembolso. Para obtener más información acerca del procedimiento Lasik, llame a Davis Vision al 1-877-923-2847 o visite www.davisvision.com.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DE CUIDADO DE LA SALUD

Si se inscribe en el plan médico o en un plan dental de Triple-S por primera vez, recibirá sus tarjetas de identificación dentro de un plazo de tres semanas de inscribirse. Usted recibirá dos tarjetas de identificación separadas: Una tarjeta médica/dental de Triple-S y una tarjeta de medicinas con receta de AdvancePCS.

Nota: *Todas las tarjetas de identificación se enviarán por correo al empleado. Si tiene un dependiente que es estudiante y reside lejos de su hogar, tendrá que enviarle la tarjeta a ese dependiente. Las tarjetas se requieren para obtener servicios.*

Si está inscrito en la cubierta médica de 2006 y necesita usar a un proveedor médico (médico u hospital) en 2006 *antes* de recibir su tarjeta de identificación, muestre su confirmación de inscripción o la confirmación automática, junto con el número de seguro grupal de Triple-S (1-03450), a su proveedor. Llame a Triple-S al 1-787-749-4777 para solicitar la certificación de cubierta o una tarjeta de identificación duplicada.

PROVISIONES DEL PLAN

INCAPACIDAD

Los beneficios de Incapacidad a Corto Plazo (STD) e Incapacidad a Largo Plazo (LTD) están disponibles para reemplazar una parte del total de sus ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad, una lesión o un embarazo, según se detalla más adelante.

PLAN DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD)

El plan STD (continuación del salario) es un beneficio básico disponible para todos los empleados elegibles para los beneficios. No hay que inscribirse. No obstante, usted debe reportar todas las incapacidades al administrador del Plan antes de que pueda recibir un beneficio.

El Plan STD paga el 100% o un 60% del salario básico (no compensación total) durante una incapacidad aprobada de hasta 13 semanas, basado en sus años de servicio, según se muestra en la siguiente tabla:

| LISTA DE BENEFICIOS DEL PLAN 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 lista de beneficios aplica para asesores financieros, ejecutivos de cuentas, asesores financieros asociados y asociados de inversiones en el Global Corporate and Investment Bank:

| Años de servicio | Beneficio mínimo (% de compensación total) | Más el beneficio adicional | Beneficio máximo (% de 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% |

Los empleados a quienes se les pagan comisiones que trabajan en Global Consumer Group: Recibirán beneficios de STD basados en un salario fantasma (y no basado en la compensación total). Si se generan comisiones mientras se encuentra en licencia por Incapacidad a Corto Plazo, se le pagarán además del beneficio de STD basado en sus años de servicio.

Si usted es un analista comercial de Smith Barney a quien se le paga una comisión mensual: Recibirá beneficios de STD basado en un retiro recuperable contra las comisiones.

Para otros empleados a quienes se les pagan comisiones: Pregunte los detalles a su representante de Recursos Humanos.

¿CUÁNDO SON PAGADEROS LOS BENEFICIOS DE STD?

Los beneficios de STD son pagaderos si usted sufre una incapacidad total mientras se encuentra empleado activamente. Una “incapacidad total” se define como una condición de salud grave, un embarazo, o una lesión que da como resultado su inhabilidad para desempeñar los deberes esenciales de su puesto por más de siete días calendario consecutivos. Si permanece totalmente incapacitado y no puede trabajar en el octavo día calendario, los beneficios de STD –si son aprobados– comenzarán en el octavo día de incapacidad y se pagarán retroactivamente al primer día de incapacidad.

No se considerará que usted tiene una incapacidad si su enfermedad, lesión o embarazo sólo le impide viajar al y del trabajo. Para cualificar para beneficios de STD, usted tiene que estar recibiendo cuidado y tratamiento adecuados continuamente de un proveedor de cuidado de la salud con licencia. No puede cualificar para los beneficios de STD si regresa al trabajo a tiempo parcial.

Si cualifica para los beneficios de STD, regresa al trabajo y luego, en un período de 30 días o menos, no puede regresar al trabajo por la misma incapacidad total o una relacionada, su ausencia se procesará como una reclamación recurrente y usted será elegible para recibir el resto de sus beneficios de STD (por un período reducido para reflejar los beneficios de STD pagados con anterioridad a su ausencia)

INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

La cubierta de LTD se ofrece para continuar con un 60% de su compensación total cuando una incapacidad aprobada continúa por más de 13 semanas.

Citigroup provee cubierta de LTD gratis a los empleados cuya compensación total es menos o igual a \$50,000.99, mientras que los empleados con una compensación total de \$50,001 o más pueden comprar la cubierta. El costo de la cubierta de LTD se indica en el sitio Web de inscripción en los beneficios o en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal.

Si ha estado inscrito en el Plan por más de un año y se va de Citigroup, puede convertir su cubierta de LTD de Citigroup bajo la póliza grupal a una póliza individual. El beneficio máximo de esta póliza individual es \$3,000 al mes.

Usted puede ser elegible para recibir beneficios de LTD después de 13 semanas de una incapacidad a corto plazo aprobada. Los beneficios se pagan mensualmente y continúan mientras continúe su incapacidad aprobada, hasta la edad de 65 años (o por más tiempo, dependiendo de la edad en que comience su incapacidad).

A menos que usted ya sea financieramente independiente, debe pensar en la protección del LTD como un elemento esencial de su planificación financiera personal, ya que ésta le protege en caso de que su habilidad para trabajar se vea afectada por un accidente o enfermedad.

Usted no tiene que inscribirse en la cubierta de LTD de Citigroup. No obstante, si decide inscribirse en la cubierta de LTD en cualquier momento que no sea cuando primero es elegible o como resultado de un cambio de estado cualificado, deberá someterse a un examen físico y/o proporcionar prueba de asegurable. Además, el Plan no cubrirá ninguna incapacidad causa de, que haya contribuido a o que sea el resultado de una condición preexistente hasta que haya estado inscrito en el Plan durante 12 meses consecutivos.

Una condición preexistente es una lesión, enfermedad o embarazo para el cual –en los tres meses previos a la fecha de vigencia de la cubierta– usted recibió tratamiento, consulta, atención o servicios médicos; tomó medicamentos con receta o le recetaron medicamentos; o tuvo síntomas que hubieran causado que una persona razonablemente prudente buscara un diagnóstico, atención o tratamiento.

PROVISIONES DEL PLAN

| SI SU COMPENSACIÓN TOTAL ES: | |
|--------------------------------------|---|
| \$50,000.99 ¹ o menos | <ul style="list-style-type: none"> • Citigroup provee cubierta de LTD sin costo alguno para usted • Su beneficio está sujeto al pago de impuestos |
| De \$50,001 a \$500,000 ² | <ul style="list-style-type: none"> • Usted pagará el costo de la cubierta • Su beneficio no está sujeto al pago de impuestos |

¹ Si su compensación anual aumenta a más de \$50,000.99 durante el año y usted desea cubierta de LTD para el año próximo, debe inscribirse durante la inscripción anual. De lo contrario, no tendrá cubierta de LTD a partir del día primero del año próximo.

² Si no se inscribe en la cubierta hasta su compensación total y decide aumentar la cubierta en una fecha posterior, se le requerirá que proporcione prueba de asegurabilidad antes de que se apruebe la cubierta adicional.

| TABLA DE LA LEY CONTRA LA DISCRIMINACIÓN POR EDAD EN EL EMPLEO (ADEA) | |
|---|---|
| Edad al comenzar la incapacidad total | Fecha en que los beneficios mensuales de LTD cesarán |
| 62 años de edad o menos | Lo que ocurra último de: <ul style="list-style-type: none"> • Su 65^o cumpleaños o • La fecha en que sea pagadero el 42^o beneficio mensual |
| 63 años de edad | La fecha en que sea pagadero el 36 ^o beneficio mensual |
| 64 años de edad | La fecha en que sea pagadero el 30 ^o beneficio mensual |
| 65 años de edad | La fecha en que sea pagadero el 24 ^o beneficio mensual |
| 66 años de edad | La fecha en que sea pagadero el 21 ^{er} beneficio mensual |
| 67 años de edad | La fecha en que sea pagadero el 18 ^o beneficio mensual |
| 68 años de edad | La fecha en que sea pagadero el 15 ^o beneficio mensual |
| 69 años de edad o más | La fecha en que sea pagadero el 12 ^o beneficio mensual |

CUÁNDO SON PAGADEROS LOS BENEFICIOS DE LTD

Para fines de cualificar para beneficios de LTD, una incapacidad significa que, debido a enfermedad, embarazo o lesión accidental, usted está recibiendo atención y tratamiento de un médico continuamente y no puede desempeñar su propia ocupación para ningún patrono en su economía local.

Los beneficios de LTD son pagaderos después de que su incapacidad sea aprobada y reciba 13 semanas de beneficios de Incapacidad a Corto Plazo. Para calificar para los beneficios de LTD, usted debe estar bajo la atención continua de un médico durante el período de Incapacidad a Corto Plazo.

Si cualifica para los beneficios de Incapacidad a Corto Plazo, regresa al trabajo y entonces, dentro de un período de 30 días o menos, no puede trabajar como resultado de la misma incapacidad o de una relacionada, su ausencia se procesará como una reclamación recurrente y podrá comenzar a recibir beneficios de Incapacidad a Largo Plazo cuando el mismo aprobado y haya recibido el resto de sus beneficios de Incapacidad a Corto Plazo.

El recibo de beneficios de STD y LTD está sujeto a los términos y condiciones del Plan correspondiente. El propósito de esta sección no es sustituir los documentos actuales del Plan.

Para revisar los documentos del Plan de STD y LTD, visite www.benefitsbookonline.com.

BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA

SEGURO DE VIDA BÁSICO & AD&D

Citigroup proporciona Seguro de Vida Básico (a través de MetLife) y seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) (a través de CIGNA) sin costo alguno para usted. El seguro de AD&D paga un beneficio si usted sufre un desmembramiento o fallece como resultado de una lesión accidental.

El beneficio es igual a su compensación total hasta un máximo de \$200,000, redondeado hasta los \$1,000 más cercanos. Este monto no cambiará durante el año si su compensación total cambia. La compensación total se vuelve a calcular cada año y el nuevo monto entra en vigor el 1ro de enero del próximo año.

OPCIÓN DE ADELANTO DEL SEGURO DE VIDA BÁSICO

La opción de adelanto del Seguro de Vida Básico (ABO, por sus siglas en inglés) de su cubierta de seguro de vida está disponible si está terminalmente enfermo debido a una lesión o enfermedad y se espera que fallezca en menos de seis meses.

Bajo la ABO, puede recibir hasta el 50% del monto de su Seguro de Vida Básico sin exceder \$100,000, menos cualesquiera cargos de gastos aplicables. El monto mínimo que se pagará es lo que sea menor entre el 25% del monto de su Seguro de Vida Básico y \$7,500. La opción de adelanto del seguro se pagará en una suma global, a menos que usted o su representante legal elija otro método de pago.

Para recibir este adelanto, MetLife requerirá la siguiente prueba de su enfermedad terminal:

- Una forma de reclamación de adelanto de beneficios llena, la cual está disponible en MetLife;
- Una certificación firmada del médico que indique que usted está terminalmente enfermo; y
- Un examen de un médico que elija MetLife, si se solicita, sin costo alguno para usted.

El adelanto del beneficio se pagará sólo una vez en su vida. A su fallecimiento, el beneficio del Seguro de Vida Básico que se le pague a su beneficiario se reducirá por el monto del adelanto pagados más cualesquiera cargos de intereses y gastos.

PROVISIONES DEL PLAN

SEGURO DE VIDA GRUPAL UNIVERSAL (GUL) OPCIONAL/ AD&D SUPLEMENTARIO

La cubierta del Seguro de Vida Grupal Universal (GUL) Opcional y AD&D Suplementario que se describe a continuación no es un arreglo de beneficios de empleados patrocinado por Citigroup. La cubierta de seguro se ofrece únicamente como una conveniencia para los empleados de Citigroup y no es endosada por la Compañía.

CUBIERTA PARA EMPLEADOS

Usted puede inscribirse en el Seguro de Vida Grupal Universal Opcional para usted desde una a 10 veces su compensación total hasta una cubierta máxima de \$5 millones. Si su compensación total no es un múltiplo exacto de \$1,000, el monto de su cubierta se redondeará a los próximos \$1,000.

Usted debe proporcionar prueba de asegurabilidad para inscribirse en esta cubierta o, si ya está inscrito, para aumentar su cubierta.

Su costo se basa en el monto de cubierta que elija, su edad y si ha usado productos de tabaco en los últimos 12 meses.

Si su compensación total se reduce, el monto de su Seguro de Vida Grupal Universal Opcional continuará basado en la compensación total más alta, a menos que llame al Centro de Servicio de Beneficios para solicitar que se reduzca el monto de su Seguro de Vida Grupal Universal Opcional. Una vez que haya reducido la cobertura, sólo podrá aumentarla comprando múltiplos adicionales de su compensación total. Es posible que se le pida que suministre prueba de asegurabilidad satisfactoria antes de que la cubierta aumentada entre en vigor.

Si se va de Citigroup, puede continuar la cubierta. MetLife le facturará directamente a una tarifa mayor que la tarifa de grupo de Citigroup. La tarifa entrará en vigor en el mes siguiente a la terminación de su empleo.

Una vez que se inscriba para el Seguro de Vida Grupal Universal Opcional (provisto por MetLife), recibirá automá-

ticamente cubierta de seguro de AD&D Suplementario por el mismo monto que su cubierta de GUL. La cubierta de AD&D la provee CIGNA.

OPCIÓN DE ADELANTO DEL SEGURO DE VIDA GRUPAL UNIVERSAL OPCIONAL

La opción de adelanto (ABO) de su cubierta de Seguro de Vida Grupal Universal está disponible si usted está terminalmente enfermo debido a una lesión o enfermedad y se espera que fallezca en menos de seis meses.

Bajo esta opción, usted puede recibir hasta un 50% del monto de su Seguro de Vida Grupal Universal, sin exceder \$250,000, menos los cargos de gastos aplicables. Este beneficio se pagará en una suma global, a menos que usted o su representante legal elija otro método de pago.

Para recibir el beneficio de adelanto, MetLife requerirá la siguiente prueba de su enfermedad terminal:

- Una forma de reclamación de adelanto de beneficios llena, la cual está disponible en MetLife;
- Una certificación firmada del médico indicando que usted está terminalmente enfermo; y
- Un examen por un médico que elija MetLife, si se solicita, sin costo alguno para usted.

El beneficio de adelanto del seguro se pagarán sólo una vez en su vida. A su fallecimiento, el beneficio del Seguro de Vida Grupal Universal que se le pague a su beneficiario se reducirá por el monto de los beneficios acelerados pagados más cualesquiera cargos por intereses y gastos.

El beneficio de adelanto no es pagadero si:

- Usted ha cedido el beneficio por muerte;
- Todo o una parte de su beneficio por muerte se pagará a su ex cónyuge como parte de un acuerdo de divorcio;
- Usted intenta suicidarse o lesionarse a propósito;
- El monto de su beneficio por muerte es menor de \$15,000; o
- Una agencia gubernamental le requiere que solicite el pago del beneficio de adelanto de manera que usted pueda solicitar, obtener o mantener un beneficio o derecho gubernamental.

FONDO DE ACUMULACIÓN DE EFECTIVO (CAF)

Cuando usted se inscribe en el Seguro de Vida Grupal Universal Opcional/AD&D Suplementario, puede participar en el CAF. El CAF le permite ahorrar dinero que gana una tasa de interés competitiva con los impuestos diferidos. Las contribuciones se deducen de su salario en cada período de pago. La contribución mínima es de \$10 al mes o \$120 al año.

El IRS determina el máximo anual que usted puede contribuir basado en el monto de su cubierta de Seguro GUL Opcional, su edad y otros factores. Usted verá su contribución mínima y máxima en el sitio Web de inscripción de beneficios o en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal. Usted puede cambiar el monto de su contribución en cualquier momento. Nota: Una reducción en los montos de cubierta podría afectar sus contribuciones al CAF. Para los detalles, llame a MetLife al 1-800-523-2894.

Usted no pagará impuestos sobre los intereses mientras permanezcan en el CAF. Los intereses sólo estarán sujetos al pago de impuestos cuando usted retira una cantidad mayor que el total que ha pagado hasta ese momento por la cubierta de Seguro GUL Opcional (sus primas) más sus contribuciones al CAF. Para obtener información acerca de su CAF, llame a MetLife al 1-800-523-2894

CUBIERTA PARA SU CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA

Usted puede inscribirse en la cubierta de Seguro GUL Opcional para su cónyuge/pareja doméstica en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$100,000. No tiene que comprar el Seguro GUL Opcional/AD&D Suplementario para usted para elegir la cubierta para su cónyuge/pareja doméstica.

Dentro de 31 días de su elegibilidad inicial, puede inscribir a su cónyuge/pareja doméstica por un monto de hasta un máximo de \$30,000 de cubierta sin que su cónyuge/pareja doméstica tenga que proporcionar prueba de asegurabilidad.

Si se inscribe en cualquier otro momento, su cónyuge/pareja doméstica vendrá obligado a proporcionar prueba de

asegurabilidad por *cualquier* monto de cubierta del cónyuge/pareja doméstica.

El costo de la cubierta se basa en el monto de cubierta que usted elija, la edad de su cónyuge/pareja doméstica y si él o ella ha usado productos de tabaco en los últimos 12 meses.

Si se va de Citigroup, puede continuar la cubierta de su cónyuge/pareja doméstica. MetLife le facturará directamente a una tarifa mayor que la tarifa de grupo de Citigroup. La tarifa entrará en vigor en el mes siguiente a la terminación de su empleo.

También puede abrir un Fondo de Acumulación de Efectivo bajo el nombre de su cónyuge/pareja doméstica.

Una vez inscrito(a) en el Seguro GUL Opcional (provisto por MetLife), su cónyuge/pareja doméstica recibirá automáticamente cubierta de seguro AD&D Suplementario por el mismo monto que su cubierta de GUL. La cubierta de AD&D la provee CIGNA.

CUBIERTA PARA SUS HIJOS

Si se ha inscrito en la cubierta del Seguro GUL Opcional/AD&D Suplementario para usted o su cónyuge/pareja doméstica, puede inscribir a sus hijos dependientes elegibles para el seguro de vida/AD&D desde \$5,000 hasta \$20,000, en incrementos de \$5,000. *Un hijo debe ser por lo menos de 15 días de nacido para ser cubierto.*

Cuando inscribe a su hijo en la cubierta de seguro de vida /AD&D, todos sus hijos elegibles están cubiertos automáticamente.

Una vez que inscriba a su hijo en el seguro de vida (provisto por MetLife), su hijo recibe automáticamente la cubierta de seguro AD&D Suplementario por el mismo monto que la cubierta de seguro de vida del hijo. La cubierta de AD&D la provee CIGNA.

Nota: Si está inscrito en la cubierta de su hijo y tiene o adopta otro hijo, tiene que reportar el nacimiento o adopción de su hijo al Centro de Servicio de Beneficios para que su nuevo hijo pueda ser cubierto.

PROVISIONES DEL PLAN

SEGURO CONTRA ACCIDENTE POR VIAJES DE NEGOCIOS

El seguro contra Accidente por Viajes de Negocios (BTA) sólo proporciona seguro contra accidentes y paga beneficios por lesiones corporales y/o muerte; no proporciona cubierta por enfermedad. La cubierta la provee CIGNA.

Todos los empleados regulares a tiempo completo y a tiempo parcial tienen cubierta de BTA de cinco veces su compensación total hasta un beneficio máximo de \$2 millones. Su cónyuge/pareja doméstica y/o sus hijos dependientes se consideran personas cubiertas y tienen cubierta de BTA mientras lo acompañan a usted en un viaje de negocios o de reubicación pagado por la Compañía.

- El monto de cubierta del cónyuge/pareja doméstica elegible es de \$150,000.
- El monto de cubierta de cada hijo dependiente elegible es de \$25,000.

Los beneficios de BTA se pagan en caso de muerte, desmembramiento, parálisis y pérdida del habla y/o de la audición mientras viaja en un viaje aprobado en nombre de la Compañía. Ciertas pérdidas que están cubiertas, están sujetas a limitaciones.

Su beneficiario del seguro BTA es la persona o personas designadas para recibir beneficios pagaderos a su fallecimiento y es el mismo beneficiario que el del Seguro de Vida Básico.

SEGURO DE CUIDADO A LARGO PLAZO (LTC)

Usted puede comprar cubierta de Seguro de Cuidado a Largo Plazo (LTC, por sus siglas en inglés) para usted y los miembros elegibles de su familia en cualquier momento.

Para ser elegibles, usted y los miembros de su familia tienen que residir en los Estados Unidos (los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico). Los miembros de la familia elegibles pueden solicitar aunque usted no lo haga. Los miembros de la familia elegibles son:

- Su cónyuge o pareja doméstica;
- Sus padres o sus suegros;
- Sus hijos adultos o los hijos adultos de su cónyuge o pareja doméstica*; y
- Los cónyuges de sus hijos adultos.

Los miembros de la familia tienen que tener 18 años de edad o más.

Si usted es un empleado nuevo y se inscribe durante su inscripción inicial de beneficios: No tendrá que proporcionar prueba de asegurabilidad.

Si se inscribe en cualquier otro momento: Tendrá que proporcionar prueba de asegurabilidad que sea aceptable para John Hancock.

En cualquier caso, la cubierta entrará en vigor el día primero del mes después de que se apruebe su solicitud, siempre y cuando esté activamente en el trabajo a esa fecha. Si no está trabajando en la fecha en que su cubierta hubiera entrado en vigor, su cubierta entrará en vigor el día primero del mes siguiente a su regreso al trabajo como empleado activo.

Sus primas y las de su cónyuge/pareja doméstica se deducirán de su pago. Usted pagará por la cubierta con dinero después de descontado los impuestos; el costo está basado en su edad al momento de quedar asegurado.

Los miembros de su familia pueden llenar una solicitud y deben proporcionar prueba de asegurabilidad que sea aceptable para John Hancock antes de que se apruebe la cubierta. La cubierta entrará en vigor el día primero del mes después de que se apruebe la solicitud, siempre y cuando no estén incapacitados a esa fecha.

A los miembros de la familia, que no sean los cónyuges/parejas domésticas, se les facturará directamente. Si están incapacitados a esa fecha, la cubierta entrará en vigor el día primero del mes después de que su incapacidad termine, siempre y cuando todavía sean elegibles.

Para obtener información sobre el costo de la cubierta de LTC para usted u otros miembros de la familia elegibles, puede solicitar un paquete de inscripción u obtener una

cotización de la tarifa personal visitando la página de la red de John Hancock en <http://groupltc.jhancock.com>. El nombre de usuario es “groupltc” y la contraseña es “mybenefit”. También puede llamar a John Hancock al 1-800-222-6814.

Los miembros de la familia que visitan la página de la red o llaman para obtener información deben proporcionar el nombre suyo como empleado de Citigroup.

CÓMO INSCRIBIRSE EN LA CUBIERTA DE LTC

La inscripción en la cubierta de LTC será diferente a la inscripción en otros beneficios de salud y bienestar de Citigroup. Usted se inscribirá en la cubierta de LTC directamente con John Hancock presentando una forma de inscripción a John Hancock o haciendo clic en un enlace de la página de la red de Beneficios de Citigroup. Los miembros de la familia elegibles deben llenar una forma de inscripción.

CUÁNDO SON PAGADEROS LOS BENEFICIOS

En general, los beneficios de LTC son pagaderos si un proveedor de cuidado de salud con licencia certifica que:

- Usted requiere ayuda considerable de otra persona para realizar por lo menos dos “actividades del diario vivir” debido a una pérdida de la capacidad funcional que se espera que continúe por lo menos durante 90 días o
- Usted necesita supervisión considerable debido a un “impedimento cognoscitivo”.

Las actividades del diario vivir por lo general incluyen, bañarse, vestirse, usar el inodoro, comer y transferirse a y de una cama o una silla, entre otros. El impedimento cognoscitivo es un deterioro o pérdida de la capacidad intelectual comparable a la enfermedad de Alzheimer y otras formas similares de demencia irreversible.

Usted es elegible para los beneficios sólo cuando un coordinador de cuidado de John Hancock confirme que su condición cualifique.

Con excepciones limitadas, los beneficios de LTC por lo general no serán pagaderos hasta el final del “período de

cualificación” de 90 días que comienza en la fecha en que John Hancock certifica que usted satisface los requisitos de elegibilidad para recibir beneficios. El período de cualificación sólo tiene que satisfacerse una vez mientras usted permanezca asegurado continuamente.

Su condición que cualifica debe continuar durante este período, pero usted no tiene que incurrir realmente en los gastos, recibir servicios de cuidado a largo plazo ni estar hospitalizado durante este período. Los beneficios de LTC son pagaderos por los cargos cubiertos que usted incurra después de satisfacerse el período de cualificación, siempre y cuando usted permanezca asegurado.

BENEFICIOS Y SERVICIOS CUBIERTOS

Los beneficios de LTC cubrirán los cargos reales incurridos por los servicios que cualifican, los cuales generalmente incluyen cuidado en un asilo de ancianos, un centro de cuidado alterno, el cuidado profesional basado en la comunidad, el cuidado informal y los beneficios mientras permanece en su casa. Dependiendo del tipo de servicio, los beneficios están sujetos a un máximo, el cual varía de acuerdo con el nivel de cubierta que usted elija.

CÓMO ELEGIR EL NIVEL DE CUBIERTA

Usted debe seleccionar entre las seis opciones que se encuentran en la tabla a continuación, un beneficio máximo diario (DMB, por sus siglas en inglés) de \$100 a \$350 por día en incrementos de \$50. El DMB es lo más que el Plan pagará por todos los servicios cubiertos recibidos en un día. Cada DMB tiene un beneficio máximo de por vida correspondiente (LMB, las siglas en inglés), el cual es el monto total pagadero por los servicios de LTC cubiertos mientras esté asegurado. El cuidado informal también está sujeto a un máximo por año calendario.

BENEFICIO MIENTRAS PERMANECE EN EL HOGAR

El beneficio mientras permanece en el hogar puede utilizarse para pagar los gastos de una visita para la planificación del cuidado, modificaciones al hogar, sistema de emergencia de respuesta médica, equipos médicos duraderos, adiestramiento de la persona encargada del cuidado, inspección de seguridad del hogar y verificación para el proveedor de cuidado.

PROVISIONES DEL PLAN

| Beneficio Máximo Diario | Opción 1 | Opción 2 | Opción 3 | Opción 4 | Opción 5 | Opción 6 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| DMB de asilo de ancianos | \$100.00 | \$150.00 | \$200.00 | \$250.00 | \$300.00 | \$350.00 |
| DMB dentro de cuidado alternativo | \$100.00 | \$150.00 | \$200.00 | \$250.00 | \$300.00 | \$350.00 |
| DMB de cuidado profesional de la comunidad ¹ | \$75.00 | \$112.50 | \$150.00 | \$187.50 | \$225.00 | \$262.50 |
| DMB de Cuidado Informal | \$25.00 | \$37.50 | \$50.00 | \$62.50 | \$75.00 | \$87.50 |
| Máximo de cuidado informal por año calendario ² | \$750.00 | \$1,125.00 | \$1,500.00 | \$1,875.00 | \$2,250.00 | \$2,625.00 |
| Beneficio máximo de por vida (excluye cuidado en el hogar) | \$182,500.00 | \$273,750.00 | \$365,000.00 | \$456,250.00 | \$547,500.00 | \$638,750.00 |
| Máximo de por vida mientras permance en el hogar | \$3,000.00 | \$4,500.00 | \$6,000.00 | \$7,500.00 | \$9,000.00 | \$10,500.00 |

¹ Esto incluye el cuidado en una guardería de adultos y los siguientes servicios prestados en su casa: cuidado de la salud en el hogar, cuidado de hospicio y servicios de ayuda doméstica proporcionados por una persona certificada o un empleado a través de una agencia de cuidado de la salud en el hogar con licencia.

² El total de beneficios pagadero para todo el cuidado informal recibido en un año calendario es 30 veces el DMB por el cuidado informal.

El monto del beneficio mientras permanece en el hogar es lo más que el Plan pagará por el costo de todos los servicios cubiertos recibidos mientras usted está asegurado y no excederá 30 veces el DMB. Este máximo de por vida del beneficio mientras permanece en el hogar es separado y es adicional al máximo de por vida de sus otros beneficios de LTC.

Este beneficio está disponible durante el período de cualificación; no está disponible si la cubierta está en estado de pago reducido y no puede restaurarse bajo la disposición de restauración de beneficios. El monto del beneficio mientras permanece en casa se volverá a calcular cada vez que el DMB cambie como resultado de la inflación, un aumento o una reducción del beneficio, siempre y cuando usted no haya agotado este beneficio.

Cualesquiera beneficios pagados se deducirán del monto recalculado. Excepto por la visita para planificación del cuidado, usted tiene que estar residiendo en su casa para ser elegible. El monto máximo pagadero para el adiestramiento de la persona encargada del cuidado no excederá cinco veces su DMB.

CÓMO ELEGIR UN BENEFICIO DE LTC SIN RIESGO DE PÉRDIDA O UN BENEFICIO CONTINGENTE DE LTC SIN RIESGO DE PÉRDIDA

Por un costo adicional, usted también puede elegir incluir un beneficio sin riesgo de pérdida (beneficio pagado máximo de por vida reducido) en su cubierta al inscribirse. Si no elige esta opción el beneficio contingente sin riesgo de pérdida se incluirá en su cubierta sin ningún costo adicional.

Si usted ha estado asegurado continuamente bajo el Plan por lo menos durante tres años, el beneficio sin riesgo de pérdida (beneficio pagado máximo de por vida reducido) le permitirá dejar de hacer pagos de primas por cualquier motivo y retener un nivel de cubierta reducido.

Si ejerce este beneficio, mantendrá su monto de DMB completo, pero el LMB se reducirá. Su LMB reducido será igual a lo que sea mayor entre 30 veces su DMB y la suma de las primas pagadas. Si ejerce este beneficio después de un mínimo de 10 años de cubierta continua, el LMB reducido sería igual a lo que sea mayor entre 90 veces el DMB y la suma de las primas pagadas.

El beneficio contingente sin riesgo de pérdida puede ejercerse sólo en caso de un aumento sustancial de la prima. El beneficio contingente sin riesgo de pérdida le permite dejar de pagar las primas y mantener un nivel de cubierta reducido.

Si ejerce este beneficio, usted mantendrá su monto de DMB completo, pero el LMB se reducirá. Su LMB reducido será igual a lo que sea mayor entre el monto total de las primas pagadas por su seguro desde que se emitió su cubierta y 30 veces el DMB. Un aumento sustancial de la prima variaría de 10% a la emisión-90 años de edad o mayor a 200% a la emisión-29 años de edad o menor, como se detalla en el certificado que recibirá si es aprobado para la cubierta.

CÓMO ELEGIR PROTECCIÓN CONTRA LA INFLACIÓN: OPCIÓN ABI O DE COMPRA FUTURA

También tiene la opción de incluir una disposición de protección contra la inflación de aumento de beneficio automático (ABI, por sus siglas en inglés) al inscribirse, por un costo adicional. Si no elige esta opción, la disposición de opción de compra futura se incluirá en su cubierta.

Bajo la opción de ABI, los aumentos a sus montos de beneficios ocurrirán automáticamente cada año. Cada 1ro de enero, comenzando el 1ro de enero de 2006, el monto de DMB aumentará a una tasa anual compuesta del 5%. El LMB aumentará en proporción al aumento en el DMB de asilo de ancianos. Si su seguro entra en vigor el 1ro de enero, no aplicará ningún aumento en la fecha de vigencia de su cubierta.

El aumento del beneficio continuará haciéndose anualmente, independientemente de su edad o de que haya satisfecho los requisitos de elegibilidad para los beneficios bajo la póliza. No obstante, ningún aumento futuro en el monto de los beneficios corresponderá si usted deja de pagar las primas y continúa con la cubierta en vigor pagada y reducida bajo el beneficio sin riesgo de pérdida.

Bajo la opción de compra futura, se le ofrecerán montos de cubierta adicionales cada tres años para mantenerse al tanto con la inflación. El monto de cada ajuste reflejará un aumento del DMB de por lo menos un 5% compuesto anualmente durante el período correspondiente.

Las tarifas de las primas por el aumento de la inflación se basarán en su edad a la emisión en la fecha de vigencia del aumento e incluirá un cargo adicional para dar cuenta del riesgo agregado asociado con la aceptación de estas ofertas.

El LMB aumentará en proporción al aumento en el DMB de asilo de ancianos. Un ajuste por inflación no estará disponible si la edad a la emisión es de 85 años o más o si ha satisfecho los requisitos de elegibilidad para los beneficios bajo la póliza en los seis meses previos a la fecha de vigencia del aumento o si su cubierta está en estado reducido de pago.

Visite la página de la red de John Hancock en <http://grouppltc.jhancock.com> (el nombre de usuario es “grouppltc” y la contraseña es “mybenefit”) para obtener una herramienta en línea que puede ayudarle a determinar cuál disposición de protección contra la inflación es adecuada a sus necesidades.

CARACTERÍSTICAS ADICIONALES BENEFICIO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMA POR MUERTE

En su cubierta se incluye un beneficio de devolución de prima por muerte. Este beneficio le pagará a sus herederos una porción de las primas que usted pagó, menos cualquier beneficio pagado o por pagar si usted fallece antes de la edad de 75 años mientras se encuentra cubierto bajo el Plan. La porción de la cubierta está basada en su edad al momento de morir, como se indica a continuación. Las primas no serán devueltas si usted tiene 75 años de edad o más o si la cubierta está en estado reducido de pago.

PROVISIONES DEL PLAN

| Edad | Porcentaje de la Prima |
|------------|------------------------|
| 65 o menor | 100% |
| 66 | 90% |
| 67 | 80% |
| 68 | 70% |
| 69 | 60% |
| 70 | 50% |
| 71 | 40% |
| 72 | 30% |
| 73 | 20% |
| 74 | 10% |
| 75 o mayor | 0% |

RELEVO DE LA PRIMA

Una vez complete el período de cualificación y siempre y cuando satisfaga los requisitos de elegibilidad para los beneficios bajo la póliza en esa fecha, los pagos de las primas serán relevados. El relevo continuará siempre y cuando usted permanezca elegible para los beneficios.

PORTABILIDAD

Si se jubila o se va de Citigroup, puede continuar la cubierta a las tarifas de grupo. Usted pagará las primas directamente a John Hancock.

BENEFICIO DE RESERVA DE CAMA

El Plan continuará pagando los beneficios de asilo de ancianos o de centro de cuidado alternativo hasta 60 días por año calendario si usted deja la instalación por un corto plazo mientras recibe beneficios del Plan.

PLAN DE CUIDADO ALTERNO

Se puede establecer un plan de cuidado alternativo por acuerdo mutuo entre usted, un proveedor de cuidado de la salud con licencia y John Hancock, si el coordinador de cuidado de John Hancock identifica alternativas al plan actual que sean tanto apropiadas para usted como eficaces en función del costo. El plan de cuidado alternativo puede proporcionar beneficios para servicios o suministros que no estén de otro modo cubiertos por el Plan. Cualesquiera beneficios pagados bajo un plan de cuidado alternativo reducirá el LMB.

RESTABLECIMIENTO DE BENEFICIOS

La característica de restablecimiento de beneficios le permite a usted restablecer su LMB si proporciona evidencia de que usted:

- No ha satisfecho los criterios de elegibilidad para los beneficios durante el período de 24 meses hasta e inmediatamente antes de la fecha en que solicitó restablecer su LMB;
- No ha agotado su LMB; y
- Ha estado asegurado continuamente pagando las primas por lo menos durante 24 meses justo antes de su solicitud.

El restablecimiento no aplica si la cubierta está en estado reducido de pago. Su beneficio máximo de por vida mientras permanece en el hogar no se restablecerá.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS Y EXCLUSIONES

Para evitar la duplicidad de los beneficios, el Plan contiene una disposición de coordinación de beneficios que puede reducir o eliminar los beneficios que de otro modo sean pagaderos bajo el Plan cuando los beneficios son pagaderos bajo otro plan.

John Hancock no pagará beneficios por cargos incurridos por el asegurado en ciertas circunstancias, tales como una lesión autoinfligida intencionalmente; cargos que son reembolsables o serían reembolsables bajo Medicare, excepto por las disposiciones de coaseguro, copago o deducible bajo Medicare; o por el tratamiento específicamente provisto para desintoxicación o rehabilitación por adicción de alcohol o drogas.

Es posible que estas exclusiones no apliquen en todos los estados y pueden variar dependiendo del estado en el que usted resida. El Certificado de Seguro que recibirá tan pronto como sea aprobado para la cubierta indicará las exclusiones para su estado. Si se muda a otro estado, aplicarán las pautas del estado en el que el Certificado de Seguro fue emitido originalmente.

Los proveedores de LTC deben cumplir con las cualificaciones especificadas en el Certificado de Seguro, y los servicios y suministros deben proporcionarse de acuerdo con un plan de cuidado prescrito por un proveedor de cuidado de la salud con licencia.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Para obtener los detalles de la cubierta disponible y su costo, comuníquese con John Hancock:

- Llamando al Departamento de Seguro de Cuidado a Largo Plazo de John Hancock al 1-800-222-6814, o
- Visitando la página de la red de John Hancock en <http://groupltc.jhancock.com>. El nombre de usuario es “groupltc” y la contraseña es “mybenefit”.

Los miembros de su familia que llamen o visiten la página de la red deben proporcionar el nombre suyo como empleado de Citigroup.

GLOSARIO

Coaseguro: La parte de un gasto cubierto que usted paga después de haber satisfecho el deducible. Por ejemplo, si un plan paga el 90% de ciertos gastos cubiertos, su coaseguro para estos gastos es el 10%.

Gastos cubiertos: Los costos médicos y relacionados incurridos por los participantes que califican para el reembolso bajo los términos del contrato de seguro.

Deducible: El monto de los gastos elegibles que usted y cada dependiente cubierto debe pagar cada año calendario antes de que el plan comience a pagar beneficios.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA): Una ley de los Estados Unidos que ordena que cualquiera que pertenezca a un plan de seguro de salud grupal se le debe permitir que compre seguro de salud en el intervalo de tiempo que comienza cuando se perdió la cubierta previa. La ley protege a los empleados –especialmente a los que sufren de condiciones de salud a largo plazo que puedan estar renuentes a dejar el trabajo debido a que temen que las cláusulas de condiciones preexistentes limitarán la cubierta de tales condiciones bajo un nuevo plan de seguro– contra la pérdida del seguro de salud debido a un cambio en su estado de empleo.

Medicamento necesario: Un servicio o suministro se considera médicamente necesario si es una práctica de cuidado de la salud generalmente aceptada y se requiere para tratar su condición, según lo determine el Administrador de Reclamaciones.

Certificación previa: El requisito de que un participante llame a su plan de salud para coordinar cualquier cirugía como paciente interno, hospitalización y ciertos procedimientos de diagnóstico y/o quirúrgicos como paciente externo. Si usted no se comunicó con su plan de salud antes de someterse a ciertos procedimientos, sus beneficios se verán afectados por una penalidad cada vez que no notifique a su plan. La notificación ayuda a asegurar que usted obtenga el cuidado más apropiado para su condición en el ambiente más adecuado. Llame a su plan para obtener más información.

Condición preexistente: Una lesión, enfermedad o embarazo para el cual –en los tres meses anteriores a la fecha de vigencia de la cubierta– usted recibió tratamiento, consulta, atención o servicios médicos; tomó medicamentos con receta o le recetaron medicamentos; o tuvo síntomas que hubieran causado que una persona razonablemente prudente buscara diagnóstico, atención o tratamiento.

QMCSO: Las siglas en inglés de Orden de Sustento de Menores para Gastos Médicos Cualificada.

Servicios a personas sanas: Los cargos por exámenes de cuidado de rutina basados en las pautas de la Asociación Médica Americana y las recomendaciones de médicos. Los gastos cubiertos incluyen exámenes físicos de rutina (incluyendo exámenes para la mujer sana y el niño sano) e inmunizaciones.

SECCIÓN 3

INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

¿CUÁNDO TERMINA LA CUBIERTA?

Su cubierta bajo los Planes Médicos, los Planes Dentales y el Plan de Cuidado de la Vista de Citigroup terminarán automáticamente en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que el Plan de Citigroup termine;
- El último día para el cual se hagan las contribuciones necesarias;
- La medianoche del último día del mes en el que termine su empleo, se jubile, fallezca o de otro modo deje de ser elegible para la cubierta; o
- La fecha en que los beneficios pagados a nombre de un participante sean iguales al beneficio máximo de por vida bajo el Plan; la cubierta de los dependientes elegibles que no han alcanzado su máximo de por vida no se verá afectada.

La cubierta del Seguro de Vida Básico termina en la fecha en que termina su empleo.

La cubierta del Seguro de Vida Grupal Universal Opcional termina el último día del mes en el que termina su empleo.

La cubierta de sus dependientes elegibles terminará automáticamente en la primera de las siguientes fechas:

- La medianoche del último día del mes en el que termina su cubierta, excepto en caso de su fallecimiento, en cuyo caso la cubierta continuará durante seis meses;
- La fecha que usted elija para terminar la cubierta de sus dependientes elegibles;
- El último día para el cual se hagan las contribuciones necesarias;
- La fecha en que el dependiente elegible deje de ser elegible para la cubierta; la cubierta permanecerá en vigor hasta el 31 de diciembre del año en el que el hijo alcance la edad máxima o ya no sea estudiante a tiempo completo; la cubierta permanecerá en vigor hasta el fin del mes en el que el hijo se case u obtenga un trabajo a tiempo completo;
- La fecha en que el dependiente elegible sea cubierto como empleado bajo el plan;
- La fecha en que el dependiente elegible sea cubierto como dependiente de otro empleado bajo el Plan;
- La fecha en que el dependiente elegible ingrese a las fuerzas armadas de cualquier país u organización

internacional; o

- La fecha en que el dependiente ya no sea elegible para la cubierta bajo una Orden de Sustento de Menores para Gastos Médicos Cualificada.

Usted y sus dependientes cubiertos elegibles podrían continuar la cubierta bajo COBRA. Véase “COBRA” en la página 51.

CUBIERTA PARA DEPENDIENTES SOBREVIVIENTES

Cuando un empleado activo fallece, si el cónyuge y/o los hijos dependientes sobrevivientes estaban inscrito en una cubierta activa en el momento del fallecimiento del empleado, entonces estas personas cubiertas serán elegibles para continuar la cubierta de cuidado de la salud durante seis meses.

Si el empleado no era elegible para cubierta de cuidado de la salud para jubilados en el momento del fallecimiento: La cubierta médica y dental continuará para las personas cubiertas durante seis meses sin costo alguno. Después del período de seis meses, serán elegibles para continuar la cubierta a través de COBRA. El período de seis meses de cubierta continua se considera parte del período de COBRA.

Si el empleado era elegible para cubierta de cuidado de la salud para jubilados en el momento del fallecimiento: Las personas cubiertas serán elegibles para la cubierta de cuidado de la salud para jubilados –en lugar de recibir cubierta de COBRA– al final de este período de seis meses. La cubierta de cuidado de la salud para jubilados se proporcionará de acuerdo con los mismos términos que la cubierta provista a un empleado jubilado.

CUBIERTA SI USTED QUEDA INCAPACITADO

Si usted queda incapacitado, usted y sus dependientes elegibles pueden continuar la cubierta médica, dental y de cuidado de la vista hasta por 13 semanas, siempre y cuando usted haga las contribuciones como empleado activo.

Si queda totalmente incapacitado, la cubierta continuará de la siguiente manera.

INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

La cubierta médica continuará por 52 semanas, incluyendo el período de 13 semanas de Incapacidad a Corto Plazo, siempre y cuando usted pague las contribuciones como empleado activo. Después de esto, podrá continuar la

cubierta médica haciendo las mismas contribuciones que los empleados activos, basado en sus años de servicio, según se muestra a continuación. (Después de 52 semanas de incapacidad, su empleo se dará por terminado.)

| TIEMPO DE SERVICIO RECONOCIDO EN CITIGROUP EN EL MOMENTO EN QUE SE APRUEBE SU LTD | PERÍODO DE CONTINUACIÓN DE LA CUBIERTA MÉDICA DESPUÉS DE 52 SEMANAS (LA TERMINACIÓN DE SU EMPLEO) |
|---|---|
| Menos de 2 años | 6 meses |
| De 2 años a menos de 5 años | Igual a sus años de servicio |
| 5 años o más | Mientras esté incapacitado o no haya alcanzado el límite de edad máximo para recibir beneficios por Incapacidad a Largo Plazo |

Su administrador de incapacidad atenderá médicamente su incapacidad si es un empleado totalmente incapacitado a quien se le ha denegado la cubierta de LTD debido a una condición preexistente, no se inscribió para la cubierta de LTD o ha alcanzado el beneficio máximo bajo la regla de limitación de dos años.

Si el administrador determina que usted está totalmente incapacitado, la cubierta médica continuará a la tarifa de empleado activo por lo que sea menor entre un plazo de tiempo basado en su servicio (véase la tabla anterior) y el tiempo que dure su incapacidad.

Al final del período de continuación de la cubierta médica indicada arriba, usted podrá continuar la cubierta a través de COBRA. El período de continuación indicado arriba se considera parte del período de COBRA.

Si usted participa en un plan médico que no sea HMO, una vez que esté incapacitado por más de 29 meses, Medicare se convertirá en su cubierta primaria, mientras que los beneficios del plan de Citigroup serán secundarios”.

La cubierta dental continuará durante 52 semanas, incluyendo el período de 13 semanas de STD, siempre y cuando usted pague las contribuciones como empleado activo.

Usted podrá continuar entonces la cubierta bajo COBRA. El período de continuación no se considera parte del período de COBRA.

La cubierta de cuidado de la vista continuará durante el período de 13 semanas de STD, siempre y cuando usted pague las contribuciones como empleado activo. Usted podrá continuar entonces la cubierta a través de COBRA.

CUBIERTA SI TOMA UNA LICENCIA

Si se encuentra en una licencia aprobada, llame al Centro de Servicio de Beneficios para conocer sus derechos de continuar la cubierta médica, dental y/o de la vista.

CUBIERTA CONTINUA DURANTE UNA LICENCIA BAJO LA FMLA

La Ley de Licencia Médico Familiar (FMLA) le da derecho a los empleados elegibles a tomar una licencia cada año debido a una enfermedad grave, el nacimiento o adopción de un hijo o para cuidar de un cónyuge, hijo o padre que tenga una condición de salud grave.

Si usted es elegible para la licencia bajo la FMLA, puede tomar una licencia de hasta un total de 13 semanas cada año, excepto donde las leyes estatales decreten otra cosa.

Si usted toma una licencia sin sueldo que califica bajo FMLA, puede continuar la cubierta médica, dental y de la vista para usted y sus dependientes, siempre y cuando continúe contribuyendo su parte del costo de la cubierta durante la licencia. Sus contribuciones mensuales durante una licencia se hacen después de descontar los impuestos. Se le facturarán directamente.

Si pierde cualquier cubierta durante una licencia bajo FMLA debido a que no hizo las contribuciones requeridas, puede volver a inscribirse cuando regrese de su licencia. Su cubierta comenzará de nuevo el primer día después de que regrese al trabajo y pague las contribuciones requeridas.

Si no regresa al trabajo al final de su licencia bajo FMLA, tendrá el derecho de inscribirse en COBRA para continuar su cubierta médica, dental y de la vista.

Si su empleo se da por terminado mientras se encuentra en una licencia bajo FMLA, también puede ser elegible para continuar su cubierta bajo COBRA.

CUBIERTA CONTINUA DURANTE UNA LICENCIA MILITAR

Al momento de imprimirse los materiales de inscripción de 2006 de Citigroup, la Política de Licencia Militar Pagada de Citigroup se extendió hasta el 10 de marzo de 2006. Si esta política se extiende más allá de esa fecha, usted tendrá el derecho de continuar sus beneficios de salud y bienestar de acuerdo con los términos y las condiciones de la política.

Para obtener la copia más reciente de la política, visite Citigroup.net. En la página principal, use la función de búsqueda y escriba "military leave". Luego haga clic en la política más reciente.

Si la Política de Licencia Militar Pagada no se extiende hasta el 2006, usted todavía tiene derecho de continuar su cubierta de beneficios de salud de acuerdo con los términos y condiciones de los Planes correspondientes.

Si toma una licencia militar, ya sea debido a servicio activo o para adiestramiento, tiene el derecho de continuar su cubierta médica, dental y de la vista hasta por 24 meses, siempre y cuando le curse aviso a Citigroup (con ciertas

excepciones) de la licencia. No obstante, es posible que esta cubierta continua no esté disponible si su licencia total, cuando se agrega a cualesquiera períodos previos de licencia militar de Citigroup, excede cinco años (con ciertas excepciones).

Si la duración completa de la licencia es 30 días o menos, no se le requerirá que pague nada más que la parte que pagó antes de la licencia. Si la duración completa de la licencia es 31 días o más, se le requerirá que pague hasta el 102% de todo el monto (tanto las contribuciones de la Compañía como las del empleado). Sus demás beneficios se darán por terminados al comienzo de su licencia militar.

Si usted se encuentra en licencia militar por menos de 24 meses y no regresa al trabajo al final de su licencia, podría tener derecho a comprar cubierta continuada para los meses restantes, hasta un total de 24 meses.

Llame a su Centro de Servicio de Beneficios o comuníquese con su representante de Recursos Humanos para obtener más información acerca de una licencia militar.

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD DE LA HIPAA

En este Aviso se describe cómo la información médica acerca de usted se utiliza y se revela y cómo usted puede tener acceso a esta información.

En este Aviso de Prácticas de Confidencialidad se describe cómo el Plan Médico de Citigroup, el Plan Dental de Citigroup, el Plan de Cuidado de la Vista de Citigroup y la HCSA (grupalmente denominados en este Aviso como un "Arreglo Organizado de Cuidado de la Salud" y cada uno individualmente como "Plan Componente") pueden utilizar y divulgar su información de salud protegida.

Este Aviso también estipula las obligaciones legales de los Planes Componentes concernientes a su información de salud protegida y describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida. Los Planes Componentes todos han convenido en obedecer los términos de este Aviso. Este Aviso se ha redactado de acuerdo con la Regla de Confidencialidad de la HIPAA (Ley

INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996), contenida en el Código de Reglamentaciones Federales en el Título 45 CFR Partes 160 y 164. Los términos que no se definen en este Aviso tienen el mismo significado que el que tienen en la Regla de Confidencialidad de la HIPAA.

Para obtener respuestas a sus preguntas e información adicional. Si tiene preguntas o desea información adicional sobre este Aviso, comuníquese con Citigroup como se indica en la página 61. Para ejercer cualquiera de los derechos que se describen en este Aviso, comuníquese con el administrador del Plan Componente pertinente como se indica en la página 62.

RESPONSABILIDADES DE LOS PLANES COMPONENTES

A cada Plan Componente se le requiere por ley mantener el carácter privado de su información de salud protegida. La Regla de Confidencialidad de la HIPAA define la “información de salud protegida” para que incluya cualquier información de salud que pueda identificarse individualmente (i) que sea creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud, plan de salud, compañía de seguros o centro de información del cuidado de la salud; (ii) que esté relacionada con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de dicha persona; la prestación de cuidado de la salud a tal persona; o el pago por tal prestación de cuidado de la salud; y (iii) que esté en poder o bajo el control de una entidad cubierta por la Regla de Confidencialidad de la HIPAA (llamadas “entidades cubiertas”), incluyendo un plan de salud grupal. Los Planes Componentes tienen la obligación de proporcionarle una copia de este Aviso indicando sus deberes legales y prácticas de confidencialidad con respecto a su información de salud protegida. Los Planes Componentes deben obedecer los términos de este Aviso.

USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Lo siguiente describe cuándo se le permite o se le requiere a cualquier Plan Componente utilizar o divulgar su información de salud protegida. Esta lista es ordenada por la Regla de Confidencialidad de la HIPAA.

PAGO Y OPERACIONES DE CUIDADO DE LA SALUD

Cada Plan Componente tiene el derecho de utilizar y divulgar su información de salud protegida para todas las actividades que se incluyen en las definiciones de “pago” y “operaciones de cuidado de la salud”, según como se definen en la Regla de Confidencialidad de la HIPAA.

Pago. Los Planes Componentes utilizarán o divulgarán su información de salud protegida para cumplir con sus responsabilidades de cubierta y proporcionar beneficios como se establece bajo los documentos que los rigen. Por ejemplo, los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida cuando un proveedor solicite información con respecto a su elegibilidad para recibir beneficios bajo un Plan Componente, o puede usar su información para determinar si un tratamiento que usted recibió era médicamente necesario.

Operaciones de cuidado de la salud. Los Planes Componentes utilizarán o divulgarán su información de salud protegida para cumplir con las funciones comerciales de los Planes Componentes. Estas funciones incluyen, entre otras, evaluación y mejoramiento de la calidad, revisión del desempeño de los proveedores, emisión de licencias, planificación comercial y desarrollo comercial. Por ejemplo, un Plan Componente puede utilizar o divulgar su información de salud protegida (i) para proporcionarle a usted información acerca de un programa de manejo de enfermedades; (ii) para responder a una pregunta suya hecha al servicio al cliente; (iii) en relación con la detección de fraude y abuso y los programas de cumplimiento; o (iv) para que usted responda a una encuesta con respecto a cuán eficazmente dicho Plan Componente está proporcionando servicios, entre otros asuntos.

Asociados comerciales. Cada Plan Componente puede contratar los proveedores de servicios –llamados asociados comerciales– para que desempeñen varias funciones en su nombre. Por ejemplo, los Planes Componentes pueden contratar un proveedor de servicios para que desempeñe funciones administrativas para pagar sus reclamaciones médicas. Para desempeñar esas funciones o prestar los servicios, los asociados comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán información de salud protegida, pero

sólo después de que dicho Plan Componente y el asociado comercial acuerden por escrito los términos contractuales que requieran que el asociado comercial salvaguarde su información.

Arreglo organizado de cuidado de la salud. Los Planes Componentes pueden compartir su información de salud protegida los unos con los otros para llevar a cabo actividades de pago y de cuidado de la salud.

Otras entidades cubiertas. Los Planes Componentes pueden utilizar o divulgar su información de salud protegida para ayudar a los proveedores de cuidado de la salud en relación con sus actividades de tratamiento o pago o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con ciertas operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo, los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida a un proveedor de cuidado de la salud cuando sea necesaria por el proveedor para proporcionarle tratamiento a usted, y los Planes Componentes pueden divulgar información de salud protegida a otra entidad cubierta para conducir operaciones de cuidado de la salud en áreas de actividades de garantía de calidad y mejoramiento y de acreditación, certificación, emisión de licencias o credenciales.

Esto también significa que los Planes Componentes pueden divulgar o compartir su información de salud protegida con otros programas de cuidado de la salud o compañías de seguros (incluyendo, por ejemplo, Medicare o una compañía de seguros privada, etc.) para coordinar beneficios, si usted o los miembros de su familia tienen otro seguro o cubierta de salud.

Requerido por ley. Los Planes Componentes pueden utilizar o divulgar su información de salud protegida en la medida en que lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

Actividades de salud pública. Cada Plan Componente puede utilizar o divulgar su información de salud protegida para actividades de salud pública permitidas o requeridas por la ley. Por ejemplo, cada Plan Componente puede utilizar o divulgar información para fines de prevenir o controlar las enfermedades, las lesiones o la incapacidad, o puede divulgar dicha información a una autoridad de salud pública autorizada para recibir informes de abuso o descuido negligente

de menores. Los Planes Componentes también pueden divulgar información de salud protegida, si son dirigidos por una autoridad de salud pública, a una agencia gubernamental extranjera que esté colaborando con la autoridad de salud pública.

Actividades de supervisión de la salud. Los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de la salud autorizada por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones, emisión de licencias o acciones disciplinarias, o procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales. Las agencias de supervisión que solicitan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de cuidado de la salud, programas de beneficios del gobierno, otros programas reglamentarios gubernamentales y agencias gubernamentales que aseguran el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Demandas y otros procesos legales. Los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida en el transcurso de un proceso judicial o administrativo o en respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación sea autorizada expresamente en la orden judicial). Si se satisfacen ciertas condiciones, los Planes Componentes también pueden divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citación o emplazamiento, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal.

Abuso o descuido negligente. Los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida a una autoridad gubernamental que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso, descuido negligente o violencia doméstica. Además, como lo requiera la ley, si un Plan Componente cree que usted ha sido víctima de abuso, descuido negligente o violencia doméstica, puede divulgar su información de salud protegida a una entidad gubernamental autorizada para recibir dicha información.

Autoridad del orden público. En ciertas condiciones, los Planes Componentes también pueden divulgar su información de salud protegida a agentes del orden público para fines de hacer cumplir las leyes. Estos fines incluyen, a mane-

ra de ejemplo, (1) responder a una orden judicial o proceso similar; (2) según sea necesario para encontrar o identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida; o (3) en relación con la víctima de un crimen.

Médico forense, Examinador Médico y Director fúnebre. Los Planes Componentes pueden divulgar la información de salud protegida a un médico forense o examinador médico cuando sea necesario para identificar a un muerto o para determinar la causa de muerte. Los Planes Componentes también pueden divulgar la información de salud protegida a los directores fúnebres según sea necesario para que desempeñen sus deberes.

Donación de órganos y tejidos. Los Planes Componentes pueden divulgar la información de salud protegida a organizaciones a cargo de la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Investigación. Los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando (1) su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha examinado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para asegurar la confidencialidad de su información de salud protegida o (2) la investigación involucra un conjunto de datos limitados que no incluye identificadores únicos (tal información como el nombre, la dirección, el número de Seguro Social, etc., que puedan identificarlo).

Para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad. Consistente con las leyes correspondientes, los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida si la divulgación es necesaria para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público. Los Planes Componentes también pueden divulgar información de salud protegida si es necesario para que las autoridades del orden público identifiquen o arresten a un individuo.

Personal militar. En ciertas condiciones, los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida si usted es o era personal de las Fuerzas Armadas para actividades que se consideran necesarias por las autoridades apropiadas del comando militar. Si usted es miembro

del servicio militar extranjero, los Planes Componentes pueden divulgar, en ciertas circunstancias, su información a la autoridad militar extranjera.

Seguridad nacional y servicios de protección. Los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para conducir actividades de seguridad nacional e inteligencia y para la protección del Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado.

Reclusos. Si usted es un recluso en una institución correccional o bajo la custodia de un agente del orden público, los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o a un agente del orden público para (1) que la institución le proporcione atención de la salud a usted; (2) para su salud y seguridad y para la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Compensación de Empleados por Accidentes en el Trabajo. Los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida para cumplir con las leyes de Compensación de Empleados por Accidentes en el Trabajo y otros programas similares que proporcionan beneficios por lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Divulgaciones al patrocinador del plan. Los Planes Componentes (o sus emisores de seguros de salud o HMOs respectivos) pueden divulgar su información de salud protegida a Citigroup y sus empleados y representantes en su calidad de patrocinador de los Planes Componentes.

Otros involucrados en su cuidado de la salud. Los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida a un amigo o miembro de la familia que esté involucrado en su cuidado de la salud, a menos que usted objete o solicite una restricción (de acuerdo con el proceso que se describe bajo “Derecho a solicitar una restricción” en la página 49). Los Planes Componentes también pueden divulgar su información a una entidad que asista en un esfuerzo de alivio en caso de desastre de manera que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, estado y ubicación. Si usted no está presente o no puede convenir en estas divulgaciones de su información de salud pro-

tegida, entonces, empleando juicio profesional, los Planes Componentes pueden determinar si la divulgación es para su beneficio.

Divulgación al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. A cada Plan Componente se le requiere que revele su información de salud protegida al Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos cuando el Secretario está investigando o determinando el cumplimiento de un Plan Componente con la Regla de Confidencialidad de la HIPAA.

Divulgación a usted. A cada Plan Componente se le requiere que le revele a usted o a su representante personal la mayoría de su información de salud protegida cuando usted solicita acceso a esta información. El Plan Componente divulgará su información de salud protegida a una persona que haya sido designada por usted como su representante personal y que esté cualificada para tal designación de acuerdo con las leyes pertinentes.

Antes de tal divulgación, no obstante, a cada Plan Componente se le debe dar documentación escrita que apoye y establezca las bases de la representación personal. Un Plan Componente puede elegir no tratar a la persona como su representante personal si tiene motivos razonables para creer que usted ha estado o pueda estar sujeto a violencia doméstica, abuso o descuido por tal persona; que tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro a usted; o que dicho Plan Componente determine, ejerciendo su juicio profesional, que no es para su beneficio tratar a esa persona como su representante personal.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida que no se describen anteriormente sólo se harán con su autorización por escrito, según se proporcione a cada Plan Componente. Si usted proporciona tal autorización a un Plan Componente, puede revocar la autorización por escrito y tal revocación estará en vigor para usos y divulgaciones futuras de la información de salud protegida cuando se reciba. No obstante, la revocación no será vigente para información que dicho Plan Componente ha utilizado o revelado dependiendo de tal autorización.

COMUNICACIÓN CON USTED

Cada Plan Componente (o sus emisores de seguros de salud, HMOs o administradores) pueden comunicarse con usted acerca de alternativas de tratamientos u otros beneficios o servicios de salud que puedan ser de interés para usted.

SUS DERECHOS

Lo siguiente es una descripción de sus derechos con respecto a su información de salud protegida. Si desea ejercer cualquiera de estos derechos, debe comunicarse con el administrador del Plan Componente que usted desea que cumpla con su solicitud utilizando la información de contacto en la página 62.

Derecho a solicitar una restricción. Usted tiene derecho a solicitar una restricción de la información de salud protegida que un Plan Componente utiliza o revela acerca de usted para las operaciones de pago o cuidado de la salud. También tiene el derecho de solicitar un límite en cuanto a las divulgaciones de su información de salud protegida a miembros de la familia o amigos involucrados con su cuidado o el pago de su cuidado.

Puede solicitar tal restricción usando la información de contacto en la página 62. A un Plan Componente no se le requiere que esté de acuerdo con cualquier restricción que usted solicite. Si un Plan Componente está de acuerdo con la restricción, puede dejar de cumplir con la restricción luego de enviarle un aviso a usted. Su solicitud debe incluir la información de salud protegida que usted desea limitar, si desea limitar el uso, la divulgación, o ambos de tal Plan Componente y (si corresponde) a quién usted desea que apliquen las limitaciones (por ejemplo, las divulgaciones a su cónyuge).

Derecho a solicitar comunicación confidencial. Si usted cree que una divulgación de toda o parte de su información de salud protegida puede ponerlo en peligro, puede solicitar que un Plan Componente se comunique con usted de una manera alternativa o en un lugar alternativo. Por ejemplo, puede pedir que toda comunicación se envíe a la dirección de su trabajo. Puede solicitar una comunicación confidencial usando la información de contacto en la página 62. Su solicitud debe especificar los medios o el lugar alternativo para la comunicación con usted. También debe indicar

INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

que la divulgación de toda o parte de la información de salud protegida de una manera inconsistente con sus instrucciones lo pondría en peligro. Un Plan Componente acomodará su solicitud de una comunicación informal que razonablemente indique que la divulgación de toda o parte de su información de salud protegida podría ponerlo en peligro.

Derecho a solicitar acceso. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información de salud protegida que puede utilizarse al tomarse decisiones acerca de sus beneficios. Usted debe presentar su solicitud por escrito. Si solicita copias, el Plan Componente pertinente puede cobrarle por fotocopiar su información de salud protegida, así como por franqueo postal, si solicita que las copias se le envíen por correo. Los administradores de los Planes Componentes han indicado que actualmente no tienen la intención de cobrar por este servicio, aunque se reservan el derecho de hacerlo.

Nota: Bajo las leyes federales, usted no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: apuntes de psicoterapia; información compilada en anticipación o uso razonable en una acción o proceso civil, criminal o administrativo; y la información de salud protegida sujeta a la ley que prohíbe el acceso a información de salud protegida. Dependiendo de las circunstancias, una decisión de negar acceso puede ser revisada. En algunas pero no todas las circunstancias, usted puede tener derecho a hacer que esta decisión se revise.

Derecho a solicitar una enmienda. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de su información de salud protegida mantenida por un Plan Componente si usted cree que esa información es incorrecta o incompleta. Si solicita una enmienda de su información de salud protegida, su solicitud deberá presentarse por escrito utilizando la información de contacto en la página 62 y debe indicar el motivo o los motivos en apoyo de la enmienda propuesta. En ciertos casos, un Plan Componente puede denegar su solicitud de una enmienda.

Por ejemplo, un Plan Componente puede denegar su solicitud si la información que usted desea enmendar es exacta y completa o no fue creada por ese Plan Componente. Si un Plan Componente deniega su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo. Su declaración de desacuerdo se vinculará con la información

disputada y todas las divulgaciones futuras de la información disputada hechas por dicho Plan Componente incluirán su declaración.

Derecho a solicitar un informe. Usted tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones que los Planes Componentes hayan hecho de su información de salud protegida. Puede solicitar un informe usando la información de contacto en la página 62. Puede solicitar un informe de las divulgaciones hechas hasta seis años anteriores a la fecha de su solicitud, excepto que a los Planes Componentes no se les requiere que den informes de divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

Usted tiene el derecho de un informe de cada Plan Componente sin cargo alguno durante un período de 12 meses. Es posible que se cobre un cargo para cubrir los costos del Plan Componente por cualesquiera solicitudes adicionales dentro de tal período de 12 meses. Los Planes Componentes le notificarán el costo involucrado y usted puede elegir retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en ningún costo.

Derecho a una copia en papel de este aviso. Usted tiene derecho a una copia en papel de este Aviso, aunque haya acordado aceptar este Aviso por medios electrónicos. Para obtener dicha copia, véase la información de contacto en la página 62.

QUEJAS

Si usted cree que un Plan Componente ha violado sus derechos de confidencialidad, puede quejarse a dicho Plan Componente o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Los Planes Componentes se reservan el derecho de cambiar las disposiciones de este Aviso y de hacer nuevas disposiciones efectivas para toda la información de salud protegida que mantienen. Si un Plan Componente hace un cambio esencial a este Aviso, le proporcionará un Aviso revisado a usted a la dirección que tiene en sus archivos para el participante inscrito en dicho Plan Componente (o, si usted acuerda recibir Avisos revisados por medios electrónicos, a la dirección de correo electrónico que usted suministró a dicho Plan Componente).

FECHA DE VIGENCIA

Esta notificación de Prácticas de Confidencialidad entró en vigor el 14 de abril de 2003.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Para más información sobre cualquiera de los derechos en esta notificación o para presentar una queja, escriba a:

Citigroup Privacy Officer
c/o Corporate Benefits Department
125 Broad St., 8th Floor
New York, NY 10004.

Para ejercer cualquiera de los derechos descritos en esta notificación, comuníquese con los administradores externos de los Planes Individuales de la siguiente forma:

| Si está inscrito en cualquiera de estos Planes: | Llame a: |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">Plan Médico de Citigroup <p>Nota: Si está inscrito en una "HMO", llame directamente a su "HMO".</p> | Bienestar" y siga las instrucciones para hablar con un representante. |
| <ul style="list-style-type: none">Plan Dental de CitigroupPlan de Cuidado de la Vista de Citigroup <p>ConnectOne al 1-800-881-3938. En el menú principal, seleccione la opción de "Beneficios de Salud y</p> | <p>Si llama desde fuera de los Estados Unidos: Llame al 972-652-4582.</p> <p>Para el servicio telefónico de texto:</p> <ul style="list-style-type: none">Llame al 1-800-845-8531 |

COBRA

La ley federal, la Ley Ómnibus de Conciliación del Presupuesto Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act o COBRA), requiere que la mayoría de los patronos que patrocinan planes médicos grupales ofrezcan a sus empleados y dependientes elegibles la oportunidad de extender temporalmente su cubierta médica (llamada "cubierta continuada") a un precio de grupo en aquellos casos en que la cubierta bajo el plan terminaría (casos designados como "eventos cualificativos").

El propósito de la siguiente información es informarle de sus derechos y obligaciones bajo las disposiciones de cubierta continuada de la ley.

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 terminar 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 de un 2% para su cubierta continuada. Habrá un período de gracia de por lo menos 30 días para el pago de la aportación regularmente programada y un período de gracia de 45 días aplica para su primer pago.

INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO?

Usted tendrá derecho a 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 reducción en sus horas laborables o a la pérdida de su empleo por otros motivos que no sean comportamiento indebido serio de su parte.

Si usted deja su empleo después de 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 bajo la FMLA.

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 usted 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;
- La terminación del empleo de su cónyuge (por razones que no sean comportamiento indebido serio de parte de su cónyuge) o una disminución en las horas laborables de su cónyuge;
- Divorcio o separación legal 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 del evento cualificativo, usted también es un beneficiario elegible y tiene derecho a la 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;
- La terminación del empleo del empleado (por razones que no sean comportamiento indebido serio de parte del empleado), disminución en las horas laborables del empleado;

- Divorcio o la separación legal del empleado;
- El derecho del empleado a recibir Medicare; o
- Usted deja de ser un “hijo dependiente” bajo el Plan médico, dental o de la vista patrocinado por Citigroup.

Si el empleado cubierto elige la cubierta continuada y después tiene 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 un beneficiario elegible.

De acuerdo con los términos del plan médico de grupo patrocinado por el patrono, y 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 la cubierta de COBRA para el menor. Un nuevo dependiente (excepto hijos nacidos, adoptados o 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 la cubierta COBRA. Por ejemplo, si es posible escoger entre diferentes tipos de cubierta, cada dependiente elegible que sea elegible para la cubierta continuada tiene el derecho a elegir por separado entre los tipos de cubiertas. Así, el cónyuge o hijo dependiente tiene derecho a elegir la cubierta continuada aunque el empleado cubierto no la seleccione. De igual manera, el cónyuge o hijo dependiente puede seleccionar una cubierta diferente a la que el empleado.

PARA ACOGERSE A COBRA

Para acogerse a COBRA o preguntar sobre la cubierta, llame a ConnectOne al 1-800-881-3938. En el menú principal, escoja la opción de “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 periodo de 60 días a partir de la fecha en que usted perdería la cubierta debido a uno de los eventos descritos anteriormente, o, si es posteriormente, 60 días después de que Citigroup le envíe el aviso de su derecho de elegir cubierta continuada. *Si un empleado o familiar no escoge la cubierta continuada dentro del período de tiempo indicado arriba perderá el derecho de escoger cubierta continuada.*

Si usted escoge la cubierta continuada, Citigroup esta 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 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 mantener la cubierta continuada por 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. Estos eventos pueden dar como resultado una extensión del período de continuación de 18 meses a 36 meses, pero la cubierta en ningún caso durará más allá 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 cubierta continuada.

Cuando la cubierta termina, generalmente usted *no puede* convertir su cubierta a una póliza médica individual. No obstante, algunas HMOs ofrecen la conversión a cubierta individual. Comuníquese con su HMO directamente.

REGLAS ESPECIALES EN CASOS DE INCAPACIDAD

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

Esta extensión de 11 meses está disponible para todos los familiares que son dependientes cualificados debido a despido laboral o disminución en las horas laborables, aun de aquellos que no estén incapacitados. Para beneficiarse de 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 del Seguro Social determina que el dependiente elegible ya no está incapacitado, la persona debe informar a Citigroup de esta nueva determinación dentro de un periodo de 30 días de la fecha en que se determine, en cuyo momento terminará la extensión de 11 meses.

Si usted o un familiar cubierto bajo el plan está incapacitado y ocurre otro evento cualificativo dentro del período de 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 cubierta de usted bajo Medicare.

TERMINACIÓN TEMPRANA DE COBRA

La ley dispone que su cubierta continuada puede terminar prematuramente antes del vencimiento del período de 18, 29 ó 36 meses por cualquiera de las cinco siguientes razones:

- Citigroup ya no proporciona cubierta médica de grupo a cualquiera de sus empleados;
- La contribución por la cubierta continuada no se pagó a tiempo (dentro del período de gracia aplicable);

INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

- 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 (ya sea o no como empleado) que no tenga ninguna exclusión o limitación alguna con relación a la condición preexistente de la persona;
- El dependiente elegible tiene derecho a recibir Medicare posterior a la fecha en que se eligió COBRA; o
- Se ha extendido la cubierta por un plazo de hasta 29 meses debido a incapacidad y la compañía de seguros de incapacidad toma una determinación definitiva de que la persona ya no se encuentra incapacitada.

La ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) restringe hasta que punto los planes de seguro médico de grupo pueden imponer limitaciones con respecto a una condición preexistente. Si usted está cubierto por otro plan de seguro médico de grupo y ese plan contiene una limitación por condición preexistente que lo afecta, su cubierta de COBRA no se puede dar por terminada.

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 FMLA no le hace a usted elegible para tener cubierta bajo la ley COBRA. No obstante, independientemente de que usted pierda la cubierta por no haber pagado las primas durante una licencia bajo FMLA, si usted decide no regresar al empleo activo, aún es elegible para COBRA el último día de su licencia FMLA. Su cubierta continuada comenzará cuando ocurra lo primero de lo siguiente:

- 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 describe anteriormente, sólo si:

- Usted o su dependiente están cubiertos por el Plan

el día antes de comenzar 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 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 (tal como fallecimiento, divorcio, separación legal o derecho a Medicare) durante la cubierta continuada inicial de 18 (o 29) meses del empleado o el familiar;
- La determinación de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), de que el empleado o 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 desde un divorcio, separación legal, la 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 de la SSA y antes de terminar la cubierta continuada inicial de 18 meses.

Si el empleado o familiar no suministra un aviso a Citigroup durante este período, *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 descripción del evento cualificativo o la determinación de incapacidad, la fecha en que ocurrió y cualquier información relacionada que el administrador de COBRA del Plan solicita general y normalmente.

Si usted es empleado de cualquier negocio de Citigroup en Puerto Rico, envíe el aviso por correo a:

Jacksonville Benefits Service Center
P.O. Box 56710
Jacksonville, FL 32241-6710

Cuando se notifica a Citigroup que ha ocurrido uno de estos eventos, Citigroup, a su vez, le notificará a usted de su derecho a elegir la cubierta continuada. Si usted o un familiar no notifica a Citigroup y se pagan erróneamente cualquier reclamación por gastos incurridos posterior a la fecha en que normalmente se perdería la cubierta debido a un 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 patrono por cualquier reclamación que se haya pagado erróneamente.

OBLIGACIONES DE CITIGROUP

Se les 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 la 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 Medicare.

COSTOS DE LA CUBIERTA

Por ley, usted quizás tenga que pagar hasta un 102% de la prima por 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 comenzando el 19° mes de la cubierta continuada.

El costo de la 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 vence 45 días luego de la fecha 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 acerca de la cubierta COBRA o sobre cómo se aplica la ley, comuníquese con el administrador de COBRA a la dirección que aparece abajo. Si ha cambiado su estado civil, o usted, su cónyuge o un dependiente ha cambiado de dirección o un dependiente deja de ser 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.

Todos las notificaciones y otras comunicaciones sobre COBRA y el plan de seguro médico de grupo patrocinado por Citigroup 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 DE RECUPERACIÓN

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

REINTEGRO POR SOBREPAGOS

Cuando el Plan haya hecho pagos por gastos cubiertos o no cubiertos -, que sea en exceso de la cantidad máxima pagadera bajo las disposiciones del Plan, la(s) persona(s) cubierta(s) tendrá(n) que reembolsar al Plan por 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(n) con prontitud 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 debió haber

INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

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 puede tener otros derechos además del derecho de reducir los beneficios futuros.

REEMBOLSO

Esta sección aplica cuando una persona cubierta recibe indemnización por daños y perjuicios, debido a un acuerdo, sentencia o de otro modo, por una lesión, enfermedad u otra condición. Si la persona cubierta recupera algún dinero, incluyendo una recuperación de fondos de parte de una compañía de seguros, el Plan no cubrirá ni el valor razonable de los servicios para tratar tal 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, el caudal hereditario o los herederos de la persona cubierta, reembolsará prontamente al Plan todos la cantidad completa de la totalidad de las sumas que se haya recuperado (ya sea o no que estén correlacionado gastos médicos) como resultado de cualquier acuerdo, sentencia o beneficio de seguro recibidos por la persona cubierta (o por los representantes legales, caudal hereditario 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 seguros 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 ser reembolsado 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 financieros incurridos 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 razonablemente necesaria para proteger el derecho de subrogación y reembolso del Plan. Esto significa que al aceptar los 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 colaborar con las peticiones razonables del Administrador del Plan con referencia a los derechos de subrogación y reembolso del Plan y debe mantener informado al Administrador del Plan de cualquier acontecimiento importantes con respecto a su acción. La persona cubierta también acuerda 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 o 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, sentencia u otros montos recibidos por 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 tal derecho prendario o para efectuar tal 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 razonablemente soliciten para proteger el derecho de reembolso del Plan;
 - Proveerá cualquier información relevante; y
 - Llevará a cabo las acciones que el Plan o sus agentes razonablemente soliciten para ayudar al Plan a recuperar completamente el valor de los beneficios provistos.

Si la persona cubierta no firma y entrega dichos documentos por cualquier razón (incluyendo, entre otros, el hecho de que a la persona cubierta no se le dio 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, ya sea que la persona cubierta haya 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 aplica cuando otra parte es, o pudiera considerarse, responsable de la lesión, enfermedad u otra condición (incluyendo compañías de seguros 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 que sea responsable de la lesión o enfermedad de la persona cubierta o por el pago del tratamiento médico de 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 este derecho independientemente de la persona cubierta.

La persona cubierta tiene la obligación de cooperar con el Plan y sus agentes para proteger los derechos de subrogación del Plan. Cooperar significa proveer al Plan o a sus agentes cualquier información relevante que los mismos soliciten; firmar y entregar los documentos que el Plan o sus agentes razonablemente soliciten para garantizar la reclamación de subrogación; y obtener el consentimiento del Plan y 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 modo alguno los derechos de subrogación del Plan bajo lo estipulado en esta sección.

Los honorarios de la representación legal contratada por el Plan en asuntos relacionados con la subrogación serán únicamente a expensas del Plan. Los costos de la representación legal contratada por la persona cubierta será únicamente a expensas 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 (lo cual excluye el Seguro de Vida Grupal Universal (GUL) Opcional/AD&D Suplementario), o si su solicitud de beneficios es denegada parcial o totalmente, usted puede presentar una reclamación al Administrador del Plan o al Administrador de Reclamaciones, según el caso. Para obtener más información sobre el Administrador del Plan y el Administrador de Reclamaciones, véase la página 61 y la 62 respectivamente.

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

- La razón específica de la denegación;
- Las referencias específicas en la documentación del Plan que sustentan dichas razones;
- La información adicional que usted tiene que 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 el Administrador 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 denegarse su reclamación escrita, usted tiene el derecho de apelar la reclamación denegada por el Administrador del Plan o el Administrador de Reclamaciones presentando una petición para que se revise la denegación de su reclamación. Si desea iniciar una acción legal contra la Compañía o el Plan, debe primero cumplir con los procedimientos de apelaciones 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, el cual está disponible en www.benefitsbookonline.com.

También puede llamar al Administrador del Plan para solicitar una copia del documento del Plan sin costo alguno.

INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

Para reclamaciones relacionadas con la inscripción solamente, usted podrá presentar una reclamación al Comité de Administración de Planes si su solicitud para inscribirse es denegada para los Planes Médicos, los Planes Dentales, el Plan de STD o el Plan de LTD. También podrá presentar una apelación si su reclamación es denegada por el Comité de Administración de Planes. Para presentar una reclamación relacionada con la inscripción y para obtener información acerca del proceso de revisión de reclamaciones, utilice 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 ERISA

Como participante en los Planes de Salud y Bienestar de Citigroup que están sujetos a la ley ERISA (lo cual excluye el Seguro de Vida Grupal Universal (GUL) Opcional/AD&D Suplementario), usted tiene derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos al Momento de Retiro de Empleados de 1974 (ERISA), según enmendada.

Usted podrá revisar todos los documentos del Plan (incluyendo las pólizas de seguro de grupo, según corresponda) y las copias de todos los documentos entregados al Departamento del Trabajo de Estados Unidos (y disponibles en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados), tales como reportes anuales (Formulario de la Serie 5500) y las 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 una copia de los informes financieros anuales del Plan, al presentar una solicitud por escrito al Comité de Administración de Planes.

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. Es posible que usted o sus dependientes tengan 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 un 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, 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.

Sin evidencia de cubierta válida, usted puede estar sujeto a exclusión por condiciones preexistentes durante 12 meses (18 meses para aquellos que se inscriban tarde) a partir de la fecha de 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 de la operación del plan de beneficios de empleados. Bajo la ley ERISA, los fiduciarios deben actuar de una manera prudente y únicamente para el beneficio exclusivo de los participantes y sus beneficiarios. Ninguna persona, incluyendo su patrono o cualquier otra persona, podrá despedirlo discriminar en contra de ninguna manera 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 obtener más información, ver la sección “Reclamaciones y apelaciones” en la página 57.

Bajo la ley ERISA, usted puede tomar medidas para hacer valer sus derechos descritos más arriba. Por ejemplo, si usted solicita el Plan le envíe algunos materiales y no recibe los mismos en un plazo de 30 días, usted puede presentar

una demanda en la corte federal. En este caso, la corte pudiera exigir que el Administrador del Plan que le proporcione los materiales y le pague a usted hasta \$100 por día hasta que usted los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones fuera del control del Administrador del Plan.

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

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

RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS

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

Si tiene preguntas acerca de este folleto o sobre sus derechos bajo la ley ERISA, o si necesita ayuda en obtener documentos del Administrador del Plan, comuníquese con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados del Departamento del Trabajo de Estados Unidos, que aparecen en su directorio telefónico o con la División de Ayuda Técnica e Investigación (Division of Technical Assistance and Inquiries) y la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados en esta dirección: Employee Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Ave. NW, Washington, DC 20210.

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

Usted también podrá obtener publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo la ley ERISA llamando a la línea directa de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados o visitando el sitio Web en www.dol.gov/ebsa/.

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Esta sección contiene información general acerca de la administración de los Planes de Citigroup, los documentos del Plan, los patrocinadores y los Administradores de Reclamaciones. Se provee, además, una declaración acerca del futuro de los Planes y del derecho de Citigroup de enmendar, modificar, suspender o terminar los Planes.

FUTURO DE LOS PLANES

Los Planes están sujetos a varios requisitos legales. Usted será notificado si se requiere hacer cambios para continuar cumpliendo con dichos requisitos.

Citigroup tiene el derecho de enmendar, modificar, suspender o terminar cualquier Plan completa o parcialmente, en cualquier momento, sin previo aviso. Citigroup puede hacer tal enmienda, modificación, suspensión o terminación de los Planes.

En caso de disolución, fusión, consolidación o reorganización de Citigroup, el Plan se dará por terminado, a no ser que el sucesor de Citigroup 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 lo permitan las leyes correspondientes, a menos que se indique lo contrario en el documento del Plan correspondiente.

ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

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

INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

De acuerdo con dicha delegación, el Administrador del Plan y el Administrador de Reclamaciones tienen plena autoridad discrecional para interpretar y explicar las disposiciones de los Planes y hacer determinaciones objetivas con respecto a todos los aspectos de los Planes y sus beneficios, incluyendo el poder y la discreción para decidir los derechos o elegibilidad de los empleados y cualquier otra persona y los montos de los beneficios bajo el Plan y para 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, entre otras, cualquiera de las siguientes responsabilidades:

- 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 contrato 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 es requerido por ley, o que deba prepararse y divulgarse a los empleados u otras personas con derecho a los beneficios bajo el Plan; y
- Actuar en calidad de Administrador de Reclamaciones y revisar las reclamaciones y las denegaciones de reclamaciones bajo el Plan en la medida en que una compañía de seguros o administrador no tenga dicha responsabilidad.

El Administrador del Plan administrará el Plan de forma razonable y no discriminatoria y aplicará reglas uniformes para todas las personas similarmente situadas. Excepto en la medida en que predominen las leyes de los Estados Unidos, las leyes de Nueva York controlarán todos los asuntos relacionados con el Plan.

INFORMACIÓN DEL PLAN

| | |
|--|---|
| PATROCINADOR DEL PLAN | Citigroup Inc. 75 Holly Hill Lane Greenwich, CT 06830 |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PATRONO | 52-1568099 |
| ADMINISTRADOR DEL PLAN | Plans Administration Committee of Citigroup Inc. c/o Corporate Compensation and Benefits 125 Broad Street 8 th floor New York, NY 10004 |
| NOMBRES Y NÚMEROS DEL PLAN | |
| Plan Médico Triple-S | Plan de Beneficios Médicos de Citigroup, No. de Grupo 1-03450 |
| Plan Dental Triple-S | Plan de Beneficios Dentales de Citigroup, No. de Grupo 1-03450 |
| Plan de Cuidado de la Vista | Plan de Beneficios de Cuidado de la Vista de Citigroup |
| Plan de Medicinas con Receta Caremark | No. de Grupo 6569 |
| Seguro de Vida Básico/AD&D Seguro de Vida Grupal Universal (GUL) Opcional/AD&D Suplementario | Beneficios de Seguro de Vida de Citigroup, Plan #506 Beneficios de Seguro de Vida de Citigroup |
| Seguro de Cuidado a Largo Plazo de Citigroup | Seguro de Cuidado a Largo Plazo de Citigroup # 535 |
| Incapacidad a Corto Plazo | Plan de Continuación del Salario de Citigroup (Incapacidad a Corto Plazo), Plan #529 |
| Incapacidad a Largo Plazo | Plan de Incapacidad a Largo Plazo de Citigroup (LTD) Plan #530 |

INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

| | |
|---|--|
| ADMINISTRADORES DE RECLAMACIONES | |
| <p>Cada uno de los Administradores de Reclamaciones a continuación tiene la discreción y la autoridad para hacer determinaciones sobre beneficios de una manera conscientes con los términos y condiciones de su respectivo Plan de beneficios, a saber, las disposiciones del documento del Plan que corresponden al participante y que administra dicho Administrador de Reclamaciones en particular. Debido a que el Seguro de Vida Grupal Universal (GUL) Opcional/AD&D Suplementario no son planes de beneficios sujetos a ERISA, ni el Administrador de Reclamaciones indicado a continuación ni el Comité de Administración de Planes es un fiduciario bajo la ley ERISA para dichos trámites.</p> | |
| NOMBRES Y NÚMEROS DEL PLAN | |
| Organización de Proveedores Preferidos (PPO) | <p>Triple-S PO BOX 363628 San Juan, PR 00936-3628 (dirección postal) 787-749-4777</p> |
| Programa de Medicinas con Receta (farmacia en la red) | <p>Caremark 9501 E Shea Blvd, MC018 Scottsdale, AZ 85260 654</p> <p>Muñoz Rivera Ave. Ste. 1801 Hato Rey, PR 00918-4133 1-800-390-6441</p> |
| PLAN DENTAL Triple-S | <p>Triple-S P.O. Box 363628 San Juan, PR 00936-3628 787-749-4777</p> |
| SEGUROS DE VIDA | |
| Seguro de Vida Básico | <p>Metropolitan Life Insurance Co. One Madison Ave. New York, NY 10010 1-800-638-6420</p> |
| Seguro de Vida Opcional | <p>Metropolitan Life Insurance Co. One Madison Ave. New York, NY 10010 1-800-638-6420</p> |
| AD&D y AD&D Suplementario | <p>Life Insurance Company of North America 1601 Chestnut St. Philadelphia, PA 19192 215-761-1000</p> |
| SEGURO DE CUIDADO A LARGO PLAZO | <p>John Hancock Life Insurance Company Group Long-Term Care, Floor B-6 200 Berkeley St. Boston, MA 02116-5022</p> |
| PLAN DE LA VISTA Davis Vision | <p>159 Express St. Plainview, NY 11803 516-932-9500 1-800-DAVIS-2-U</p> |
| AGENTE PARA ENTREGA DE CITACIONES Y EMPLAZAMIENTOS | <p>Citigroup Inc. General Counsel 399 Park Ave., 3rd Floor New York, NY 10043</p> |

INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

| | |
|---|--|
| AÑO DEL PLAN | Del 1ro de enero al 31 de diciembre |
| FINANCIAMIENTO | |
| Plan Médico Plan Dental Plan de Cuidado de la Vista | Los Planes Médicos y los Planes Dentales (con la excepción del Plan de Cuidado de la Vista) se pagan con activos generales de Citigroup y pueden pagarse de un fideicomiso cualificado bajo la sección 501(c)(9) del IRC en nombre de los Planes de acuerdo con los términos de los documentos del Plan. El plan de Cuidado de la Vista es financiado a través de un contrato de seguro. El costo de la cubierta Médica y Dental es compartido por Citigroup y el participante. El costo del Plan de Cuidado de la Vista es provisto mediante contribuciones de los empleados. Los Administradores de Reclamaciones no garantizan los beneficios bajo el Plan. |
| Seguro de Vida Básico/AD&D Seguro de Vida Grupal Universal (GUL) Opcional/AD&D Suplementario | El Seguro de Vida Básico/AD&D y el Seguro de Vida Grupal Universal (GUL) Opcional/AD&D Suplementario están completamente asegurados. Los beneficios se proveen bajo contratos de seguros entre Citigroup y el Administrador de Reclamaciones. El Administrador de Reclamaciones, y no Citigroup, es responsable de pagar las reclamaciones. La cubierta de Seguro de Vida Básico/AD&D se provee mediante contribuciones del patrono; el Seguro de Vida Grupal Universal (GUL) Opcional/AD&D Suplementario se provee mediante contribuciones de los empleados. |
| Incapacidad a Corto Plazo (STD) | Los beneficios de STD se pagan de los activos generales de la Compañía y un fideicomiso cualificado bajo la sección 501(c)(9) del IRC de acuerdo con los términos del documento del Plan. La cubierta de STD la provee Citigroup y no se requieren contribuciones de los empleados. |
| 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 mediante contribuciones tanto del patrono como de los empleados. |
| Cuidado a Largo Plazo (LTC) | Los beneficios de LTC están completamente asegurados. |
| TIPO DE ADMINISTRACIÓN Los Planes son administrados por el Comité de Administración de Planes. No obstante, la decisión final con respecto al pago de reclamaciones bajo ciertos Planes recae sobre los Administradores de Reclamaciones. | |

DIRECTORIO TELEFÓNICO Y DE SITIOS WEB

Puede comunicarse con muchos de los distribuidores a través de la opción de “Beneficios de Salud y Bienestar” de ConnectOne.

| | |
|---|--|
| <p>Centro de Servicio de Beneficios Disponible eligiendo la opción de Beneficios de Salud de ConnectOne.</p> <p>Para obtener información sobre el plan y para inscribirse, visite la Internet</p> | <p>1-800-881-3938 1-972-652-4582 (desde fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico) 1-800-845-8531 (TDD) https://my.benefits.csplans.com</p> |
| <p>Ley Ómnibus de Conciliación del Presupuesto Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) (COBRA)</p> | <p>1-800-422-7608</p> |
| <p>Cubierta Dental Triple-S</p> | <p>1-787-749-4777 www.ssspr.com</p> |
| <p>Seguro de Vida/Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) Centro de Servicio de Beneficios; disponible eligiendo la opción de beneficios de salud de ConnectOne</p> | <p>1-800-881-3938</p> |
| <p>Seguro de Cuidado a Largo Plazo John Hancock Life Insurance Co.</p> | <p>1-800-222-6814 http://groupplc.jhancock.com Nombre de usuario: groupplc Contraseña: my benefit</p> |
| <p>Seguro de Incapacidad a Largo Plazo (LTD) y de Incapacidad a Corto Plazo (STD) Centro de Servicio de Beneficios; disponible eligiendo la opción de “Beneficios de Salud y Bienestar” de ConnectOne</p> | <p>1-800-881-3938</p> |
| <p>Cubierta Médica Triple-S</p> | <p>1-787-749-4777 www.ssspr.com</p> |
| <p>Programa de Medicamentos con Receta Caremark</p> | <p>1-800-345-5413 www.caremark.com</p> |
| <p>Sitio Web de Compensación Total</p> | <p>www.totalcomponline.com</p> |
| <p>Plan de Cuidado de la Vista Davis Vision</p> | <p>1-800-999-5431 www.davisvision.com</p> |

El propósito de este manual es proporcionar una breve descripción de sus beneficios. Citigroup se reserva el derecho de cambiar o discontinuar cualquiera o toda la cubierta o programas de beneficios que se describen en el presente en cualquier momento con o sin aviso. Ninguna declaración en este o cualquier otro documento y ninguna declaración verbal se interpretará como una renuncia a este derecho. El administrador del plan tiene la sola discreción de interpretar todas las disposiciones contenidas en el presente, incluyendo la discreción de interpretar los términos de elegibilidad para cualquiera de los beneficios provistos. Sólo se puede depender de cualquier interpretación si está por escrito y proviene del administrador del plan. Nada en este o cualquier otro documento de beneficios o cualquier declaración oral se deberá interpretar como una garantía de empleo por ningún período de tiempo. alguna, deberá considerarse como garantía de empleo durante ningún período de tiempo.