



# BENEFICIOS 2008: CÓMO ELEGIR SUS BENEFICIOS DE CITIGROUP

Edición para Puerto Rico



---

Citigroup ofrece una amplia variedad de beneficios médicos y de seguros para que pueda personalizar un programa abarcador que cumpla con sus necesidades. Los materiales adjuntos describen los beneficios de salud y de cobertura disponibles para 2008.

Consulte su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal para Beneficios 2008 para ver las instrucciones en cuanto a cómo y cuándo inscribirse por teléfono o mediante la intranet de Citigroup o Internet.

Si necesita información acerca de coberturas de beneficios que no estén incluidos en este libro, contacte a los planes médicos directamente como se explica en el "Directorio Telefónico y de sitios Web" en la página **64** o llame a ConnectOne al 1-800-881-3938. Podrá elegir entre escuchar el menú de inscripción en español o en inglés. Desde el menú principal de ConnectOne, seleccione la opción "beneficios médicos y de bienestar" (*health and welfare benefits*) y siga las instrucciones en el Centro de Servicios de Beneficios. Los representantes están disponibles desde las 8 a.m. hasta las 8 p.m. hora del Este (EE.UU.) en días en semana, excluyendo los días feriados.

# Contenido

## Sección 1 - Información General

Información importante acerca del contenido de este document .....	5
Instrucciones.....	7
Qué sucede si no se inscribe.....	7
Cómo inscribirse .....	7
Resumen de los beneficios .....	7
Confirmación de la inscripción .....	8
Confirmación de la inscripción automática.....	8
Formularios para beneficiarios.....	8
Elegibilidad .....	8
Definición de dependientes elegibles .....	9
Cómo se pagan sus beneficios .....	10
Compensación Total.....	10
Definición de compensación total .....	10
Coordinación de beneficios .....	11
Cómo funciona la coordinación de beneficios.....	11
En caso de divorcio o separación .....	11
Categorías de cobertura .....	12
Cambios de estado de la calificación .....	12
Cómo reportar un cambio de estado de la calificación .....	12
Cómo cambiar su categoría de cobertura .....	13
Hoja de Trabajo de Cambio de Estado .....	13
Fecha límite para reportar cambios de estado de la calificación .....	13
Cambios en el plan que usted puede hacer en cualquier momento.....	13
Beneficios para parejas .....	14
Cuándo puede inscribir a su pareja en la cobertura de Citigroup .....	14
Elegibilidad .....	14
Beneficios de maternidad .....	15
Orden de Sustento de Menores para Gastos Médicos por Calificación ( <i>Qualified Medical Child Support Orders, QMCSO</i> ) .....	16

## Sección 2 - Provisiones del Plan

Cobertura Médica .....	17
Plan PPO de Triple-S .....	17
Características de la Red de PPO .....	17
Cuidado Preventivo .....	17
Infertilidad .....	18
Características fuera de la Red de PPO .....	18
Información adicional sobre el plan médico.....	21
Fármacos recetados.....	21
Farmacias minoristas de la red .....	21
Programa de Servicio por Correo de Caremark .....	22
Limitaciones de fármacos manejadas .....	22
Beneficios de Salud Mental y Abuso de Sustancias .....	20
Certificación Previa .....	20
Servicios ambulatorios y pruebas de diagnóstico.....	21
Cobertura Dental .....	23
Plan Dental Básico.....	24
Plan Dental Integral.....	24
Plan de la Visión.....	24
Características del Plan de la Visión .....	24
Beneficios de la red.....	24
Beneficios fuera de la red.....	25
Definición de necesidad médica.....	25
Mala Visión.....	25
LASIK.....	25
Credenciales de salud.....	25
Discapacidad .....	26
Plan de Discapacidad a Corto Plazo (STD) .....	26
Discapacidad a Largo Plazo (LTD) .....	27
Cuando son pagables los beneficios de LTD .....	29
Beneficios del Seguro de Vida .....	29
Seguro de Vida Básico /AD&D .....	29
Opción de adelanto del Seguro de Vida Básico.....	29
Opción de adelanto de los beneficios del Seguro de Vida Grupal Universal Opcional.....	30
Cobertura para empleados .....	30
Opción de adelanto de los beneficios del Seguro de Vida Grupal Universal Opcional .....	30
Cash Accumulation Fund (CAF).....	40

Cobertura para su cónyuge o pareja.....	40
Cobertura para sus hijos.....	31
Seguro contra Accidentes por Viajes de Negocios (BTA) .....	31
Seguro de Cuidado a Largo Plazo (LTC).....	32
Cómo inscribirse en la cobertura LTC.....	32
Cuándo son pagables los beneficios de LTC .....	32
Beneficios y servicios cubiertos.....	33
Cómo elegir el nivel de cobertura .....	33
Características adicionales .....	35
Coordinación de beneficios y exclusiones.....	36
Para obtener más información.....	36
Glosario .....	37

### Sección 3 - Información legal y administrativa

Cuando la cobertura termina.....	39
Cobertura cuando se retire .....	39
Cobertura para dependientes sobrevivientes.....	39
Cobertura en caso de discapacidad .....	40
Cobertura si toma una licencia.....	40
Cobertura continua durante una licencia bajo la FMLA.....	40
Cobertura continua durante una licencia militar .....	41
Aviso Importante de Citigroup Acerca de su Cobertura de Fármacos Recetados y Medicare.....	41
Aviso de Divulgación de Cobertura Acreditada.....	41
Aviso de las prácticas de confidencialidad según la HIPAA .....	43
Responsabilidades de los Planes Componentes.....	43
Usos y divulgación de Información de Salud Protegida....	44
Otros usos y divulgaciones de su Información de Salud Protegida.....	46
Comunicación con usted.....	46
Sus derechos .....	46
Quejas.....	47
Cambios a este aviso .....	47
Fecha de vigencia .....	48
Información de contacto.....	48

COBRA .....	48
Quién está cubierto.....	48
Selección individual.....	49
Para acogerse a COBRA.....	49
Duración de COBRA .....	50
Reglas especiales para discapacidad.....	50
Medicare .....	50
Terminación temprana de COBRA.....	50
COBRA y FMLA.....	51
Sus obligaciones .....	51
Obligaciones de Citigroup .....	51
Costos de la cobertura .....	52
Disposiciones de recuperación.....	52
Reintegro por sobrepagos .....	52
Reembolso .....	52
Subrogación.....	53
Reclamos y apelaciones .....	54
Información sobre ERISA .....	58
Respuestas a sus preguntas .....	59
Información Administrativa.....	61
Administración del plan .....	60
Información del Plan.....	61
Directorio telefónico y de sitios Web .....	64

# Información importante acerca del contenido de este documento

En este documento se describen los beneficios médicos y de bienestar para ciertos empleados de Citigroup Inc. (Citigroup) de Puerto Rico y sus compañías participantes (juntas la "Compañía"), los cuales entrarán en vigencia a partir del 1º de enero de 2008. Los beneficios que se describen en este documento incluyen:

- **Planes Médicos de Citigroup**
  - Plan Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Triple-S y
  - Programa de Fármacos Recetados de Citigroup.
- **Planes Dentales de Citigroup**
  - Plan Dental de Triple-S
- **Plan de Beneficios de la Visión de Citigroup;**
- **Programa de Asistencia al Empleado;**
- **Plan de Discapacidad de Citigroup;**
- **Beneficios de Seguros de Vida de Citigroup**
  - Seguro de Vida Básico y Muerte Accidental y Desmembramiento (*Basic Life Insurance and Accidental Death and Dismemberment, AD&D*)
  - Seguro de Vida Grupal Universal Opcional y AD&D Suplementario y
  - Seguro contra Accidentes en Viaje de Negocios (*Business Travel Accident Insurance, BTA*)
- **Seguro para Cuidado a Largo Plazo**
  - Optional Group Universal Life (GUL) and Supplemental AD&D Insurance; and
  - Citigroup Business Travel Accident Insurance.

Este documento es una Descripción Resumida de Planes (Summary Plan Description, SPD) de los beneficios médicos y de bienestar que se describen arriba (los "Planes de Salud y Bienestar de Citigroup", o juntos los "Planes", e individualmente el "Plan").

Si usted o sus dependientes están inscritos en Medicare o serán elegibles para inscribirse en Medicare en los próximos 12 meses, la ley Federal le provee de opciones adicionales en cuanto a su cobertura de fármacos recetados. Por favor consulte la página 94 para más detalles.

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

Los Planes están sujetos a las disposiciones de la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro de Empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act, "ERISA"), según enmendada. En la medida aplicable, los Planes se interpretarán y administrarán de acuerdo con ERISA y las leyes vigentes.

Ninguna explicación general puede proveerle 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 esta SPD o cualquier comunicación oral o escrita de una persona representando el plan, y los Documentos del Plan - incluyendo cualquier póliza de seguros relacionada -, los términos de los Documentos del Plan - incluyendo cualquier contrato de seguros relacionado, interpretado a la exclusiva discreción del Administrador del Plan - se seguirán para determinar sus derechos y beneficios bajo los Planes.

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

**Este documento contiene información de naturaleza general y no debe considerarse como consultoría de impuestos. Citigroup Inc. y sus afiliadas no proveen consultoría de impuestos personal o legal a sus empleados. Cualquier contribuyente que desee tales servicios debe buscar asesoramiento de un consejero de impuestos independiente de acuerdo con sus circunstancias personales.**





# 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 cobertura, sus instrucciones de inscripción, y la fecha límite de inscripción.

- Si desea inscribirse para la cobertura de Citi, 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 de manera activa dentro de 31 días de su fecha de contratación o de su fecha de elegibilidad. Su fecha límite para inscripción será impresa en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal.

### Qué sucede si no se inscribe

Si no se inscribe para el 2008, tendrá que esperar hasta el próximo año de inscripción o hasta que el estado de su calificación cambie para inscribirse en la cobertura médica, dental, de la visión o de Discapacidad a Largo Plazo.

Véase la página 12 para obtener información acerca de los cambios de estado en su calificación.

### Cómo inscribirse

Puede acceder al sitio Web de Beneficios Citi visitando Total Comp en @ Citi en [www.totalcomponline.com](http://www.totalcomponline.com). Sin embargo, si es un empleado nuevo, su información no estará disponible en Total Comp @ Citi hasta aproximadamente dos meses después de su fecha de contratación. En lugar de esto, vaya directamente a <https://mybenefits.csplans.com>

También puede inscribirse por teléfono. Llame a al 1-800-881-3938. En el menú principal de ConnectOne, elija la opción de "beneficios médicos y de bienestar" y luego siga las instrucciones del Centro de Servicios de Beneficios. Su fecha límite de inscripción está disponible en línea y en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal.

### Inscripción en el Plan Médico y Dental de Triple S

Si elige cobertura tanto médica como dental, deberá inscribirse en el mismo renglón de cobertura para ambos beneficios. Si cubre a dependientes tanto en planes médicos como dentales, deberá cubrir a los mismos dependientes.

# Resumen de los beneficios

Citi provee una cobertura de beneficios de nivel básico (beneficios básicos), así como también la oportunidad de inscribirse en una cobertura adicional. La cobertura es efectiva en su fecha de reclutamiento o en la fecha en que es elegible para beneficios. Además de los beneficios básicos descritos abajo, usted debe inscribirse en los demás beneficios para tener cobertura.

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. El Seguro de Vida Básico es administrado por MetLife, mientras que el AD&D es administrado por CIGNA;
- Seguro por Accidentes en Viaje de Negocios, administrado por AIG, hasta cinco veces su compensación total con un beneficio máximo de \$2 millones.
- Cobertura de Discapacidad a Corto Plazo (*Short-Term Disability, STD*), administrado por MetLife, para reemplazar hasta el 100% de su salario básico anual durante una licencia por discapacidad aprobada de hasta 13 semanas. El número de semanas al 100% del salario dependerá de sus años de servicio en Citi. Véase la página 26 para el programa de beneficios del seguro de STD.
- Cobertura de Discapacidad a Largo Plazo (*Long-Term Disability, LTD*) equivalente al 60% de su compensación total. Este beneficio constituirá un beneficio básico si su compensación total es menor o igual a \$50,000.99. Si su compensación total es de \$50,001 ó más y desea inscribirse en la cobertura de LTD, tendrá que pagarlo usted mismo.
- El Programa de Asistencia al Empleado, administrado por Harris Rothenberg International, LLC, provee servicios confidenciales de asesoría y derivación para asistir a los empleados en diversos asuntos de su vida personal.

Los **beneficios adicionales**, que usted deberá considerar basándose en sus circunstancias individuales y familiares, incluyen:

- Médicos;
- Dentales;
- de la visión;

## Sección 1- Información General

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

### Confirmación de la inscripción

Si se inscribe por teléfono, se le enviará por correo a su casa una confirmación de inscripción, que recibirá entre una y tres semanas después de que se inscriba. Su confirmación de inscripción indicará su selección de beneficios para el 2008 y sus costos. Revise su confirmación de inscripción detenidamente para verificar si es correcta, y guárdela como evidencia de su inscripción. Si encuentra algún error, debe comunicarse con el Centro de Servicios de Beneficios inmediatamente.

Si necesita los servicios de un proveedor de servicios médicos (ya sea un médico o un hospital) antes de recibir su credencial del plan de salud, use su confirmación de inscripción como prueba de cobertura para el 2008 junto con el número de grupo de Triple-S (1-03450).

Si se inscribe por Internet, debe imprimir la confirmación que aparece en pantalla luego de la inscripción. Esta le servirá como prueba de inscripción. También recibirá una confirmación de inscripción por correo.

### 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 Citi para el 2007 (de haberlos) que continuarán en el 2008 y sus costos. Guarde esta declaración como evidencia de cualquier cobertura que pueda tener en 2008.

## Formularios para beneficiarios

La información de beneficiario debe estar en los archivos de Citi. Si nunca ha designado a un beneficiario (ya sea llenando un formulario o visitando el sitio Web de Recursos sobre Sus Beneficios (Your Benefits Resources™), debe visitar. La mayoría

de los empleados también pueden acceder al sitio de Recursos de Sus Beneficios a través del portal de Total Comp @ Citi en [www.totalcomponline.com](http://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 Personas Retiradas" (pension and retiree health and welfare). Luego siga los avisos de "información del beneficiario de pensiones" para asignar un beneficiario para el Seguro de Vida Básico (incluyendo el seguro AD&D), el Plan Citibuilder 401(k) para Puerto Rico, el Plan de Pensiones de Citigroup y, si corresponde, el Plan 401(k) de Citigroup.

Si se inscribe en el Seguro de Vida Grupal Universal Opcional por primera vez, debe llenar un Formulario 201- Designación de Beneficiario de MetLife, la cual está disponible en: [www.citigroup.net/human\\_resources/form.htm](http://www.citigroup.net/human_resources/form.htm), y devolverla a MetLife a la dirección que se indica en el formulario. La designación de beneficiario para el Seguro de GUL Opcional se aplicará también al AD&D Suplementario.

Si cambia su designación de beneficiario para el Seguro de Vida Básico o el Seguro de Vida Grupal Universal Opcional, el cambio no se aplicará automáticamente a otros Planes. Usted tiene que cambiar el beneficiario para cada Plan por separado.

## Elegibilidad

Usted será considerado un empleado de Puerto Rico elegible para los beneficios médicos y de bienestar si cumple los siguientes criterios.

- Usted trabaja en la división de Puerto Rico de Global Consumer Group, Global Wealth Management, Citi Markets & Banking, o Citigroup Corporate Center; y sus empresas participantes.
- Usted es uno de los siguientes<sup>1</sup>:
  - Empleado a tiempo completo (con un horario regular de trabajo de 40 horas o más por semana), o
  - Empleado a tiempo parcial (con un horario regular de trabajo de al menos 20 horas por semana);
- Recibe su salario en periodos regulares quincenales o mensuales;

<sup>1</sup> Si se encuentra en una licencia aprobada, también es elegible para inscribirse en los beneficios de Citigroup, excepto para el Seguro de GUL Opcional y el Seguro de Cuidado a Largo Plazo. Se podrán aplicar también otras restricciones de inscripción.

Si tanto usted como su cónyuge/pareja están empleados en Citi y son elegibles para beneficios, cada uno de ustedes puede inscribirse individualmente o uno de ustedes puede inscribirse y hacer figurar al otro como dependiente. Sin embargo, no puede inscribirse como individuo y a la vez figurar como dependiente de su cónyuge al mismo tiempo.

### Cuándo no es elegible para inscribirse

Usted no será elegible para inscribirse en los Planes en cualquiera de estos casos:

- Su compensación no es reportada en un Formulario 499R-2/W-2 PR (conocido normalmente como el Formulario W-2 ) emitido por una empresa participante;
- Usted es empleado de una subsidiaria o afiliada de Citigroup que no es una empresa participante;
- Usted participa de un contrato o acuerdo que indica que no es elegible para participar en el plan o programa aplicable; o
- Usted está clasificado por Citigroup como un contratista o asesor independiente.

### Sin limitaciones para condiciones preexistentes

Ninguna de las opciones médicas de Citigroup tiene una limitación o exclusión por condición preexistente que le impida inscribirse en los Planes o recibir beneficios por una condición o enfermedad específica.

### Definición de dependientes elegibles

- Su cónyuge, con quien está casado legalmente. Si está separado o divorciado legalmente, su cónyuge no es un dependiente elegible;
- Su pareja; ver "Beneficios para parejas" (*Domestic partner benefits*) comenzando en la página 14, para más detalles;
- Los dependientes elegibles de su pareja; ver "Beneficios para parejas" comenzando en la página 15 para más detalles;
- Sus hijos solteros que dependen de usted para su sustento financiero, y sean:
  - Sus hijos biológicos;
  - Sus hijos legalmente adoptados;
  - Sus hijastros; o

- Otros niños que residen permanentemente con usted en una relación regular de padres 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 custodia legal bajo las leyes de Puerto Rico.

Usted puede incluir en la cobertura a sus hijos si:

- Son menores de 19 años de edad a partir del 31 de diciembre del año del Plan que precede al año de inscripción; o
- Son menores de 25\* años de edad a partir del 31 de diciembre del año del Plan que precede al año de inscripción, y asisten a una escuela o universidad acreditada a tiempo completo (de acuerdo con la definición de tiempo completo de la escuela o universidad); pero en tal caso usted tiene que proveer prueba de condición de estudiante por escrito cuando se le solicite;
- Tienen una discapacidad, en cuyo caso pueden ser elegibles para la cobertura después de los 25 años de edad; los hijos discapacitados son elegibles para la cobertura después de los 25 años de edad sólo si tenían cobertura de Citigroup antes de los 25 años de edad; o
- Era un adulto con discapacidad cuando usted comenzó a trabajar, e inscribió a su hijo en la primera oportunidad elegible que tuvo de hacerlo.

Durante su inscripción, debe certificar que su hijo elegible es un estudiante, de acuerdo con la definición indicada más arriba. Además, al comienzo de cada semestre (el 1o de agosto y el 1o de enero), se le requerirá que provea documentación que certifique la situación de estudiante a Triple-S antes del 1o de septiembre y el 1o de febrero, respectivamente. Si no se recibe la documentación apropiada, la cobertura del estudiante terminará el 1o de septiembre o el 1o 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. Si su hijo(a) dependiente acepta un trabajo en Citigroup y es elegible para beneficios, debe dar de baja a su hijo(a) de su cobertura, y su hijo(a) deberá inscribirse entonces en su propia cobertura de beneficios para empleados.

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

# Cómo se pagan sus beneficios

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

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

## Compensación total y sus beneficios

La compensación total se utiliza para determinar:

- Las contribuciones al seguro médico;
- Los beneficios de LTD y, cuando corresponda, las contribuciones al LTD;
- Los beneficios del Seguro de Vida Básico/AD&D;
- El monto del Seguro de Vida Grupal Universal Opcional/AD&D Suplementario y los costos;
- El Plan de Discapacidad a Corto Plazo para Asesores Financieros, Asociados de Asesoría Financiera y Asociados de Inversiones en Global Wealth Management, y Administradores de Cuentas en Citi Markets and Banking; y
- El Seguro por Accidentes en Viaje de Negocios (BTA).

### *Definición de compensación total*

**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. Si solo se le pagan comisiones, su compensación total se calcula de forma diferente; ya sea en base a una cantidad fija o una cantidad determinada como apropiada para su puesto. Hable con su representante de Recursos Humanos para más información.

Durante años futuros, su compensación total se calculará en base a una fórmula que incluye su nómina básica actual más las comisiones, bonos por buen rendimiento y bonos de incentivo anuales. **Nota:** Su compensación total no equivale

necesariamente al monto ingresado como salarios y sueldos en el Formulario W-2.

**Si se está inscribiendo durante el período de inscripción anual para una cobertura vigente a partir del 1o de enero de 2008:** Su Compensación Total para fines de inscripción en los beneficios se calcula de la siguiente forma:

1. Salario básico anual al 1o de julio de 2007;
2. Comisiones pagadas desde el 1o de enero hasta el 31 de diciembre en el año previo a la inscripción, para registrar un año entero de comisiones pagadas. Las comisiones pagadas desde el 1o de enero hasta el 31 de diciembre de 2006 se utilizarán para los cálculos de inscripción anual en 2008.
3. Bonos en efectivo (que no sean parte de la porción en efectivo de algún paquete de incentivos discrecional anual) pagados entre el período del 1ro de enero al 31 de diciembre del año previo a la inscripción. Por ejemplo, los bonos en efectivo pagados entre el período del 1o de enero al 31 de diciembre de 2006, excluyendo la parte en efectivo del paquete discrecional anual de incentivos con fecha de enero de 2006, se utilizarán para los cálculos de la inscripción anual de 2008.
4. Paquete discrecional anual de incentivos con fecha del año de inscripción (incluye lo siguiente, si corresponde: bonos en efectivo; Incentivo Básico del Programa de Acumulación de Capital (Capital Accumulation Program, CAP); y, sólo para empleados con paquetes discretionales de incentivos valorados en \$500,000 o más, el Incentivo Suplementario del CAP. Los paquetes discretionales anuales de incentivos con fecha de enero de 2006 se utilizarán para los cálculos de inscripción anual de 2007.
5. Beneficios de Discapacidad a Corto Plazo pagados del 1o de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2005, solamente en concepto de comisiones pagadas a empleados.

Para empleados nuevos: Cualquier bono garantizado será considerado en los cálculos de su compensación total de beneficios.

### *Para Asesores Financieros de Global Wealth Management*

Durante su primer año de empleo, se considera que su compensación total es de \$60,000. Si usted ganó más de \$60,000 con un empleador anterior durante el año previo y desea que su cobertura de seguros sea determinada en función de sus ingresos previos, usted deberá proveer una copia de su Formulario W- 2 anterior a su representante de

Recursos Humanos dentro de un plazo de 30 días desde su fecha de contratación. *Proveer una copia de su Formulario W-2 del año anterior es opcional.*

Si provee una copia del formulario, el monto de su Seguro de Vida Básico se establecerá al monto más alto (hasta un máximo de \$200,000) según indicado en el formulario. Sus contribuciones a la cobertura médica, el monto de su Seguro de GUL Opcional y los beneficios de LTD también serán basadas en el monto más alto.

Una vez tomada la decisión de establecer o no su compensación total en \$60,000 o en su monto real, ésta es irrevocable, y sólo se aplicará a su primer año de empleo.

## Coordinación de beneficios

La coordinación de beneficios evita la duplicación de pagos cuando un empleado o un dependiente cubierto posee una cobertura de salud bajo un Plan de Citigroup y uno o más planes distintos, tales como el plan del cónyuge o un plan de otro empleador.

El Plan Médico de Citigroup, el Plan Dental de Citigroup y el Plan de la Visión de Citigroup contienen una disposición de coordinación de beneficios que puede reducir o eliminar los beneficios que de otro modo serían pagados bajo el Plan correspondiente cuando los beneficios son pagados bajo otro Plan. A continuación se resumen ciertas disposiciones. Otros términos y condiciones adicionales pueden aplicarse bajo los términos de los documentos del Plan.

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

### *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 los beneficios primero.
- **Cuando el Plan de Citigroup es secundario:** El Plan de Citigroup pagará la diferencia, si la hubiera, entre lo que usted hubiera recibido de Citigroup si ésta fuera su única cobertura y lo que a usted le corresponde recibir del otro plan. El total de los beneficios nunca será superior a lo que

el Plan de Citigroup hubiera pagado por su cuenta. Si un servicio no es cubierto o la cobertura es rechazada, usted será responsable del pago.

El Plan de Citigroup será el plan primario para los reclamos:

- Suyos, si usted no está cubierto como empleado por otro plan;
- De su cónyuge, si su cónyuge está inscripto(a) en un plan de Citigroup como dependiente elegible y no está cubierto como empleado por otro plan; y
- De sus hijos dependientes.

Los cumpleaños de los padres se utilizan para determinar cuál es la cobertura primaria para los hijos. La cobertura de aquel padre cuyo cumpleaños (al mes y día) sea anterior al cumpleaños del otro padre en el año calendario será considerada como la cobertura primaria. Por ejemplo, si el cumpleaños de su cónyuge es en enero y su cumpleaños es en mayo, el plan de su cónyuge será considerado como el plan primario para sus hijos.

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

### En caso de divorcio o separación

Cuando un hijo es reclamado como adherente dependiente de padres divorciados o separados, el plan primario es el plan de aquel padre que tiene la responsabilidad financiera ordenada por el tribunal para hacerse cargo 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:

1. El plan del padre que tiene custodia del hijo;
2. El plan del cónyuge del padre que tiene custodia del hijo;
3. 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 haya cubierto a la persona por más tiempo se considerará como el primario. Cuando un plan no tiene una disposición de coordinación de beneficios, las reglas en esta disposición no son aplicables y se considera automáticamente que la cobertura de tal plan es la primaria.

## Sección 1- Información General

### Categorías de cobertura

Citigroup ofrece cuatro categorías de coberturas de entre las cuales usted puede elegir al inscribirse para coberturas médica, dental y de visión:

- Empleado solamente: Cobertura sólo para usted;
- Empleado más cónyuge o pareja: Cobertura para usted y su cónyuge solamente;
- Empleado e hijo(s): Cobertura para usted y su(s) hijo(s) elegible(s) incluyendo el(los) hijo(s) elegible(s) de su pareja;
- Empleado y familia: Cobertura para usted, su cónyuge o pareja, y su(s) hijo(s) elegible(s) (incluyendo los de su pareja).

Usted puede cambiar su categoría de cobertura durante el período anual de inscripción y dentro de un plazo de 31 días luego de un cambio de estado de la calificación.

### Cambios de estado de la calificación

Usted debe reportar a Citigroup cualquier cambio de estado que afecte sus beneficios dentro de un plazo de 31 días de ocurrir el cambio de la calificación, siguiendo el proceso que se describe en la sección "Cómo reportar un cambio de estado de la calificación" (*How to report a qualified change in status event*) a continuación. *No reporte cambios de estado de la calificación a su Plan médico.* Su Plan médico tiene que recibir todos los cambios de estado de Citigroup, y no de usted.

Dependiendo del acontecimiento, usted puede inscribirse o cancelar su cobertura médica, dental, de cuidado de la visión, de Discapacidad a Largo Plazo y GUL Opcional/AD&D Suplementario. Para el Seguro de GUL Opcional, usted podrá aumentar su cobertura existente solamente si cumple con los postulados de la primera, segunda, tercera o sexta viñetas siguientes. La inclusión inicial de su cónyuge o pareja, y/o de sus hijos dependientes en este programa será posible solamente si cumple con los postulados de la primera, segunda o tercera viñetas siguientes.

Ejemplos de cambios de estado de la calificación son:

- 1 Matrimonio, separación legal o divorcio;
- 2 Satisfacer los requisitos de elegibilidad de elegibilidad para ser reconocido como pareja;
- 3 El nacimiento o la adopción de un hijo;
- 4 La pérdida de elegibilidad de cobertura de un hijo dependiente que pase de la edad de elegibilidad, se case, obtenga un trabajo a tiempo completo o se esté recuperando de una discapacidad;
- 5 La pérdida de cobertura bajo el plan del otro empleador para quien su cónyuge o pareja se encuentre trabajando;
- 6 El fallecimiento del cónyuge o pareja, o de un hijo dependiente;
- 7 La emisión de una Orden de Sustento de Menores para Gastos Médicos por Calificación (*Qualified Medical Child Support Order, QMCSO*);
- 8 La reubicación fuera del área de cobertura de su plan médico y/o dental; y
- 9 Si usted comienza una licencia militar.

#### Cómo reportar un cambio de estado de la calificación

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 (de los) dependientes(s) que usted desea agregar o eliminar de su cobertura. Si va a añadir a un recién nacido que aún no tiene un número de Seguro Social, puede comunicar toda la otra información dentro de los 31 días y comunicar el número de Seguro Social cuando lo obtenga.

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

Para reportar un cambio de estado de la calificación:

- Llame a ConnectOne al 1-800-881-3938. En el menú principal, elija la opción de "beneficios médicos y de bienestar" (*health and welfare benefits*). En el menú principal del Centro de Servicios de Beneficios, elija la opción para cambiar su cobertura para el año en curso. Puede comunicar la mayoría de los cambios siguiendo las instrucciones. Sin embargo, para comunicar un divorcio o el fallecimiento de un dependiente, tendrá que hablar con un representante.

- Visite el sitio Web de Total Comp @ Citi en [www.totalcomponline.com](http://www.totalcomponline.com). Desde la página de “enlaces rápidos”, presione el enlace del Sitio Web de Beneficios de Citigroup (*Citigroup Benefits Web Site*).

### *Cómo cambiar su categoría de cobertura*

Al comunicar un dependiente nuevo que usted desea cubrir, puede que usted tenga que cambiar su categoría de cobertura. Por ejemplo, si está inscripto una para cobertura médica bajo la categoría “empleado solamente” y después contrae matrimonio y desea cubrir a su nuevo(a) cónyuge, tendrá que ingresar a su nuevo(a) cónyuge y cambiar de categoría de cobertura de “empleado solamente” a “Empleado más cónyuge/pareja”. Un cambio de “empleado solamente” a cualquier otra categoría de cobertura le costará más dinero.

Recuerde que debe comunicar la inclusión de un dependiente aunque ya tenga cobertura familiar; de lo contrario, su nuevo dependiente no estará cubierto y sus reclamos no se pagarán.

### *Hoja de Trabajo de Cambio de Estado*

Usted puede revisar la Hoja de Trabajo de Cambio de Estado - Formulario 308 -, que enumera los cambios de estado y los cambios que usted puede hacer a su cobertura de beneficios para cada eventualidad. Para obtener un Hoja de Trabajo de Cambio de Estado, visite la sección “Formularios” del sitio You @ Citigroup en [www.citigroup.net/human\\_resources](http://www.citigroup.net/human_resources).

### *Fecha límite para reportar cambios de estado de la calificación*

Usted debe comunicar o revisar la información de dependientes y cambiar su cobertura o categoría de cobertura, de ser necesario, en un lapso de 31 días a partir del día después de que ocurra el cambio de estado de la calificación. De lo contrario, no podrá cambiar su cobertura o categoría de cobertura 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 cobertura en cualquier momento.

- Plan de Discapacidad a Largo Plazo (LTD): A no ser que sea un empleado recién contratado, puede inscribirse en cualquier momento, pero debe proveer evidencia de buena salud, cuando su compensación sobrepase los \$50,000.99 (de modo que tenga que pagar si desea continuar con la cobertura de LTD), o como resultado de un cambio de estado de la calificación. Sin embargo, a menos que haya estado inscripto en un plan grupal de un empleador anterior tres meses antes de su fecha de contratación en Citigroup, el Plan de Discapacidad no cubrirá ninguna discapacidad total que haya sido la causa, el factor agravante o el resultado de una condición preexistente hasta que su inscripción en el Plan no haya superado los 12 meses consecutivos de adhesión. Una condición preexistente es una lesión, enfermedad o embarazo para el cual - en los tres meses previos a la fecha de vigencia de la cobertura - usted haya recibido tratamiento, consulta, atención o servicios médicos; tomado fármacos recetados o le hayan recetado fármacos; o tenido síntomas que hubieran llevado a una persona razonablemente prudente a buscar consulta, atención o tratamiento.
  - GUL Opcional/AD&D Suplementario: Para el Seguro de GUL de la cobertura, MetLife exigirá prueba de buena salud si usted desea:
    - Inscribirse por primera vez (salvo durante su período de inscripción inicial como empleado nuevo o como miembro elegible para los beneficios de Citigroup); ó
    - Aumentar el monto de su cobertura;
- Nota:** CIGNA administra la parte de AD&D del beneficio y no exige prueba de buena salud.
- Seguro de Cuidado a Largo Plazo: Si no se inscribe durante el período de inscripción inicial que le corresponde como empleado nuevo, John Hancock exigirá prueba de buena salud antes de que la cobertura sea aprobada.

# Beneficios para parejas

Citigroup ofrece cobertura de beneficios a su pareja certificada, sea ésta del mismo sexo o del sexo opuesto, o que esté o no casado con ella. Usted puede inscribir a su pareja y a sus hijos dependientes elegibles en los siguientes Planes:

- Médico,
- Dental;
- de la Visión;
- Seguro de GUL Opcional/AD&D Suplementario para parejas y seguro de vida para los hijos;
- Seguro de Cuidado a Largo Plazo, disponible para su pareja aunque usted no se inscriba en dicho Plan.

Puede inscribir a su pareja y a sus hijos elegibles en el Plan médico y/o dental en el que usted se inscriba. Puede inscribir a su pareja en el Seguro de GUL Opcional/AD&D, en el seguro de Cuidado a Largo Plazo y/o en el Plan de la Visión, 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 en el Plan o que impida a su pareja recibir beneficios por una condición o enfermedad específica.

### *Cuándo puede inscribir a su pareja en la cobertura de Citigroup*

Puede inscribir a su pareja y a sus hijos elegibles para los beneficios de Citigroup durante la inscripción anual (para una cobertura vigente desde el 1o de enero del año siguiente) o dentro de los 31 días posteriores a un cambio de estado de la calificación. Ejemplos de sucesos de calificación que le permitirán inscribir a su pareja y a sus hijos elegibles son:

- Completar un formulario de Certificación de Sociedad Doméstica, disponible a través del Centro de Servicios de Beneficios, y presentar la documentación de respaldo requerida;
- El nacimiento o la adopción de un hijo; y
- La pérdida de cobertura de beneficios por parte de su pareja en el plan de otro empleador.

### *Elegibilidad*

Usted es elegible para inscribir a su pareja en la cobertura de Citigroup si es un empleado activo o en licencia aprobada de Citigroup Puerto Rico.

Sin embargo, si no está trabajando activamente, no puede inscribir a su pareja en el Seguro de GUL Opcional ni en el Seguro de Cuidado a Largo Plazo.

Para ser elegible para la cobertura, usted y su pareja pueden ser del mismo sexo o del sexo opuesto, pero 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;
- Son interdependientes a nivel económico, o su pareja depende de usted para su sustento económico;
- Ninguno de los dos está legalmente casado con otra persona;
- Ambos son mayores de 21 y mentalmente competentes para dar su consentimiento en un contrato;
- No están relacionados por sangre a un grado tal de consanguinidad que prohíba el matrimonio si son del sexo opuesto;
- Ni usted ni su pareja está en una sociedad doméstica con otra persona;
- Ambos han convenido ser responsables del bienestar común del otro; y
- Usted y su pareja se encuentran en una relación cuyo propósito es que sea permanente y en la que cada uno es la única pareja del otro.

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

- Un préstamo hipotecario o arrendamiento conjunto;
- La designación de la Pareja como beneficiario de un seguro de vida o de beneficios de retiro;
- Testamentos conjuntos o designación de la Pareja como albacea y/o beneficiario primario;



- La designación de la Pareja 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 de propiedad conjunto o de activos comerciales;
- Arrendamiento o préstamo firmado conjuntamente;
- Prueba de residencia compartida: factura de servicios públicos, estado bancario, licencia de conducir; u
- Otra evidencia de interdependencia económica.

Para que su pareja tenga cobertura, debe completar una declaración jurada de Sociedad Comercial, que está disponible si llama al Centro de Servicios de Beneficios. Si su relación con su pareja termina, debe presentar una declaración jurada de Finalización de Sociedad Doméstica. Para añadir una nueva pareja, debe esperar seis meses desde la fecha en que se sometió la declaración jurada de Finalización de Sociedad Doméstica.

Los hijos de su pareja son elegibles para cobertura si:

- Son hijos biológicos o adoptados de su pareja, si ésta tiene custodia legal de ellos, o si han sido colocados en su hogar para adopción; y
- Residen con usted y su pareja a tiempo completo, o residen fuera del hogar mientras asisten a la escuela; y
  - Son menores de 19 años de edad al 31 de diciembre del año del Plan que precede al año de inscripción; o
  - Son menores de 25 años de edad al 31 de diciembre del año del Plan que precede al año de inscripción, y son estudiantes a tiempo completo en una escuela o universidad acreditada (durante la inscripción a cada año, se le pedirá que demuestre que el hijo elegible de su pareja es estudiante; también deberá proveer evidencia de la condición de estudiante por escrito cuando se le solicite);
  - 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 discapacidad, en cuyo caso pueden ser elegibles para cobertura más allá de dicha edad; ó
  - Eran adultos con discapacidad cuando comenzó a trabajar en Citigroup e inscribió a su hijo cuando adquirió la elegibilidad para hacerlo.

Sus impuestos se pueden ver afectados cuando inscribe a su pareja en la cobertura de Citigroup. Para información sobre la aplicación de las leyes impositivas a su situación personal, consulte a su asesor en impuestos.

Sin embargo, si usted inscribe a su pareja o a los hijos de su pareja en la cobertura de Citigroup, el valor de las coberturas se considerará generalmente como ingresos para usted.

Este ingreso adicional conocido como “ingreso imputado” se verá reflejado en su estado de nómina anual para el año en el que la cobertura se hizo efectiva. Se le va a requerir que pague impuestos por este ingreso adicional.

### Ejemplo:

El costo total de Citigroup para una cobertura de Empleado Solamente es de \$175 por mes. El costo total de Citigroup para una cobertura de Empleado + Cónyuge o Pareja es de \$350;

El costo de \$175 para la cobertura de su pareja será considerado como un ingreso tributable para usted. Esta cantidad es conocida como ingreso imputado.

## Beneficios de maternidad

Los planes de salud grupales y los proveedores de seguros médicos (incluidas las HMO), de acuerdo con las leyes federales, no pueden, por lo general, 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 natural ni a menos de 96 horas después de una cesárea.

Sin embargo, las leyes federales no prohíben que el proveedor médico que atiende a la madre o al recién nacido dé de alta a la madre o a su hijo recién nacido antes de las 48 horas (o las 96 horas, como corresponda) después de consultarlo con la madre. En cualquier caso, las leyes federales impiden que los planes de salud y los proveedores de seguros exijan que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o las 96 horas, según corresponda) de duración.

<sup>3</sup>La cobertura permanecerá en vigor hasta el 31 de diciembre del año en el que el niño ya no sea elegible o cumpla 25 años.

## Sección 1-Información General

---

### *Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer*

La Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer requiere que los planes de salud grupales que provean cobertura para masectomías cubran la cirugía reconstructiva y las prótesis después de las masectomías. Todos los planes médicos incluyen esta cobertura, a la que pueden aplicarse los deductibles y coaseguros aquí enunciados.

Si usted recibe beneficios por una masectomía necesaria por razones médicas y elige proceder a una reconstrucción de seno después de la masectomía, también estará cubierta para:

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

## Orden de Sustento de Menores para Gastos Médicos por Calificación

Como lo requiere la Ley Federal Ómnibus de Reconciliación del Presupuesto de 1993, cualquier hijo de un participante en un Plan Médico, Dental o de la Visión de Citigroup que caiga en la categoría de destinatario alternativo de la Orden de Sustento de Menores para Gastos Médicos por Calificación (*Qualified Medical Child Support Orders, QMCSO*) tendrá derecho a la cobertura de dependientes en esos Planes.

En general, las QMCSO son órdenes del Tribunal que requieren que un padre provea 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. Sin embargo, si tiene preguntas sobre cómo presentar una QMCSO, llame al Centro de Servicios de Beneficios como se indica en la página 16. Puede presentar su QMCSO enviándola por correo a:

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



# Sección 2

## Provisiones del Plan



# Cobertura Médica

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

### Plan PPO de Triple-S

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

El Plan PPO de Triple-S le da la libertad de elegir cualquier médico u hospital - sin derivación - cuando necesite tratamiento médico. La decisión siempre es suya.

Cuando visite a un médico que participa de la red PPO, usted hará un copago de \$10 por cada visita al consultorio de un médico generalista, especialista o subespecialista.

### Características de la Red de PPO

- Triple-S cuenta con una red de proveedores en todo Puerto Rico.
- Triple-S es miembro de la 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 de Blue Card® Worldwide.
- Puede visitar a un especialista en cualquier momento sin necesidad de derivación.
- Por una admisión u internación 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 ambulatorios se cubren después de pagar un 10% de coaseguro.
- No tiene que presentar un reclamo por los servicios cubiertos prestados por un proveedor de la red.

### Cuidado Preventivo

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

**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 obstetricias/ginecología 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:

- Historia clínica;
- Examen físico;
- Examen de la visión;
- Audiometría;
- Espirometría;
- Radiografía del pecho;
- Panel metabólico integral;
- Recuento de sangre 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 (Prostate Specific Antigen, PSA)
- Electrocardiograma (ECG);
- Perfil de riesgo coronario;
- Inventario de Administración de la Tensión; y
- Entrevista final.

La asignación preventiva provee una sola visita durante el año del contrato. Esta visita incluye todos los servicios provistos en ese centro específico. Durante dicha visita, el participante recibirá todos los servicios incluidos en el paquete. No habrá visitas subsiguientes.

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, recuento de sangre completo (CBC), prueba de colesterol en la sangre y análisis de orina

## Sección 2-Provisiones del Plan

---

- 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 Papanicolau;
- Mamografía;
- Sigmoidoscopia;
- Colonoscopia; y
- Prueba de Antígeno Específico de la Próstata (PSA).

### Infertilidad

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

El beneficio de infertilidad cubre:

- Gastos de fármacos con receta (administrados por Caremark PCS) asociados con el tratamiento de la infertilidad hasta un máximo de por vida por familia de \$7,500 para los participantes. Este máximo se combina con cualquiera de los beneficios de infertilidad utilizados en el Plan de Fármacos Recetados de Estados Unidos, y

Gastos médicos hasta un máximo de por vida por familia de \$24,000. Este máximo puede ser combinado con cualquier beneficio de infertilidad utilizado en cualquiera de los planes EMO y no HMO de Estados Unidos.

Para la donante, el Plan cubre el costo de trabajo de laboratorio, incluyendo pruebas genéticas, evaluaciones psicológicas, fármacos para sincronizar el ciclo de la donante con el ciclo de la receptora y para estimular la función ovárica de la donante al igual que la recolección de los óvulos.

El máximo vitalicio por familia se puede gastar en un año o durante varios años. Si usted se convierte en empleado de Estados Unidos, los administradores del Plan y Triple S llevarán la 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 completar un deducible individual anual de \$50 (\$150 por familia) antes de que el plan le pague algún beneficio.
- La mayoría de los gastos cubiertos son reembolsados a un 80% de los cargos razonables y usuales después de completar el deducible anual.
- Usted debe notificar a Triple-S antes de someterse a ciertos procedimientos y de recibir ciertos servicios.
- Debe presentar un reclamo 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.

# CARACTERÍSTICAS DEL PLAN MÉDICO

	Cobertura de la red	Cobertura fuera de la Red
<b>Datos del Plan</b>		
Servicios para miembros	1-787-749-4777	
Horario de Servicios para Miembros	7 a.m. a 7 p.m.	
Sitio Web	<a href="http://www.ssspr.com">http://www.ssspr.com</a>	
<b>Sus gastos médicos</b>		
Deducible anual	Ninguno	\$50
Gastos máximos de su propio bolsillo	Ninguno	\$3,000 individual/\$6,000 familiar
Visitas de oficina	Cubiertas en un 100% luego de un copago de \$10	**80% del R&C luego del deducible si los servicios son provistos fuera de PR; y cubiertas por un reembolso calculado en base a la tarifa establecida de Triple-S si los servicios son provistos en PR por proveedores fuera de la red.
Visitas de oficina para cuidado de maternidad o prenatal	Cubiertas en un 100% luego de un copago de \$10	Igual al anterior**
Internación	Cubierta en un 100% luego de un copago de \$150	Igual al anterior**
<b>Cuidados quirúrgicos ambulatorios</b>		
Cuidados quirúrgicos	Cubiertos en un 100%	Igual al anterior**
Laboratorio y rayos X	Cubiertos en un 90%	Igual al anterior**
Tratamiento para coyuntura temporomandibular	Cubierto en un 90%	Igual al anterior**
Cuidado urgente o de emergencia	Copago de \$25 por visita (tarifa relevada en caso de internación)	Igual al anterior**
<b>Cuidado Preventivo</b>		
Examen físico de rutina, cuidado para niños sanos, examen ginecológico, examen de rutina de la visión, y laboratorios y rayos X en el Santurce Medical Mall y en Servicio de Salud Industrial de Ponce	Cubierto en un 100% hasta un máximo de \$300 (Santurce) o de \$295 (Ponce)	No se cubre como un paquete si el servicio es provisto por un proveedor fuera de la red
Examen físico de rutina, cuidado para niños sanos y vacunación, examen ginecológico, examen de rutina de la visión en un consultorio médico	Cubiertos en un 100%, luego de un copago de \$10 por la visita y un coaseguro de 10% por laboratorios y rayos X.  Las visitas para cuidado de niños sanos se limitan a una visita por mes durante el primer año de vida.	Igual al anterior**
Laboratorio y Rayos X	10% de coaseguro	Igual al anterior**

## Sección 2-Provisiones del Plan

	Cobertura de la red	Cobertura fuera de la Red
<b>Salud mental y abuso de sustancias intoxicantes</b>		
Internación	Cubierta en un 100% luego de un copago de \$150 para condiciones de alcoholismo y abuso de sustancias intoxicantes, una admisión por año de contrato hasta un máximo de 45 días.	Igual al anterior**
Cuidados Ambulatorios	Cubiertos en un 100% luego de un copago de \$10 para condiciones de alcoholismo y abuso de sustancias, hasta un máximo de 20 visitas por año de contrato.	**80% del R&C luego del deducible si los servicios son provistos fuera de PR; y cubiertas por un reembolso calculado en base a la tarifa establecida de Triple-S si los servicios son provistos en PR por proveedores fuera de la red.  Los servicios de terapia grupal, visitas colaterales y servicios para alcoholismo y abuso de sustancias intoxicantes serán reembolsados hasta un máximo de 50% luego del deducible, hasta \$30 por visita, con un límite de 50 visitas por año.
<b>Otros cuidados médicos</b>		
Terapia física, ocupacional y del habla ambulatorias	Límite de 40 visitas por año calendario	**80% del R&C luego del deducible si los servicios son provistos fuera de PR; y cubiertas por un reembolso calculado en base a la tarifa establecida de Triple-S si los servicios son provistos en PR por proveedores fuera de la red. Máximo de 40 visitas.
Terapia quiropráctica	No cubierta	Límite de 20 visitas por año calendario, sujeto a la tasa negociada de Triple-S; cubierta en un 80% luego del deducible si los servicios son provistos fuera de PR.
Infertilidad	Los copagos se aplican a servicios cubiertos hasta un máximo médico vitalicio de \$24,000 y un máximo por fármacos recetados de \$7,500. Contacte al Plan para detalles específicos.	
Acupuntura	Cubierta en un 80% en base a la tarifa establecida por Triple-S (\$20) luego de cubrir el deducible anual por Servicios Médicos Principales. Cubierta en un 80% luego del deducible si los servicios son provistos fuera de PR.	
<b>Datos clave</b>		
Se requiere una derivación de PCP para un Especialista: No Programa Blue Card para servicios fuera de PR Cobertura disponible para Hijos de Pareja: Sí Cobertura disponible para la Pareja: Sí Programa de Teleconsulta (línea de atención para enfermeras) disponible 24 horas al día, siete días a la semana		

### Beneficios de Salud Mental y Abuso de Sustancias

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

### Certificación Previa

La certificación previa permite garantizar que usted obtenga el cuidado más apropiado para su condición.

No es necesario obtener una certificación previa para internación de emergencia u otros servicios de emergencia que ocurran fuera de Puerto Rico o de Estados Unidos.

Si utiliza servicios fuera de la red del Plan PPO de Triple-S en Puerto Rico, recibirá un reembolso basado en los honorarios que se hayan establecido y contratado con los proveedores participantes de Triple-S.



### Servicios ambulatorios y pruebas de diagnóstico

Debe notificar al plan de salud por lo menos cinco días hábiles 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 estética. En el caso de las cirugías de los párpados y las cirugías relacionadas con cirugías estéticas, es necesaria una segunda opinión;
- Cuidado fuera de la red;
- Derivación de especialista a especialista; y
- Cuidados de rehabilitación.

## Información adicional sobre el plan médico

### Fármacos recetados

Cuando se inscribe en el Plan PPO de Triple-S, usted tiene cobertura de fármacos recetados a través del Programa de Fármacos Recetados de Citigroup, administrado por Caremark.

Caremark ofrece dos maneras de comprar fármacos recetados:

- Una red de farmacias minoristas donde usted puede obtener fármacos recetados para sus necesidades inmediatas de corto plazo, por ejemplo, un antibiótico para tratar una infección.

- Servicio por Correo de la Farmacia Caremark (*Caremark Mail Service Pharmacy*), a través de la cual puede ahorrar dinero haciendo que sus fármacos 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 fármaco. 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 minorista de la red.

### Farmacias minoristas de la red

Caremark tiene una red de farmacias detallistas en todo Puerto Rico y en Estados Unidos donde usted puede obtener fármacos recetados.

Para saber si una farmacia participa de 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 credencial de fármacos recetados. Se le cobrará el copago apropiado según si su farmacia participa o no en la red primaria, y si su receta es para una fármaco genérico o de marca.

La estructura de copago se explica más adelante. Existe un límite de 15 días para fármacos por condiciones agudas y de 30 días para fármacos de mantenimiento. Usted nunca pagará más del costo del fármaco.

PROGRAMA DE FÁRMACOS RECETADOS DE CITIGROUP		
	Minorista	Farmacia de Servicio por correo (suministro por hasta 90 días)
Copago/coaseguro por un suministro de hasta 15 días (condiciones agudas) o suministro de 30 días (fármacos de mantenimiento) en una farmacia minorista primaria de la red		
• Fármaco Genérico <sup>1</sup>	\$2 de copago	\$6 de copago
• Fármaco de marca	20% de coaseguro con un mínimo de \$4	\$12 de copago
Beneficios en una farmacia fuera de la red primaria		N/A
• Fármaco genérico <sup>1</sup>	10% de coaseguro con un mínimo de \$5	
• Fármaco de marca	20% de coaseguro con un mínimo de \$10	

<sup>1</sup> El uso de equivalentes genéricos, siempre que sea posible, es más económico. Si el médico permite que un fármaco de marca se sustituya por uno genérico, y usted elige tomar el fármaco de marca, se le requerirá que pague la diferencia entre el precio del fármaco genérico y el 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 de \$40, más su copago por el fármaco genérico.

## Sección 2-Provisiones del Plan

### Limitaciones de fármacos manejadas

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

Los fármacos para condiciones agudas están cubiertos por un suministro máximo de 15 días en una farmacia minorista de la red.

Las guías para el uso y la cantidad fueron desarrolladas por médicos y farmacéuticos basándose en prácticas médicas aceptadas, las guías de la Administración de Alimentos y Fármacos (*Food and Drug Administration, FDA*) de EE.UU., las recomendaciones de los fabricantes de los fármacos, y el uso eficaz en función del costo de los fármacos.

En algunos casos, la cantidad de su fármaco puede requerir de aprobación antes de ser despachado; si este es el caso, su farmacéutico puede llamar a Caremark al número especial libre de cargo que será provisto a la farmacia a la hora de procesar la orden. O puede pedirle a su médico que llame directamente a Caremark.

Si usted o su farmacia llama a Caremark, Caremark tendrá que comunicarse con su médico. Esto normalmente toma uno o dos días laborables. Una vez que su médico provea la información requerida, Caremark revisará su caso basado en criterios clínicos y la información provista por su médico. Una vez la revisión completada, Caremark informará a su médico y al farmacéutico de la decisión.

Si su fármaco o la cantidad solicitada no es aprobado bajo la cobertura del Programa de Fármacos Recetados de Citigroup, usted será responsable de pagar el costo completo del (de los) fármaco(s).

### Programa de Servicio por Correo de Caremark

Para los fármacos recetados que usted necesita a largo plazo, tales como fármacos para la presión arterial, insulina y anticonceptivos, entre otros, puede que usted quiera utilizar el Programa de Servicio por Correo de Caremark para ahorrar en el costo del fármaco.

A través del Servicio por Correo de las Farmacias Caremark, usted podrá comprar un suministro del fármaco de hasta 90 días. 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 minorista de la red, con la conveniencia de que le entregan el fármaco en su casa.

Con el Servicio por Correo de las Farmacias Caremark:

- Sus fármacos son despachados por una de las farmacias de entrega a domicilio de Caremark y enviados a su casa.
- Los fármacos son enviados por correo regular sin costo adicional para usted. También existe la posibilidad de entrega de un día para otro o de segundo día por un cargo adicional.
- Usted puede pedir y dar seguimiento a sus recetas en línea en [www.caremark.com](http://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 el Servicio por Correo de las Farmacias Caremark

1. Pida a su médico que le escriba dos recetas:
  - Una para un suministro a corto plazo (por ejemplo, 30 días) para ser despachada inmediatamente en una farmacia participante.
  - Otra por un máximo de 90 días y un máximo de tres repeticiones de receta (si es apropiado) para enviar por correo al Servicio por Correo de las Farmacias Caremark.
2. Complete el formulario de pedido del Servicio por correo de Caremark disponible en el Departamento de Recursos Humanos. Un formulario incompleto puede causar un atraso en el procesamiento.
3. Envíe su formulario 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, y American Express. También puede pagar con cheque o giro postal. No envíe dinero en efectivo.
4. Permita entre 10 a 14 días (a partir de la fecha de envío del pedido por correo) para la entrega de su fármaco.

Repeticiones de recetas: La información incluida con su pedido le indicará la fecha en que puede solicitar una repetición de la receta y el número de repeticiones que le quedan. Puede pedir sus repeticiones de receta en [www.caremark.com](http://www.caremark.com) o llamando sin cargos al número que se indica en la etiqueta de su receta.

### Servicios Farmacéuticos Especializados

Caremark ofrece un programa de servicios farmacéuticos especializados para proveer fármacos especializados de administración oral o inyectables para el tratamiento de enfermedades crónicas, que incluyen pero no se limitan a:

esclerosis múltiple, cáncer, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, y asma.

La Farmacia Especializada de Caremark le ofrece ventajas adicionales, tales como:

- No hay cargos por entrega (algunas restricciones se aplican);
- Entrega acelerada, y
- Acceso a farmacéuticos y otros expertos de la salud las 24 horas, siete días a la semana.

### Procedimiento

Todas las nuevas recetas de fármacos especializados deben ser despachadas por las Farmacias Especializadas de Caremark, y pueden ser entregadas a su casa, su oficina o al despacho de su médico.

Para iniciar el proceso de inscripción con las Farmacias Especializadas de Caremark, llame al 1-877-417-7154. Los representantes del cuadro de ayuda especializado estarán disponibles para ayudarle. Hay representantes hispanohablantes disponibles.

**Nota:** Los Fármacos Especializados están sujetos a la cobertura del Programa de Fármacos Recetados de Citigroup.

Para más información acerca de los servicios de la Farmacias Especializadas de Caremark, y para descubrir si su receta incluye un fármaco especializado, llame a CaremarkConnect al 1-800-237-2767.

## Cobertura Dental

Citigroup ofrece dos planes dentales: El Plan Dental Básico y el Plan Dental Integral.

Ambos planes dentales son administrados por Triple-S. Usted puede inscribirse para obtener cobertura dental aunque no se inscriba en la cobertura médica. Puede obtener cobertura para usted, y/o para usted y sus dependientes elegibles, en las mismas cuatro categorías disponibles para la cobertura médica. Ver "Categorías de cobertura" (*Coverage categories*) en la página 12.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DENTAL		
	Plan Dental Básico	Plan Dental Integral
<b>Servicios preventivos y de diagnóstico</b>	Cubiertos en un 100%	Cubiertos en un 100%
<b>Servicios Básicos</b>	Cubiertos en un 100%	Cubiertos en un 100%
<b>Servicios de Endodoncia</b>	Cubiertos en un 100%	Cubiertos en un 100%
<b>Empastes de amalgama, acrílico de silicato y porcelana sintética para restaurar dientes enfermos o fracturados</b>	Cubierto en un 100%; 30% de coaseguro para restauración con empaste compuesto.	Cubierto en un 100%; 30% de coaseguro para restauración con empaste compuesto.
<b>Retenedores de espacio</b>	No cubiertos	50% de coaseguro
<b>Servicios prostodónticos, sujetos a certificación previa</b>	No cubiertos	50% de coaseguro; beneficio máximo de \$800 por participante por año (máximo combinado por ambos servicios, prostodónticos y periodontales)
<b>Servicios Periodontales</b>	No cubiertos	\$50 de copago y 50% de coaseguro; beneficio máximo de \$800 por participante por año (máximo combinado por ambos servicios, prostodónticos y periodontales)
<b>Ortodoncia</b>	No cubiertos	\$50 de copago y 50% de coaseguro. Limite de ortodoncia de por vida de \$3,000
<b>Implantes</b>	No cubiertos	50% sin máximo

## Sección 2-Provisiones del Plan

### 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, 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.
- Usted o su dentista deben presentar un reclamo para recibir un reembolso de los gastos cubiertos.

### Plan Dental Integral

- 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 para 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.
- El máximo anual de beneficios para servicios prostodónticos y periodontales combinados es de \$800 por participante.
- La Ortodoncia está cubierta para todos los participantes con un 50% de coaseguro después de \$50 de copago, con un máximo de por vida de \$3,000 por persona cubierta.
- Usted o su dentista deben presentar una solicitud para recibir el reembolso de los gastos cubiertos.

## Plan de la Visión

El Plan de la Visión, administrado por "Davis Vision", ofrece una variedad de servicios y suministros médicos para el cuidado de la visión. Usted no tiene que estar inscrito en el plan para cubrir a un dependiente.

Usted es elegible para un examen de los ojos y un par de gafas (montura y lentes) o lentes de contacto, en lugar de gafas, cada año calendario. Los beneficios adicionales incluyen servicios para mala visión y un beneficio de \$225 para lentes de contacto médicamente necesarios, comprados a un proveedor dentro o fuera de la red con la aprobación previa de Davis Vision.

Hay beneficios disponibles en la red y fuera de la red. Usted puede dividir su beneficio visitando proveedores de la red y fuera de la red. Por ejemplo, puede obtener un examen anual de la visión en un proveedor de Davis Vision y comprar sus monturas y lentes fuera de la red. Debe verificar que las recetas que usted tiene sean honradas en cualquier lugar donde sólo desee obtener sus monturas y lentes.

### Características del Plan de la Visión

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

### Beneficios de la red

- Examen: Un examen de la visión, incluyendo dilatación cuando sea profesionalmente indicado, cada año calendario, cubierto en un 100%;
- Monturas y lentes de gafas: Un par de gafas cada año de la Colección de Davis Vision, cubiertos en un 100%; o
- La asignación de \$61 para comprar al por mayor y cubrir el costo de cualquier montura que no sea de la Colección de Davis Vision o una asignación equivalente para compras en una cadena minorista, por ejemplo, una asignación de \$150 en la óptica de JCPenney. Los lentes de gafas se cubrirán en un 100% con cualquier montura que no sea de la Colección; o
- Lentes de contacto en vez de gafas: Lentes de contacto cubiertos por el plan, un par de lentes de contacto blandos estándar de uso diario; o cuatro empaques de lentes desechables, o dos empaques de lentes de reemplazo planeado, el cuidado relacionado a la medida y seguimiento cada año calendario es cubierto por el plan al 100%; o
  - Si elige lentes de contacto que no estén cubiertos bajo el formulario del Plan, recibirá un crédito máximo de

\$130 para otros lentes, además de un 15% de descuento adicional del exceso pagado (el descuento adicional no se aplica en tiendas de Wal-Mart). El crédito de \$130 se utiliza para los lentes de contacto que no estén incluidos en el plan, las visitas de adaptación y de seguimiento);

- 20% de descuento en pares adicionales de gafas en un proveedor de la red;

Los siguientes lentes están cubiertos en un 100%: lentes de vidrio o de plástico (de visión sencilla, bifocales o trifocales); todos los rangos de recetas, incluyendo lentes posteriores a cirugía de cataratas; tinte de lentes plásticos; lentes multifocales progresivos estándar y especiales; 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; lentes con revestimiento anti-reflexivo, lentes de alto índice (hi-index); lentes polarizados; y lentes plásticos fotosensibles.

### 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: Visión 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 gafas, resulta en una precisión visual significativamente mejor y/o en una función binocular mejorada, incluyendo el evitar la visión doble o la supresión.

Pudiera determinarse que los lentes de contacto son médicamente necesarios en el tratamiento de queratocono, trastornos de anisometropía desórdenes de la córnea, miopía patológica, trastornos postraumáticos de aniseiconia, afaquia, aniridia y astigmatismo irregular. La cobertura para los lentes de contacto médicamente necesarios se proveerá después de la revisión y aprobación de Davis Vision.

### Mala Visión

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

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

- Evaluación de la mala visión: Un examen integral cada cinco años con un cargo máximo de \$300; este examen, a veces llamado evaluación funcional de la visión, 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 mala visión: Las ayudas tales como gafas de alta potencia, vidrios de aumento y telescopios están cubiertos 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 visión, reducir problemas de sensibilidad al resplandor o aumentar la percepción del contraste basado en las metas de visión 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 de la visión con láser, lo cual se conoce como LASIK, en cualquier centro que cuente con tecnología láser de su elección en Puerto Rico. Tendrá que presentar un formulario de reclamo 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](http://www.davisvision.com).

### Credenciales del plan de salud

Si se inscribe en un plan médico o dental de Triple-S por primera vez, recibirá sus credenciales dentro de un plazo de tres semanas luego de inscribirse. Usted recibirá dos credenciales de salud separadas: Una credencial médica/dental de Triple-S y una credencial de fármacos recetados de Caremark.

Si está inscripto en la cobertura médica de 2008 y necesita recurrir a un proveedor médico (médico u hospital) en 2008

## Sección 2-Provisiones del Plan

antes de recibir su credencial, muestre su declaración de confirmación de inscripción o 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 cobertura o una credencial duplicada.

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

### Discapacidad

Los Planes de Discapacidad a Corto Plazo (*Short-Term Disability, STD*) y de Discapacidad a Largo Plazo (*Long-Term Disability, 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.

#### Plan de Discapacidad a Corto Plazo (STD)

El Plan de STD es un beneficio básico disponible para todos los empleados elegibles para los beneficios. No hay que

inscribirse. Sin embargo, usted deberá reportar todas las discapacidades al administrador del Plan antes de que pueda recibir un beneficio

El Plan de STD paga el 100% o un 60% del salario básico (no de la compensación total) durante una discapacidad aprobada de hasta 13 semanas, fundamentada en sus años de servicio, según se muestra en la siguiente tabla: Para efectos del Plan de Discapacidad, sus años de servicio se calcularán en base a su tiempo real al servicio de Citigroup como empleado. Se le acredita el servicio desde su fecha de contratación, o si ha tenido uno o más períodos de interrupción de servicio, en base a su fecha de servicio revisada. Se le aplicará un año de servicio a estos efectos por cada 12 meses de servicio, contando cualquier parte de un mes durante el cual usted haya provisto servicios. El servicio provisto antes de una interrupción de servicio se adjudicará o se denegará bajo reglas similares a las reglas de servicio acreditado del Plan de Pensiones de Citigroup, tales como el no contar el servicio antes de cinco interrupciones en el servicio consecutivas de un año. Bajo ninguna circunstancia se contará el tiempo entre sus períodos de servicio para Citigroup.

Lista de Beneficios del Plan de STD (empleados asalariados elegibles para beneficios)

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

El siguiente itinerario es válido para Asesores Financieros, Asesores Financieros Asociados y Asociados de Inversiones en Global Wealth Management, y Ejecutivos de Cuentas en Citi Markets and Banking, y se aplicará el siguiente programa de beneficios:

Años de servicio	Beneficio máximo (% de compensación total)	Más 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%

**Licencia por maternidad  
Para los Empleados Asalariados elegibles a los beneficios**

Años de servicio	Semanas al 100% del salario básico	Semanas al 60% del salario básico	Total de semanas de beneficio
Menos de 1 mes	0	0	0
De 1 mes a menos de 1 año	1	12	13
1 año o más	13	0	13

**Licencia por maternidad  
Elegible para los beneficios Ejecutivo de Cuenta a Comisión y Asesores Financieros**

Años de servicio	Beneficio máximo (% de compensación total)	Más beneficio adicional	Beneficio máximo (% de compensación total)	Total de semanas de beneficio
Menos de 1 mes	0	0	0	0
De 1 mes a menos de 1 año	70%	Comisiones	100%	13
1 año o más	80%	Comisiones	100%	13

**Para los empleados del Global Consumer Group, a quienes se les pagan comisiones:** Recibirán beneficios de STD basados en un salario imaginario según determinado por su empresa (y no basado en la compensación total). Si se generan comisiones mientras se encuentra en licencia por Discapacidad 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 en base a un retiro recuperable contra comisiones.

**Para otros empleados que trabajan a comisión:** Pregunte los detalles a su representante de Recursos Humanos.

**Cuándo son pagables los beneficios de STD**

Los beneficios de STD son pagables si usted sufre una discapacidad total mientras se encuentra empleado activamente. Una "discapacidad 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 discapacitado y no puede trabajar en el octavo día calendario, los beneficios de STD - en caso de ser aprobados - comenzarán en el octavo día de discapacidad y se pagarán retroactivamente al primer día de discapacidad.

No se considerará que usted tiene una discapacidad si su enfermedad, lesión o embarazo sólo le impide viajar desde y hasta el trabajo. Para postularse a los beneficios de STD, usted

tiene que estar recibiendo cuidado y tratamiento adecuados en forma continua por parte de un proveedor de cuidados de la salud matriculado. No puede postular a los beneficios de STD si regresa al trabajo con un régimen de tiempo parcial.

Si es elegible 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 discapacidad total o una relacionada, su ausencia se procesará como un reclamo recurrente y usted será elegible para recibir el balance de sus beneficios de STD (por un período reducido para reflejar los beneficios de STD pagados en la ausencia anterior)

**Discapacidad a Largo Plazo (LTD)**

La cobertura de LTD se ofrece para continuar con un 60% de su compensación total cuando una discapacidad aprobada continúa por más de 13 semanas. Para propósitos de calcular su beneficio de LTD, la compensación total está limitada a un máximo de \$500,000.

Citigroup provee cobertura de LTD gratis a los empleados cuya compensación total es menor o igual a \$50,000.99, mientras que los empleados con una compensación total de \$50,001 o superior deben contribuir en su cobertura. El costo de la cobertura de LTD se indica en el sitio Web de Beneficios de Citigroup o en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal.

Si ha estado inscripto en el Plan por más de un año y se va de Citigroup (excepto en casos de retiro, lo que puede ocurrir si usted termina su empleo luego de alcanzar los 55 años de edad con al menos cinco años de servicio, o luego de alcanzar

## Sección 2-Provisiones del Plan

los 50 años con 10 años de servicio), puede convertir su cobertura de LTD de Citigroup bajo la póliza grupal a una póliza individual dentro de 31 días después de finalizar su empleo. Deberá contactar al Centro de Servicios de Beneficios al 1-800-881-3938. En el menú principal, elija la opción "beneficios médicos y de bienestar" (*health and welfare benefits*) y luego siga las indicaciones del representante del Centro de Servicios de Beneficios. El beneficio máximo de esta póliza individual es de \$3,000 al mes.

A no ser que usted ya sea económicamente independiente, deberá considerar la cobertura de LTD como un elemento esencial de su planificación financiera personal, ya que la cobertura de LTD le brinda protección en caso de que su capacidad para trabajar se vea afectada por un accidente o una enfermedad.

Usted no tiene que inscribirse en la cobertura de LTD de Citigroup. Sin embargo, si decide inscribirse en la cobertura de LTD en cualquier momento que no sea cuando primero es elegible o como resultado de un cambio de estado de la calificación, deberá someterse a un examen físico y/o proveer evidencia de buena salud. Además, el Plan no cubrirá ninguna discapacidad que haya sido la causa, el factor agravante o el resultado de una condición preexistente hasta que su inscripción en el Plan no haya superado los 12 meses consecutivos de adhesión.

Una condición pre-existente es una lesión, enfermedad o embarazo para el cual - en los tres meses previos a la fecha de vigencia de la cobertura - usted recibió tratamiento, consulta, atención o servicios médicos; tomó fármacos con receta o le recetaron fármacos; o tuvo síntomas que hubieran empujado a una persona razonablemente prudente a buscar consulta, atención o tratamiento

### SI SU COMPENSACIÓN TOTAL ES:

\$50,000.99 <sup>1</sup> o menos	Citigroup provee cobertura de LTD sin costo alguno para usted.
De \$50,00 <sup>1</sup> a \$500,000	Usted pagará el costo de la cobertura luego de la reducción impositiva correspondiente.

<sup>1</sup> Si su compensación anual aumenta a más de \$50,000.99 durante el año y usted desea cobertura de LTD para el año próximo, deberá inscribirse durante la inscripción anual. De lo contrario, no tendrá cobertura de LTD a partir del día primero del próximo año. No se le requerirá proveer evidencia de buena salud para inscribirse en ese momento.

Usted puede ser elegible para recibir beneficios de LTD en un lapso de 13 semanas posterior a la aprobación de una STD. Los beneficios se pagan mensualmente, y continúan mientras continúe su discapacidad aprobada, hasta la edad de 65 años (o por más tiempo, dependiendo de la edad en que comience su discapacidad). Consulte el diagrama siguiente:

### BENEFICIOS DE LTD

Edad de inicio de la discapacidad total	Fecha en que los beneficios mensuales de LTD cesarán
60 años de edad o menos	Su cumpleaños N°65
60	La fecha en que el beneficio mensual N°60 sea pagable
61	La fecha en que el beneficio mensual N°48 sea pagable
62	La fecha en que el beneficio mensual N°42 sea pagable
63	La fecha en que el beneficio mensual N°36 sea pagable
64	La fecha en que el beneficio mensual N°36 sea pagable
65	La fecha en que el beneficio mensual N°24 sea pagable
66	La fecha en que el beneficio mensual N°21 sea pagable
67	La fecha en que el beneficio mensual sea pagable
68	La fecha en que el beneficio mensual N°15 sea pagable
De 69 de edad o mayor	La fecha en que el beneficio mensual sea pagable



### Cuando son pagables los beneficios de LTD

Para fines de ser elegible para beneficios de LTD, una discapacidad significa que, debido a enfermedad, embarazo o lesión accidental, usted está recibiendo atención y tratamiento adecuado de un médico en forma continua y no puede desempeñar su propia ocupación para ningún empleador de su economía local. Durante un período de hasta 60 meses, y dependiendo de su remuneración antes de su discapacidad, puede que siga siendo elegible para los beneficios si no puede ganar más del 60% del monto de su remuneración anterior a la discapacidad en cualquier empleo para el que esté razonablemente calificado.

Los beneficios de LTD son pagables después de que su discapacidad es aprobada y reciba 13 semanas de beneficios de Discapacidad a Corto Plazo. Para postularse a los beneficios de LTD, usted debe estar bajo la atención continua de un médico durante el período de Discapacidad a Corto Plazo.

Si es elegible para los beneficios de Discapacidad a Corto Plazo, regresa al trabajo y entonces, dentro de un período de 30 días, no puede trabajar como resultado de la misma discapacidad o de una relacionada, su ausencia se procesará como un reclamo recurrente y podrá comenzar a recibir el balance de sus beneficios de Discapacidad a Corto Plazo. Si la discapacidad continúa y cumple con el periodo de los 91 días de espera, accederá a los beneficios de Discapacidad a Largo Plazo una vez que hayan sido aprobados.

La prestación de los beneficios de STD y LTD están sujetos a los términos y condiciones del Plan correspondiente. Para ver las contrapartidas, exclusiones y limitaciones que se aplican a los beneficios, consulte el documento del Plan y la póliza de seguros. El propósito de esta sección no es reemplazar los documentos actuales del Plan.

Para revisar el Documento del Plan de Discapacidad, visite [www.benefitsbookonline.com](http://www.benefitsbookonline.com). Si no tiene acceso a este sitio Web, puede pedir una copia gratis contactando a un representante del Centro de Servicios de Beneficios. Llame a ConnectOne al 1-800-881-3938. En el menú principal, elija la opción de "beneficios médicos y de bienestar" (*health and welfare benefits*) y luego siga las instrucciones del Centro de Servicios de Beneficios.

## Beneficios del Seguro de Vida

### Seguro de Vida Básico/AD&D

Citigroup provee el Seguro de Vida Básico (a través de MetLife) y el 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 1o de enero del próximo año.

Debido a que Citigroup paga el costo total de su Seguro de Vida Básico, usted tiene que pagar impuestos por el valor de la cobertura que exceda los \$50,000. El valor restante del seguro de vida estará sujeto al impuesto al "ingreso imputado" (*imputed income*), cantidad que aparece en su talonario de pago o en la Formulario de Ingresos y Retención W-2 para el año en el que comenzó la cobertura efectiva. Esto no es una deducción, pero sí una cantidad agregada a su pago de impuestos. El ingreso imputado se basa en la cantidad de la cobertura del Seguro de Vida Básico que exceda los \$50,000.

Si su compensación total es superior a los \$50,000, usted puede optar por una compensación por sólo \$50,000 para Seguro de Vida Básico. En ese caso, no estará sujeto al ingreso imputado, pero tendrá también que rechazar el beneficio adicional. No podrá hacer cambios en su Seguro de Vida Básico hasta el próximo periodo de inscripción anual.

### Opción de adelanto del Seguro de Vida Básico

La opción de adelanto de beneficios (*Accelerated Benefits Option, ABO*) de su cobertura de seguro de vida está disponible si es un enfermo terminal 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 hasta un máximo de \$100,000, menos cualquier cargo por gastos aplicables. El monto mínimo que se pagará es el 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 escoja otro método de pago.

## Sección 2-Provisiones del Plan

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

- Un formulario completado de reclamo de adelanto de beneficios, disponible en MetLife;
- Una certificado firmado por un médico indicando que usted está terminalmente enfermo; y
- Un examen por un médico que elija MetLife, si le fuera solicitado, sin costo alguno para usted.

El beneficio de adelanto del seguro se pagará sólo una vez en su vida. Luego de su fallecimiento, al beneficio del Seguro de Vida Básico que se le pague a su beneficiario se le restará el monto del adelanto pagado, además de cualquier cargo de intereses y gastos.

Si termina su empleo en Citigroup, podrá convertir su cobertura de Seguro de Vida Básico/AD&D en una política individual contactando a MetLife dentro de 31 días luego de que termine su empleo en Citigroup.

### Seguro de Vida Grupal Universal (GUL) Opcional/AD&D Suplementario

#### Cobertura para empleados

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

Si usted se está inscribiendo fuera del periodo inicial de elegibilidad (31 días luego de su fecha de reclutamiento), como resultado de un cambio de estado de la calificación, o por una cantidad mayor de tres veces su compensación o equivalente a \$1.5 millones, usted debe proveer evidencia de buena salud y estar activo en su empleo antes de que la cobertura sea efectiva.

El costo se basa en el monto de la cobertura que usted elija, su edad, y en el hecho de si ha usado productos de tabaco en los últimos 12 meses.

Si su compensación total se reduce, el monto de su Seguro de GUL Opcional continuará basado en la compensación total más alta, a menos que llame al Centro de Servicios 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 provea evidencia de buena salud satisfactoria antes de que la cobertura aumentada entre en vigor.

Si se va de Citigroup, puede continuar con la cobertura. 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 finalización de su empleo.

Una vez que se inscriba para el Seguro de GUL Opcional (provisto por MetLife), recibirá automáticamente cobertura de seguro de AD&D Suplementario por el mismo monto que su cobertura de GUL. La cobertura de AD&D Suplementario la provee CIGNA.

### Opción de adelanto de los beneficios del Seguro de Vida Grupal Universal Opcional

La opción de adelanto de beneficios (ABO) de su cobertura de GUL está disponible si usted es un enfermo terminal debido a una lesión o enfermedad, y se espera que fallezca en menos de seis meses.

Bajo la opción ABO, usted puede recibir hasta un 50% del monto de su Seguro de GUL, que no deberá exceder el máximo de \$250,000, menos los cargos de gastos aplicables. Este beneficio acelerado se pagará en una suma global, a menos que usted o su representante legal escoja otro método de pago.

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

- Un formulario completado de reclamo de adelanto de beneficios, disponible en MetLife;
- Una certificado firmado por un médico indicando que usted está terminalmente enfermo; y
- Un examen por un médico que elija MetLife, si le fuera solicitado, sin costo alguno para usted.

El beneficio de adelanto del seguro se pagará sólo una vez en su vida. Luego de su fallecimiento, se descontará del beneficio del Seguro de GUL que se le pague a su beneficiario el monto del adelanto de los beneficios pagado, además de cualquier cargo por intereses y gastos.

El beneficio de adelanto no es pagable si:

- Usted ha asignado a otro(s) el beneficio por muerte;
- La totalidad 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 inferior a \$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 del Fondo de Acumulación de Efectivo (Cash Accumulation Fund, CAF). El CAF le permite ahorrar dinero que gana una tasa de interés competitiva sobre la base de los impuestos diferidos. Las contribuciones se deducen de su salario en cada período de nómina. La contribución mínima es de \$10 al mes o \$120 al año.

Usted podrá ver su contribución mínima y máxima en el Sitio Web de Beneficios de Citigroup (Citigroup Benefits Web Site) o en su Hoja de Trabajo de Inscripción Personal. Si la prima que usted paga mediante esta selección excede los límites reales de su certificado, basado en la actividad histórica actual dentro de su certificado, MetLife lo/a contactará directamente en cuanto a un reembolso. Usted puede cambiar el monto de su contribución en cualquier momento. **Nota:** Una reducción en los montos de cobertura podría afectar sus contribuciones al CAF.

Para obtener información acerca de su CAF, llame a MetLife al 1-800-523-2894.

### Cobertura para su cónyuge o pareja

Usted puede inscribir a su cónyuge o pareja en la cobertura de Seguro de Vida Grupal Universal Opcional en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$100,000. No tiene que comprar el Seguro de Vida Grupal Universal Opcional /AD&D Suplementario para poder inscribir su cónyuge o pareja en la cobertura.

Dentro de 31 días de su elegibilidad inicial, puede inscribir a su cónyuge o pareja por un monto de hasta un máximo de \$30,000 de cobertura sin que su cónyuge o pareja tenga que proveer pruebas de buena salud.

Si se inscribe en cualquier otro momento, su cónyuge o pareja tendrá que proveer evidencia de buena salud por cualquier monto de cobertura del cónyuge o pareja.

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

Si se va de Citigroup o pone fin a su matrimonio o la relación con su cónyuge o pareja, éste/a puede continuar con la cobertura. MetLife le facturará directamente a él o ella una

tarifa mayor que la tarifa de grupo de Citigroup. La tarifa entrará en vigor en el mes siguiente a la finalización de su empleo, de su matrimonio o de la relación con su pareja.

También puede abrir un Fondo de Acumulación de Efectivo (CAF) a nombre de su cónyuge o pareja.

Una vez inscripto(a) en el Seguro de Vida Grupal Universal Opcional provisto por MetLife, su cónyuge o pareja recibirá automáticamente cobertura de seguro AD&D Suplementario por el mismo monto que su cobertura de GUL. La cobertura de AD&D Suplementario es provista por CIGNA.

### Cobertura para sus hijos

Si se ha inscripto en la cobertura del Seguro de Vida Grupal Universal Opcional /AD&D Suplementario para usted o su cónyuge o pareja, puede inscribir a sus hijos dependientes elegibles en el seguro de vida/AD&D desde \$5,000 hasta \$20,000, en incrementos de \$5,000. *El hijo(a) debe tener por lo menos 14 días de edad para ser cubierto.*

Cuando inscribe a su hijo en la cobertura del seguro de vida o del seguro AD&D, todos sus hijos elegibles estarán cubiertos automáticamente.

**Nota:** Si está inscripto en la cobertura para hijos y tiene o adopta otro hijo, tiene que reportar el nacimiento o adopción de su hijo al Centro de Servicios de Beneficios para que su nuevo hijo pueda ser cubierto.

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

### Seguro contra Accidentes por Viajes de Negocios (BTA)

El Seguro contra Accidentes por Viajes de Negocios (*Business Travel Accident, BTA*) solo provee seguro contra accidentes y paga beneficios por lesiones corporales y/o muerte; *no provee* cobertura por enfermedad. La cobertura es provista por AIG.

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

El monto de cobertura del cónyuge o pareja elegible es de \$150,000. El monto de cobertura de cada hijo dependiente elegible es de \$25,000.

## Sección 2-Provisiones del Plan

Los beneficios por BTA se pagan en caso de muerte, desmembramiento, parálisis y pérdida del habla y/o de audición mientras está de viaje aprobado en nombre de la Compañía. Ciertas pérdidas cubiertas están sujetas a limitaciones. Dependiendo de la naturaleza de su pérdida, puede tener derecho a recobrar menos de su cantidad de cobertura total. Si sufre más de una pérdida en un accidente, sólo se le pagará por la pérdida que provea el beneficio más alto. Cada accidente aéreo está sujeto a un límite máximo de beneficios, sin importar el número de personas cubiertas que sufran una pérdida o la severidad de la pérdida.

Cuando abandone Citigroup, podrá convertir su cobertura de BTA a una póliza individual por Muerte Accidental y Desmembramiento si no ha alcanzado los 70 años de edad y si envía una solicitud y la prima requerida dentro de los 31 días posteriores a haber terminado su empleo. La cobertura bajo la póliza individual no será menor de \$25,000 ni mayor a su cobertura para empleados ó \$500,000, lo que sea mayor.

El beneficiario de su BTA es la persona o personas designadas para recibir beneficios pagables si usted fallece, y es el mismo beneficiario que el del Seguro de Vida Básico.

### Seguro de Cuidado a Largo Plazo (LTC)

Usted puede comprar una cobertura de Seguro de Cuidado a Largo Plazo (*Long-Term Care, LTC*) 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 aplicar aunque usted no lo haga. Los miembros de la familia elegibles son:

- Su cónyuge o pareja;
- Sus padres o suegros;
- Sus hijos adultos o los hijos adultos de su cónyuge o pareja\*; 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 proveer pruebas de buena salud.

**Si se inscribe en cualquier otro momento:** Tendrá que proveer evidencia de buena salud aceptable para John Hancock.

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

Sus primas y las de su cónyuge o pareja se deducirán de su nómina. Usted pagará por la cobertura luego de la reducción impositiva correspondiente; el costo está basado en su edad al momento de quedar asegurado.

Los miembros de su familia pueden llenar una solicitud y deben proveer evidencia de buena salud aceptable para John Hancock antes de que se apruebe la cobertura. A los miembros de la familia, que no sean el cónyuge o pareja, se les facturará directamente. La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la aprobación de la solicitud, siempre y cuando no estén discapacitados a esa fecha. Si están discapacitados a esa fecha, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes después de que su discapacidad termine, siempre y cuando todavía sean elegibles.

Para obtener información sobre el costo de la cobertura LTC para usted u otros miembros de la familia elegibles, puede solicitar un paquete de inscripción u obtener una cotización 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 Web o llaman para obtener información deben proveer su nombre como empleado de Citigroup.

### Cómo inscribirse en la cobertura LTC

La inscripción en la cobertura LTC será diferente a la inscripción en otros beneficios médicos y de bienestar de Citigroup. Usted se inscribirá en la cobertura LTC presentando su solicitud a John Hancock o haciendo clic en un enlace de la Página Web de Beneficios de Citigroup. Los miembros de la familia elegibles deben llenar un formulario de inscripción.

### Cuándo son pagables los beneficios de LTC

En general, los beneficios de LTC son pagables si un proveedor de cuidados de salud matriculado certifica que:

- Usted requiere ayuda considerable de otra persona para realizar por lo menos dos "actividades de la vida cotidiana"

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”, y ha completado el período de calificación.

Las actividades de la vida cotidiana por lo general incluyen: bañarse, mantener el autocontrol, vestirse, usar el inodoro, comer y moverse desde y hasta una cama o una silla. 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 solo cuando un coordinador de cuidados de John Hancock confirme su condición calificada.

Con excepciones limitadas, los beneficios de LTC por lo general no serán pagables hasta el final del “período de calificación” de 90 días que comienza en la fecha en que John Hancock certifica que usted cumple con los requisitos de elegibilidad para recibir beneficios. El período de calificación solo tiene que cumplirse una vez mientras usted permanezca asegurado continuamente.

La condición de calificación debe continuar durante este período, pero usted en realidad no tiene que incurrir en gastos, recibir servicios de cuidados a largo plazo ni estar hospitalizado durante este período. Los beneficios de LTC son pagables sobre los cargos cubiertos que usted incurra después de cumplir el período de calificación, siempre y cuando usted permanezca elegible para los beneficios.

### Beneficios y servicios cubiertos

Los beneficios de LTC cubrirán los cargos reales incurridos por los servicios que califican, los cuales generalmente incluyen cuidado en un asilo de ancianos, un centro de cuidados alternos, el cuidado profesional basado en la comunidad, el cuidado informal y los servicios provistos a domicilio. Dependiendo del tipo de servicio, los beneficios están sujetos a un máximo, el cual varía de acuerdo con el nivel de cobertura que usted elija.

### Cómo elegir el nivel de cobertura

Entre las seis opciones que se encuentran en la tabla a continuación, usted debe seleccionar un beneficio máximo diario (*Daily Maximum Benefit, DMB*) de \$115 a \$405 por día. El DMB es lo máximo que el Plan pagará por todos los

servicios cubiertos recibidos en cualquier día. Cada DMB tiene un beneficio máximo de por vida correspondiente (*Lifetime Maximum Benefit, LMB*) el cual es el monto total pagable por los servicios LTC cubiertos mientras esté asegurado adicionales al beneficio por servicios desde el domicilio. El cuidado informal también está sujeto a un máximo por año calendario.

## Sección 2-Provisiones del Plan

	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4	Opción 5	Opción 6
DMB de asilo de ancianos	\$115	\$175	\$230	\$290	\$345	\$405
DMB en un centro de cuidados alternos	\$115	\$175	\$230	\$290	\$345	\$405
DMB de cuidado profesional de la comunidad <sup>16</sup>	\$86.25	\$131.25	\$172.50	\$217.50	\$258.75	\$303.75
DMB de cuidado informal	\$28.75	\$43.75	\$57.50	\$72.50	\$86.25	\$101.25
Máximo de cuidado informal por año calendario <sup>17</sup>	\$862.50	\$1,312.50	\$1,725	\$2,175	\$2,587.50	\$3,307.50
Beneficio máximo de por vida (excluye el beneficio por servicios desde el domicilio)	\$209,875	\$319,375	\$419,750	\$529,250	\$629,625	\$739,125
Beneficio máximo de por vida (excluye el beneficio por servicios desde el domicilio)	\$3,450	\$5,250	\$6,900	\$8,700	\$10,350	\$12,150

<sup>16</sup>Esto incluye atención médica para adultos y los siguientes servicios prestados en su casa: cuidados de salud en el hogar, cuidado de hospicio y servicios de ayuda doméstica provistos por una persona certificada o un empleado a través de una agencia con licencia para proveer servicios de cuidado de la salud en el hogar.

<sup>17</sup>El total de beneficios pagables para todo el cuidado informal recibido en un año calendario equivale a 30 veces el DMB por el cuidado informal.

### Beneficios por servicios desde el domicilio

El beneficio por servicios desde el domicilio puede utilizarse para pagar los gastos de una visita para la planificación del cuidado, modificaciones al hogar, sistema de respuesta a emergencias médicas, equipos médicos duraderos, capacitación a la persona encargada del cuidado, inspección de seguridad del hogar y verificación del proveedor de cuidado.

El monto del beneficio por servicios desde el domicilio es lo máximo que el Plan pagará por el costo de todos los servicios cubiertos recibidos mientras usted esté asegurado, y no excederá el equivalente de 30 veces el DMB. Este máximo de por vida del beneficio por servicios desde el domicilio corre por separado y se agrega al máximo de por vida de sus otros beneficios de LTC.

Este beneficio está disponible durante el periodo de calificación; no está disponible si la cobertura está saldado con pago reducido, y no puede restaurarse bajo la disposición de restauración de beneficios. El monto del beneficio por servicios desde el domicilio se volverá a calcular cada vez que el DMB cambie como resultado de la inflación y/o un aumento o una reducción del beneficio, siempre y cuando no haya agotado este beneficio.

Cualquier beneficio pagado se deducirá del monto recalculado. Excepto por la visita para planificación de los cuidados, usted debe estar residiendo en su casa para ser elegible. El monto máximo pagable para la capacitación de la persona encargada del cuidado no excederá de cinco veces su DMB.

### *Cómo elegir un beneficio de LTC sin riesgo de cancelación o un beneficio contingente de LTC sin riesgo de cancelación*

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

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

Si ejerce este beneficio, mantendrá su monto completo del DMB, pero el LMB se reducirá. Su LMB reducido será equivalente al monto 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 cobertura continua, el LMB reducido sería equivalente al monto mayor entre 90 veces el DMB y la suma de las primas pagadas.

El beneficio contingente sin riesgo de cancelación puede ejercerse sólo en caso de un aumento sustancial de la prima. Un aumento sustancial de la prima variaría desde 10% para una la emisión a los 90 años de edad, hasta más de 200% a la emisión de 29 años de edad o menor, como se detalla en el certificado que recibirá si se le aprueba la cobertura. El beneficio contingente sin riesgo de cancelación le permite dejar de pagar las primas y mantener un nivel de cobertura reducido.

### *Cómo elegir la 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 Automático de Beneficios (*Automatic Benefit Increase, ABI*), al inscribirse, por un costo adicional. Si no elige esta opción, la disposición de opción de compra futura se incluirá en su cobertura.

Bajo la opción de ABI, los aumentos a sus montos de beneficios ocurrirán automáticamente cada año. Cada 1o de enero, comenzando el 1o de enero de 2007, el monto del 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 1o de enero, no se aplicará ningún aumento en la fecha de vigencia de su cobertura.

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. Sin embargo, ningún aumento futuro en el monto de los beneficios se aplicará si usted deja de pagar las primas y continúa con la cobertura en vigor sobre una base pagada y reducida bajo el beneficio sin riesgo de cancelación.

Bajo la opción de compra futura, se le ofrecerán montos de cobertura adicionales cada tres años para mantenerse al día con la inflación. El monto de cada ajuste reflejará un aumento anual del DMB de por lo menos un 5% compuesto 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 incluirán un cargo adicional para dar cuenta del riesgo agregado asociado a 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 cobertura saldada con pago reducido.

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

### *Características adicionales*

#### *Beneficio de devolución de prima por muerte*

En su cobertura 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 prima 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 cobertura fue saldada con pago reducido.

## Sección 2-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 que complete el período de calificación, si en ese momento se determina que usted cumple con los requisitos de elegibilidad para los beneficios de la póliza, sus pagos de las primas serán relevados. El relevo continuará siempre y cuando usted permanezca elegible para los beneficios.

### *Portabilidad*

Si se retira o deja Citigroup, puede continuar la cobertura con las tarifas grupales. 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 cuidados alternos por hasta 60 días por año calendario si usted sale de la instalación por poco tiempo mientras recibe los beneficios del Plan.

### *Plan de cuidados alternos*

Se puede establecer un plan de cuidados alternos por acuerdo mutuo entre usted, un proveedor matriculado de cuidados de la salud y John Hancock, si el coordinador de cuidado de John Hancock identifica alternativas al plan actual que rentables y apropiadas para usted. El plan de cuidados alternos puede proporcionar beneficios para servicios o suministros que no estén de otro modo cubiertos por el Plan. Cualquier beneficio pagado bajo un plan de cuidados alternos reducirá el LMB.

### *Restablecimiento de beneficios*

El restablecimiento de beneficios le permite volver a establecer su LMB si presenta evidencia de que:

- No ha cumplido con 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 de forma ininterrumpida bajo un plan de pagos por primas por lo menos durante los 24 meses anteriores a su solicitud.

El restablecimiento no se aplica si la cobertura fue saldada con pago reducido. Su beneficio por servicios desde el domicilio no se restablecerá.

### **Coordinación de beneficios y exclusiones**

Para evitar la duplicación de beneficios, el Plan contiene una disposición de coordinación que puede reducir o eliminar los beneficios que normalmente se pagarían bajo el Plan cuando los mismos ya están siendo pagados bajo otro plan.

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

Es posible que estas exclusiones no sean aplicables en todos los estados y pueden variar dependiendo del estado en el que usted resida. El Certificado de Seguro que recibirá tan pronto como se apruebe su cobertura 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 calificaciones 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 matriculado.

### **Para obtener más información**

Para obtener los detalles de la cobertura disponible y su costo, comuníquese con John Hancock como se explica a continuación:

- Llamando al Departamento del Seguro de Cuidado a Largo Plazo de John Hancock al 1-800-222-6814, ó



- Visitando la página de la red de John Hancock en <http://groupitc.jhancock.com>. El nombre de usuario es "groupitc" y la contraseña es "mybenefit".

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

### Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

El Programa de Asistencia al Empleado (*Employee Assistance Program, EAP*) de Citi realiza evaluaciones y derivaciones de forma confidencial para servicios de salud mental y abuso de sustancias intoxicantes mediante una red de consejeros. Adicionalmente, el EAP provee una biblioteca en línea con miles de artículos, autoevaluaciones, enlaces y recursos relacionados.

Cuando usted o un miembro inmediato de la familia llama al EAP al número gratuito, hablará con un consejero inicial que escuchará sus preocupaciones y lo referirá al proveedor apropiado de EAP en su comunidad. Podrá asistir a un máximo de seis sesiones gratuitas. Si requiere asesoramiento adicional, usted será responsable por el pago de las tarifas aplicables. Debe verificar con su proveedor de planes médicos de Triple S para averiguar de qué manera se reembolsará el tratamiento adicional. En una emergencia, el consejero inicial también proveerá asistencia inmediata, y de ser necesario, coordinará el tratamiento en un centro adecuado.

Los servicios del EAP se brindan por sesión, y no están restringidos únicamente a seis sesiones por año por persona.

seguro médico tendrá permitido adquirir seguro médico en un intervalo de tiempo que comienza al perder la cobertura previa. La ley protege a los empleados –especialmente a los que sufren de condiciones de salud a largo plazo que pueden estar renuentes a dejar el trabajo por temor a que bajo un nuevo plan de seguro las cláusulas sobre condiciones preexistentes limiten su cobertura– 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 consiste de una práctica de cuidado de la salud generalmente aceptada y se requiere para tratar su condición, según lo determine el Administrador de Reclamos.

**Certificación previa:** El requisito de que un participante llame a su plan de salud para coordinar cualquier cirugía con internación, hospitalización y ciertos procedimientos ambulatorios de diagnóstico y/o quirúrgicos. Si usted no se comunica con su plan médico antes de someterse a ciertos procedimientos, sus beneficios se verán afectados por una penalidad de omisión de aviso 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 entrada en vigencia de la cobertura– usted realizó una consulta o recibió tratamiento, atención o servicios médicos; tomó fármacos con receta o le recetaron fármacos; 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 por Calificación.

**Servicios de bienestar:** Los cargos por exámenes de cuidado de rutina basados en las normas de la Asociación Médica Americana (*American Medical Association*) y las recomendaciones de médicos. Los gastos cubiertos incluyen exámenes físicos de rutina (entre ellos: exámenes para mujeres sanas y niños sanos) e inmunizaciones.

## Glosario

**Coaseguro:** La parte de un gasto cubierto que usted paga después de haberse pagado 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 cualifican 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 de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*):** Una ley estadounidense que establece que cualquier persona que pertenezca a un plan grupal de





# Sección 3

## Información legal y administrativa



## Cuando la cobertura termina

Su cobertura bajo el Plan Médico, el Plan Dental y el Plan de Cuidado de la Visión de Citigroup terminarán automáticamente en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que el Plan de Citigroup se dé por terminado;
- 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 retire, fallezca o de otro modo deje de ser elegible para la cobertura; o
- La fecha en que los beneficios pagados a su nombre sean iguales al beneficio máximo de por vida bajo el Plan; la cobertura de los dependientes elegibles que no han alcanzado su máximo de por vida no se verá afectada.

El Seguro de Vida Básico y la cobertura por Discapacidad a Corto y Largo Plazo termina en la fecha en que termina su empleo. La cobertura del Seguro de Vida Grupal Universal Opcional finaliza el último día del mes en el que termina su empleo.

La cobertura 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 cobertura, excepto en caso de su fallecimiento, en cuyo caso la cobertura continuará durante seis meses;
- La fecha que usted elija para terminar la cobertura de sus dependientes elegibles;
- El último día para el cual se hagan las contribuciones necesarias;
- La fecha en que el dependiente elegible deje de calificar para la cobertura; la cobertura permanecerá en vigor hasta el 31 de diciembre del año en el que el hijo alcance la mayoría de edad o ya no sea estudiante a tiempo completo; la cobertura permanecerá en vigor hasta el final 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 cobertura bajo una Orden de Sustento de Menores para Gastos Médicos por Calificación.

Usted y sus dependientes cubiertos elegibles pudieran continuar la cobertura bajo COBRA. Véase "COBRA" en la página 48.

### *Cobertura cuando se retire*

Usted pudiera ser elegible para cobertura de cuidado médico para personas retiradas si tiene al menos 55 años y cuenta con un mínimo de cinco años de servicio cuando termine su empleo en Citigroup. Además, cuando el empleo termina el 1 de marzo de 2007 o después, usted puede ser elegible para una cobertura de cuidado médico para personas retiradas si tiene al menos 50 años y cuenta con un mínimo de 10 años de servicio al terminar su empleo en Citigroup. Para más información acerca de la elegibilidad para esta cobertura, contacte al Centro de Servicios de Beneficios. Se le pedirá que contribuya con el costo de la cobertura.

### *Cobertura para dependientes sobrevivientes*

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

#### **Si el empleado no era elegible para cobertura de cuidado de la salud para personas retiradas al momento del fallecimiento:**

La cobertura médica y dental continuará para las personas cubiertas durante seis meses sin costo alguno. ADP, el administrador de COBRA en Citigroup, enviará un paquete de notificación de COBRA. Para recibir este periodo de seis meses de cobertura dental y médica gratuita, los sobrevivientes cubiertos y elegibles deben elegir continuar con COBRA firmando y devolviendo el formulario de elección a ADP.

#### **Si el empleado era elegible para cobertura de cuidado de la salud para personas retiradas en el momento del fallecimiento:**

Al finalizar este periodo de seis meses gratuito, según los procedimientos descritos arriba, las personas cubiertas pueden continuar con la cobertura de COBRA o elegir cuidado de salud para personas retiradas. La cobertura de cuidado de salud para personas retiradas será provista bajo los mismos términos que la cobertura provista a empleados retirados.

## Sección 3- Información legal y administrativa

### Cobertura en caso de discapacidad

Si usted queda discapacitado, usted y sus dependientes elegibles pueden continuar la cobertura de cuidados médicos, dentales y de la visión hasta por 13 semanas, siempre y cuando haga las contribuciones como empleado activo.

Si queda totalmente discapacitado, la cobertura continuará de la siguiente manera.

La **cobertura médica** continuará por 52 semanas, incluyendo el período de 13 semanas de la STD, siempre y cuando pague las contribuciones como empleado activo. Después de esto, podrá continuar la cobertura médica haciendo las mismas contribuciones que los empleados activos, en base a sus años de servicio, según se muestra a continuación. (Después de 52 semanas de discapacidad, su empleo se dará por terminado.)

Años de servicio reconocidos al momento de aprobarse la LTD	Período de continuación médica luego de 52 semanas (la terminación de su empleo):
Menos de 2 años	6 meses
de 2 a menos de 5 años	Igual a la duración del servicio
5 años o más	Mientras esté discapacitado o no haya alcanzado el límite de edad máxima para recibir los beneficios de la LTD

Su administrador de reclamos por discapacidad controlará médicamente su discapacidad si usted es un empleado totalmente discapacitado a quien se le ha denegado la LTD debido a una condición preexistente, que no se inscribió para la LTD o que ha alcanzado el beneficio máximo bajo la regla de limitación de dos años.

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

Al final del período de continuación de la cobertura médica indicada arriba, usted podrá continuar la cobertura a través de COBRA (si corresponde). El período de continuación indicado arriba se considera parte del período de COBRA.

**La cobertura dental** continuará durante 52 semanas, incluyendo el período de 13 semanas de la STD, siempre y cuando pague las contribuciones como empleado activo. Usted podrá continuar entonces la cobertura bajo COBRA.

**La cobertura de la visión** continuará durante el período de 13 semanas de la STD, siempre y cuando pague las contribuciones como empleado activo. Usted podrá continuar entonces la cobertura a través de Davis Vision.

*Las coberturas del Seguro de Vida Básico/ Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) y Seguro de Vida Grupal Universal (GUL) Opcional/ Seguro AD&D terminan después de 52 semanas, pero puede convertir su cobertura del Seguro de Vida Básico/ AD&D a una póliza individual y continuar con su cobertura de GUL a una tarifa más elevada llamando a MetLife como se indica en la página.*

### Cobertura si toma una licencia

Si se encuentra bajo licencia aprobada, llame al Centro de Servicios de Beneficios para conocer sus derechos para continuar la cobertura médica, dental y/o de la visión.

### Cobertura continua durante una licencia bajo la FMLA

La Ley de Licencia por Razones Médicas y Familiares (*Family Medical Leave Act, FMLA*) le da derecho a los empleados elegibles a tomar una licencia por año debido a una enfermedad grave, el nacimiento o adopción de un hijo, o para cuidar de un cónyuge/pareja, hijo o padre que tenga una condición de salud grave.

Si usted es elegible para una licencia bajo la FMLA, puede tomar una licencia de hasta 13 semanas por año, excepto donde las leyes estatales dispongan lo contrario.

Si usted toma una licencia sin goce sueldo acorde con la FMLA, puede continuar la cobertura médica, dental y de la visión para usted y sus dependientes, siempre y cuando continúe aportando su parte del costo de la cobertura durante la licencia. Se le facturarán directamente.

Si pierde cualquier cobertura durante una licencia acorde con la FMLA debido a que no hizo las contribuciones requeridas, puede volver a inscribirse cuando regrese de su licencia. Su cobertura 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 acorde con la FMLA, tendrá el derecho de inscribirse en COBRA para continuar su cobertura médica, dental y de la visión.

Si su empleo se da por terminado mientras se encuentra de licencia acorde con la FMLA, también puede ser elegible para continuar su cobertura bajo COBRA.

### Cobertura continua durante una licencia militar

La Política de Licencia Militar con Goce de Sueldo de Citigroup (Citigroup Paid Military Leave of Absence Policy) se actualizó por última vez el 11 de marzo de 2006. Para obtener una copia de la versión más reciente de la política, visite [Citigroup.net](http://Citigroup.net). En la página de inicio, haga una búsqueda con la frase "licencia militar" (military leave). Luego haga clic sobre la política más reciente.

Si toma una licencia militar, ya sea debido a servicio activo o para entrenamiento militar, tiene el derecho de continuar su cobertura médica acorde con la Política de Licencia Militar con Goce de Sueldo de Citigroup.

Si toma licencia militar, ya sea para servicio activo o entrenamiento militar, tendrá derecho a continuar su cobertura médica, dental y de la visión a las mismas tarifas que un empleado activo durante toda la duración de su licencia. Las contribuciones del empleado se deducirán automáticamente de su sueldo.

El comienzo de una licencia militar se considera un cambio de estado de la calificación. Como resultado, usted puede cancelar la cobertura de cualquier plan de beneficios de bienestar y salud en el que esté inscripto, o si no se ha inscripto en ninguno, puede inscribirse en ciertas coberturas.

Debe comunicarse con el Centro de Servicios de Beneficios para inscribirse o cancelar coberturas. Si no se comunica con el Centro de Servicios de Beneficios, sus selecciones de beneficios continuarán en efecto por el resto del año que esté con licencia militar (a menos que la cobertura se cancele automáticamente cuando su licencia termine).

Puede participar en cualquier periodo de inscripción anual mientras esté bajo licencia militar. Si usted no puede elegir un plan durante la inscripción anual, los planes en los que ya está inscripto continuarán en efecto hasta que regrese de su licencia y pueda elegir sus nuevos planes de salud y bienestar. Si usted elige no continuar con la cobertura mientras está de la licencia, tendrá derecho a volver a inscribirse cuando regrese a trabajar.

Llame a su Centro de Servicios de Beneficios, como se indica en la página , o comuníquese con su representante de Recursos Humanos para obtener más información acerca de la licencia militar.

## Aviso Importante de Citigroup Acerca de su Cobertura de Fármacos Recetados y Medicare

Citigroup ha determinado que la cobertura de fármacos recetados provista mediante el Plan Médico es "acreditable" bajo Medicare.

## Aviso de Divulgación de Cobertura Acreditable

*Para empleados y ex-empleados inscriptos en los planes médicos de Citigroup.*

Este aviso, requerido por Medicare para entregar a los individuos que califican para Medicare<sup>21</sup>, contiene información acerca de su cobertura actual de fármacos recetados provista por Citigroup y la cobertura de fármacos recetados disponible desde el 1o de enero de 2006 para beneficiarios de Medicare.

**Conserve este aviso.** Si se inscribe en la cobertura de fármacos recetados de Medicare, se le podría pedir que presente este aviso como prueba de que poseía una "cobertura acreditable", y por lo tanto, no se le puede requerir que pague una prima más alta que las primas generalmente cobradas por los planes de Parte D de Medicare (*Medicar Part D*). Podría recibir este aviso en otras ocasiones futuras, por ejemplo, antes del próximo periodo de inscripción a la cobertura de fármacos recetados de Medicare y/o cuando ocurran cambios en su cobertura de fármacos recetados de Citigroup que causaran que la cobertura ya no pudiera ser considerada "cobertura acreditable". Podrá solicitar otra copia de este aviso llamando a ConnectOne al 1-800-881-3938. Desde el menú principal de ConnectOne, elija la opción de "beneficios médicos y de bienestar" (health and welfare benefits), y luego siga las instrucciones consultar con un representante del Centro de Servicios de Beneficios.

<sup>21</sup>Citigroup está legalmente obligada a distribuir este aviso tanto a sus empleados actuales como a sus ex-empleados que estén inscriptos en la cobertura de Citigroup y que puedan calificar para beneficios de Medicare. Generalmente, usted se vuelve elegible para Medicare a la edad de 65 años, o como resultado de una discapacidad.

## Sección 3- Información legal y administrativa

### Cobertura de fármacos recetados y Medicare

A partir del 1º de enero de 2006, la cobertura de fármacos recetados provista por los planes de fármacos recetados de Medicare ha estado disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Esta cobertura es ofrecida por compañías privadas de seguros médicos y no directamente por el gobierno federal.

*Todos los planes de fármacos recetados de Medicare proveen como mínimo un nivel "estándar" de cobertura establecido por Medicare.* Algunos planes también pueden proveer más cobertura por una prima mensual mayor.

### 'Cobertura acreditable'

Usted posee cobertura para fármacos recetados mediante su plan médico de Citigroup. Citigroup ha determinado que su cobertura de fármacos recetados de Citigroup constituye una "cobertura acreditable". Esto significa que en términos generales, se espera que la cobertura de fármacos recetados de Citigroup cubra, como mínimo, la misma cantidad que cubriría la cobertura de fármacos recetados estándar de Medicare para todos los participantes del plan. Ya que su cobertura existente es, en términos generales, al menos tan buena como la cobertura de fármacos recetados estándar de Medicare, usted puede mantener esta cobertura sin pagar extra si más tarde decide inscribirse en la cobertura de Medicare.

### Entendiendo los elementos básicos

Depende de usted decidir qué opción de cobertura de fármacos recetados es más conveniente para usted y su familia a nivel financiero en base a su situación personal. Si está considerando la posibilidad de unirse a un plan de fármacos recetados de Medicare disponible en su área, debe evaluar cuidadosamente lo que ofrece este plan y compararlo con la cobertura que puede obtener bajo su plan médico de Citigroup. Antes de decidir si unirse a un plan de fármacos recetados de Medicare, asegúrese de entender las implicaciones de hacerlo:

- Usted posee cobertura para fármacos recetados mediante su plan médico de Citigroup. Su cobertura para fármacos recetados bajo el plan médico de Citigroup se considera primaria para fines de Medicare si usted es un empleado actual de Citigroup. Esto significa que su plan de Citigroup pagará primero los beneficios. Aunque puede decidir unirse a un plan de fármacos recetados de Medicare para complementar su plan médico de Citigroup, debe tener en cuenta las maneras en las que la cobertura en el plan de Citigroup podrían afectar los beneficios que recibe bajo el plan de fármacos recetados de Medicare.
- Si decide cancelar su cobertura de fármacos recetados de Citigroup e inscribirse en un plan de fármacos recetados de Medicare, es posible que no pueda recuperar su cobertura con Citigroup más adelante. Debe comparar cuidadosamente su cobertura actual, incluyendo la lista de fármacos cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de fármacos recetados bajo Medicare en su área.
- Su cobertura existente de Citigroup es, en términos generales, al menos tan buena como la cobertura estándar de fármacos recetados de Medicare (ésta es su cobertura "acreditable"). Como resultado, puede mantener su cobertura actual de Citigroup sin tener que pagar extra si decide que desea unirse a un plan de fármacos recetados de Medicare. Las personas pueden inscribirse en un plan de fármacos recetados del Medicare desde el momento en que se vuelven elegibles para beneficios de Medicare. Además, las personas con Medicare tendrán la oportunidad de inscribirse en un plan de fármacos recetados de Medicare durante un período de inscripción anual, entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre, para cobertura desde el primer día del año siguiente.
- Si usted cancela o pierde su cobertura con Citigroup y no se inscribe inmediatamente en un plan de fármacos recetados de Medicare luego de que termina su cobertura actual, podría tener que pagar más cuando decida inscribirse en un plan de fármacos recetados de Medicare más adelante. Si pierde su cobertura de fármacos recetados bajo el plan médico de Citigroup, sin que medie ningún incumplimiento de su parte, será elegible para un Período de Inscripción Especial (*Special Enrollment Period, SEP*) de 60 días para inscribirse en un plan de fármacos recetados de Medicare a causa de su cobertura perdida. Además, si pierde o decide cancelar su cobertura bajo el plan de fármacos recetados de Citigroup, también será elegible para inscribirse en un plan de fármacos recetados de Medicare en un SEP. Si pasa 63 días o más sin una cobertura de fármacos recetados que sea al menos tan buena como la cobertura de fármacos recetados de Medicare, su prima mensual aumentará en un mínimo de 1% por cada mes que no haya poseído esta cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin una cobertura, su prima siempre será al menos 19% mayor de lo pagado por otras personas por la misma cobertura. Deberá pagar este porcentaje mayor de prima mientras mantenga su cobertura de Medicare. Además, podría tener que esperar hasta el periodo de inscripción anual siguiente para inscribirse.



## Para más información acerca de Medicare

Podrá obtener más información acerca de los planes de fármacos recetados de Medicare de la siguiente forma:

- Visitando [www.medicare.gov/](http://www.medicare.gov/) para ayuda personalizada.
- Llamando a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (*State Health Insurance Assistance Program*) -vea su copia del libro "Medicare y Usted" (*Medicare and You*) para consultar el número de teléfono.
- Consultando su copia del libro "Medicare y Usted", que recibirá por correo de parte de Medicare anualmente.
- Llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); para servicio de TTY llame al 1-877-486-2048.

¿Cualifica usted para "ayuda adicional" de parte de Medicare en base a sus ingresos y recursos? Podrá encontrar las normas de Medicare en cuanto a activos y niveles de ingresos en [www.cms.hhs.gov/medicarereform/lir.asp](http://www.cms.hhs.gov/medicarereform/lir.asp) o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Si cualifica para ayuda, visite el sitio Web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov/](http://www.socialsecurity.gov/) o llame al 1-800-772-1213 para pedir una solicitud.

## Para más información acerca de este aviso

Llame a ConnectOne al 1-800-881-3938. En el menú principal de ConnectOne, elija la opción de "beneficios médicos y de bienestar" (*health and welfare benefits*) y luego siga las instrucciones para consultar con un representante del Centro de Servicios de Beneficios.

Para servicios telefónicos con texto, llame al Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones al 1-866-280-2050. Luego llame a ConnectOne al 1-800-881-3938 como se indica anteriormente.

**Nota:** Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período de inscripción a los planes de fármacos recetados de Medicare, y si cambia la cobertura a través de Citigroup. También puede solicitar una copia.

# Aviso de las prácticas de confidencialidad según la HIPAA

En este Aviso de Prácticas de Confidencialidad se describe cómo el Plan Médico de Citigroup, el Plan Dental de Citigroup y el Plan de la Visión de Citigroup (juntas denominados en

este aviso como "Contrato de cuidado organizado de la salud" (*Organized Health Care Arrangement*), e individualmente denominados en este aviso como "Plan Componente" (*Component Plan*) pueden utilizar y divulgar su información de salud protegida.

Este Aviso también estipula las obligaciones legales de los Planes Componentes en cuanto a su información de salud protegida y describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida. Todos los Planes Componentes han acordado registrarse por los términos de este Aviso. Este Aviso se ha redactado de acuerdo con la Regla de Confidencialidad de la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996), contenida en el Código de Reglamentaciones Federales en el Título 45 (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 48. Para ejercer cualquiera de los derechos que se describen en este aviso, comuníquese con el administrador externo del Plan Componente pertinente, como se indica en la página 64.

## Responsabilidades de los Planes Componentes

La ley exige que cada Plan Componente mantenga el carácter privado de su información de salud protegida. La Regla de Confidencialidad de la HIPAA ha definido la "información de salud protegida" de forma tal que incluye cualquier información de salud identificatoria del individuo (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 dicho individuo; la prestación de cuidado de la salud al mismo; 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 registrarse por los términos de este aviso.

## Sección 3- Información legal y administrativa

### Usos y divulgación de Información de Salud Protegida

A continuación se describe cuándo se le permite o se le requiere a cualquier Plan Componente utilizar o divulgar su información de salud protegida. Esta lista es obligatoria de conformidad con 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 “pagos” y “operaciones de cuidado de la salud”, según se definen en la Regla de Confidencialidad de la HIPAA.

**Pagos.** Los Planes Componentes utilizarán o divulgarán su información de salud protegida para cumplir con sus responsabilidades de cobertura y proveer beneficios como se establece en 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 de negocio de los Planes Componentes. Estas funciones incluyen, entre otras, evaluación y mejoramiento de la calidad, revisión del desempeño de los proveedores, 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 celebrar contratos con proveedores de servicios -llamados asociados comerciales- para que desempeñen varias funciones en su nombre. Por ejemplo, los Planes Componentes pueden contratar a un proveedor de servicios para que desempeñe las funciones administrativas necesarias para pagar sus reclamos médicos. Para realizar 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 proteja adecuadamente su información.

**Contrato de cuidado organizado 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 cuidados de la salud cuando el proveedor lo necesite para proporcionarle tratamiento, y los Planes Componentes pueden divulgar información de salud protegida a otra entidad cubierta para realizar operaciones de cuidados de la salud en áreas de actividades de garantía de calidad y mejoramiento y de acreditación, certificación, licencias o credenciales.

Esto también significa que los Planes Componentes pueden divulgar o compartir su información de salud protegida con otros programas de cuidados 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 cobertura 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 con el fin de prevenir o controlar las enfermedades, lesiones o discapacidad, o puede divulgar dicha información a una autoridad de salud pública autorizada para recibir informes de abuso o negligencia de menores. Los Planes Componentes también pueden divulgar información de salud protegida, si se lo solicita 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, 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 cuidados 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 procedimientos legales.** Los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida en el transcurso de un procedimiento 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 cumplen ciertas condiciones, los Planes Componentes también pueden divulgar su información de salud protegida por una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

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

**Fuerzas del orden.** Bajo ciertas circunstancias, los Planes Componentes también pueden divulgar su información de salud protegida a las fuerzas del orden con el fin de hacer cumplir las leyes. Estos fines incluyen, a modo 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.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores fúnebres.** 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 establecido protocolos para asegurar la confidencialidad de su información de salud protegida o (2) la investigación incluye un conjunto de datos limitados que no incluye identificadores únicos (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.** De conformidad con las leyes aplicables, 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.** Bajo ciertas condiciones, los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida en caso de que usted sea, o en algún momento haya sido, personal de las Fuerzas Armadas, para actividades consideradas necesarias por autoridades competentes del comando militar. Si usted es miembro de un 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 recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de las fuerzas del orden, los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de las fuerzas del orden para (1) que la institución le provea atención médica; (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.

## Sección 3- Información legal y administrativa

**Compensación de Empleados.** Los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida para cumplir con las leyes de Compensación de Empleados 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 proveedores de seguros de salud respectivos) pueden divulgar su información de salud protegida a Citigroup y sus empleados y representantes en su carácter de patrocinador de los Planes Componentes.

**Otros que participan del cuidado de su salud.** Los Planes Componentes pueden divulgar su información de salud protegida a un amigo o miembro de la familia que esté participando del cuidado de su salud, a menos que usted lo prohíba o solicite una restricción (de acuerdo con el proceso que se describe en la sección "Derecho a solicitar restricciones" en esta página). Los Planes Componentes también pueden divulgar su información a una entidad que asista en un esfuerzo de asistencia en caso de desastres de manera que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, estado y ubicación. Si usted no está presente o no puede autorizar estas divulgaciones de su información de salud protegida, entonces, empleando el juicio profesional, los Planes Componentes pueden determinar si la divulgación sería beneficiosa para usted.

**Divulgación al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.** A cada Plan Componente se le requiere que divulgue su información de salud protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios 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 divulgue a usted o a su representante personal la mayor parte de su información de salud protegida cuando usted lo solicita. El Plan Componente divulgará su información de salud protegida a una persona que usted designe como su representante personal y que esté calificada para tal designación de acuerdo con las leyes pertinentes.

No obstante, antes de tal divulgación, 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 una persona en particular 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 parte de tal persona; tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro a usted; o 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 solo se harán con su autorización escrita, según se provea a cada Plan Componente. Si usted provee tal autorización a un Plan Componente, puede revocar la autorización escrita y tal revocación entrará en vigor para usos y divulgaciones futuras de la información de salud protegida cuando se reciba. Sin embargo, la revocación no será aplicable para información que dicho Plan Componente ya haya utilizado o revelado en base a tal autorización.

### *Comunicación con usted*

Cada Plan Componente (o sus proveedores de seguros de salud, administradores externos) 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*

A continuación se incluye 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 externo del Plan Componente que usted desea que cumpla con su solicitud utilizando la información de contacto en la página 63.

**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 que participan de su cuidado o del pago del mismo.

Puede solicitar tal restricción usando la información de contacto en la página . A un Plan Componente no se le requiere que apruebe cualquier restricción que usted solicite. Si un Plan Componente accede a una restricción, puede dejar de cumplirla luego de enviarle un aviso a usted. Su solicitud debe incluir la información de salud protegida que usted desea limitar, ya sea que desee 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 notificación 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 notificación se envíe a la dirección de su trabajo. Puede solicitar una notificación confidencial usando la información de contacto de la página 63.

Su solicitud debe especificar los medios o el lugar alternativo para enviarle la notificación. También debe indicar que la divulgación de toda o parte de la información de salud protegida que se realice de forma contraria con sus instrucciones lo pondría a usted en peligro. Un Plan Componente acomodará su solicitud de una notificación confidencial que sea razonable y que 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. 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 el envío postal, si solicita que las copias se le envíen por correo. Los administradores externos 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, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: apuntes de psicoterapia; información compilada en anticipación razonable de, o destinada a ser utilizada en, una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo; y la información de salud protegida sujeta a leyes que prohíben el acceso a información de salud protegida. Según las circunstancias, se puede rever la decisión de negar acceso. 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 derecho a solicitar una enmienda de la información de salud protegida que un Plan Componente tiene sobre usted si cree que esa información está incorrecta o incompleta. Si solicita una enmienda de su información de salud protegida, su solicitud deberá presentarse por escrito utilizando la información de

contacto de la página y debe indicar el(los) motivo(s) 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 correcta 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 de la página . Puede solicitar un informe de las divulgaciones hechas hasta seis años antes de la fecha de su solicitud, con la excepción de que los Planes Componentes no están obligados a informar sobre divulgaciones previas al 14 de abril de 2003.

Usted tiene el derecho a obtener un informe de cada Plan Componente de forma gratuita durante un período de 12 meses. Es posible que se cobre un cargo para cubrir los costos del Plan Componente por cualquier solicitud adicional dentro de dicho período de 12 meses. Los Planes Componentes le notificarán del costo que esto implique y usted podrá elegir retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en ningún costo.

**Derecho a una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso, aunque haya acordado recibirlo por medios electrónicos. Para obtener dicha copia, véase la información de contacto de la página 63.

### Quejas

Si usted cree que un Plan Componente ha violado sus derechos de privacidad, puede quejarse a dicho Plan Componente o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios de los Estados Unidos. Usted puede presentar una queja ante el Plan Componente utilizando la información de contacto de la página 63. Los Planes Componentes no lo penalizarán por presentar una queja.

### Cambios a este aviso

Los Planes Componentes se reservan el derecho de cambiar las disposiciones de este aviso y de imponer las nuevas

## Sección 3-Información legal y administrativa

disposiciones para toda la información de salud protegida que tienen en su poder. Si un Plan Componente hace un cambio esencial a este Aviso, le enviará un aviso revisado a usted a la dirección que tiene en sus archivos para el participante inscrito en dicho Plan Componente (o, si usted aceptó recibir los avisos revisados por medios electrónicos, a la dirección de correo electrónico que usted proveyó a dicho Plan Componente).

### Fecha de vigencia

Este Aviso de Prácticas de Confidencialidad entró en vigor el 14 de abril de 2003.

### Información de contacto

Para más información sobre cualquiera de los derechos descritos 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 Componentes de la siguiente forma:

Si usted está inscrito en alguno de los siguientes planes:	Llame a:
<ul style="list-style-type: none"><li>Plan Médico de Citigroup</li><li>Plan Dental de Citigroup</li><li>Plan de la Visión de Citigroup</li></ul>	<p>ConnectOne al 1-800-881-3938. Desde el menú principal de ConnectOne, escoja la opción de "beneficios de salud y bienestar" (<i>health and welfare benefits</i>) y siga las instrucciones para consultar con un representante.</p> <p><b>Desde afuera de los Estados Unidos:</b> Llame al 469-220-9600.</p> <p><b>Para servicio telefónico TTY:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Llame al 1-866-280-2050</li><li>Para el Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones, llame al 1-866-280-2050. Luego llame a ConnectOne al 1-800-881-3938.</li></ul>

## COBRA

La Ley Federal Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA*) requiere que la mayoría de los empleadores que patrocinan planes médicos grupales ofrezcan a sus empleados y dependientes elegibles la oportunidad de extender temporalmente su cobertura médica (llamada "cobertura continuada") a un precio grupal en ciertos casos en que la cobertura bajo el plan normalmente terminaría (casos denominados como "sucesos de calificación").

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

No es necesario que usted presente pruebas de que es asegurable para elegir la cobertura continuada. Sin embargo, la cobertura continuada bajo COBRA se provee en base a su elegibilidad para dicha cobertura. *Citigroup se reserva el derecho de terminar su cobertura de modo retroactivo en caso de determinarse que usted no es elegible según los términos del Plan.*

Usted deberá pagar la aportación total (tanto la parte del empleador como la del empleado), más un cargo administrativo de 2% para su cobertura continuada. Habrá un período de gracia de por lo menos 30 días para el pago regularmente programado de la aportación. Se aplica un período de gracia de 45 días para su primer pago.

### Quién está cubierto

Usted tendrá derecho a elegir esta cobertura continuada si:

- Está inscrito en la cobertura médica, dental o de la visión de Citigroup y
- Pierde su cobertura médica grupal 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 contemplada por la Ley de Licencia por Razones Médicas y Familiares (*Family and Medical Leave Act, FMLA*), se considerará que el suceso de calificación que dará lugar a que usted tenga cobertura continuada sucedió en la opción que haya sucedido primero entre: (a) la fecha en que avisó que no regresará a trabajar después de la licencia, o (b) el último día del período de licencia bajo la FMLA.

Si usted es el cónyuge (o pareja) del empleado y está cubierto por un Plan patrocinado por Citigroup el día antes del suceso de calificación, si es un beneficiario elegible y tiene el derecho de elegir cobertura continuada en caso de que pierda cobertura bajo un Plan de salud grupal patrocinado por Citigroup por cualquiera de las cuatro siguientes razones:

1. Fallecimiento de su cónyuge;
2. 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;
3. Divorcio o separación legal de su cónyuge; o
4. Su cónyuge adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare.

Si usted es un hijo dependiente cubierto de un empleado cubierto por un Plan patrocinado por Citigroup el día antes del suceso de calificación, usted también califica como beneficiario y tiene derecho a la cobertura continuada en caso de que pierda cobertura bajo el Plan de seguro de salud grupal patrocinado por Citigroup por cualquiera de las cinco siguientes razones:

1. Fallecimiento del empleado;
2. La terminación del empleo de la persona (por razones que no sean comportamiento indebido serio de parte del empleado), o una disminución en las horas laborables del empleado;
3. Divorcio o separación legal del empleado;
4. El empleado adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare; o
5. Usted deja de ser un "hijo dependiente" bajo un Plan médico, dental o de la visión patrocinado por Citigroup.

Si el empleado cubierto elige la cobertura continuada y después tiene un hijo (ya sea por nacimiento, adopción o puesto en adopción) durante dicho período de cobertura continuada, la criatura también califica para convertirse en beneficiario.

De acuerdo con los términos del plan de salud grupal patrocinado por el empleador y los requisitos de las leyes federales, dichos beneficiarios calificados pueden añadirse a la cobertura COBRA si se notifica a Citigroup sobre su nacimiento o adopción.

Si el empleado cubierto no notifica a Citigroup en forma oportuna (de acuerdo con los términos de los Planes de salud grupal, patrocinados por Citigroup), el empleado cubierto no tendrá la opción de elegir la cobertura de COBRA para la criatura. Un dependiente nuevo (excepto hijos nacidos, adoptados o puestos en adopción por el empleado) no calificará como beneficiario, pero sí puede ser incluido bajo la cobertura continuada del empleado.

### *Selección individual*

Cada dependiente calificado tiene el derecho a seleccionar independientemente la cobertura COBRA. Por ejemplo, si es posible escoger entre diferentes tipos de cobertura, cada dependiente calificado que sea elegible para la cobertura continuada tiene el derecho a elegir de forma individual entre los tipos de coberturas. Por lo tanto, el cónyuge o hijo dependiente tiene derecho a elegir la cobertura continuada aunque el empleado cubierto no la seleccione. De igual manera, el cónyuge o hijo dependiente puede seleccionar una cobertura diferente a la del empleado.

### *Para acogerse a COBRA*

Para acogerse a COBRA o preguntar sobre la cobertura, llame a ConnectOne al 1-800-881-3938. En el menú principal, escoja la opción de "beneficios de salud" (*health benefits*) y siga las instrucciones consultar con un representante del Centro de Servicios de Beneficios.

Por ley, deberá escoger cobertura continuada dentro de un periodo de 60 días a partir de la fecha en que usted perdería la cobertura 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 a elegir cobertura continuada. Si un empleado o familiar no escoge la cobertura continuada dentro del período de tiempo indicado arriba perderá el derecho de escoger cobertura continuada.

Si usted escoge la cobertura continuada, Citigroup tiene la obligación de brindarle una cobertura que, mientras está siendo provista, es idéntica a aquella que se provee bajo el Plan a empleados o familiares en una situación similar. Esto significa que si la cobertura para empleados o familiares en una situación similar es modificada, su cobertura también se modificará. Una "situación similar" se refiere a la de un empleado actual o dependiente que no ha experimentado un suceso de calificación

## Sección 3- Información legal y administrativa

### *Duración de COBRA*

La ley requiere que a usted y su familia se le brinde la oportunidad de mantener la cobertura continuada por 18 meses si usted perdió la cobertura médica grupal debido a una terminación o disminución en sus horas laborables. Cuando el suceso de calificación se debe al fallecimiento del empleado cubierto, divorcio, separación legal o a que el empleado cubierto obtenga el derecho a beneficios de Medicare o que un hijo dependiente ya no califique como tal, la cobertura continuada bajo COBRA está disponible hasta 36 meses.

Pueden ocurrir otros sucesos de calificación (tales como fallecimiento del empleado cubierto, divorcio, separación legal o que el empleado cubierto obtenga el derecho a beneficios de Medicare o que un hijo dependiente ya no califique como tal luego del suceso de calificación original como, por ejemplo, la pérdida del empleo) durante el tiempo que la cobertura continuada esté vigente. Si usted pierde su cobertura debido a la terminación de su empleo o a una reducción de horas, estos eventos (no necesariamente en todos los casos) pueden resultar en la extensión del período de continuación de 18 meses a 36 meses para su cónyuge e hijos dependientes, pero la cobertura en ningún caso durará más allá de 36 meses a partir de la fecha del evento que originalmente causó que un dependiente calificado fuera elegible para escoger la cobertura. Debe notificar a Citigroup si ocurre un segundo suceso de calificación durante el período de cobertura continuada.

Cuando la cobertura de salud COBRA termina, usted generalmente no puede convertir su cobertura a una póliza de salud individual.

### *Reglas especiales para discapacidad*

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

Esta extensión de 11 meses está disponible para todos los familiares que son beneficiarios calificados debido a una terminación de empleo o disminución en las horas laborables, aun de aquellos que no estén discapacitados. Para beneficiarse de la extensión, los beneficiarios calificados deben informar a Citigroup dentro de un plazo de 60 días después de que el Seguro Social haya determinado la discapacidad y antes de que termine el período original de cobertura continuada de 18 meses. Si durante la cobertura continuada la Administración

del Seguro Social determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado, 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 discapacitado y ocurre otro suceso de calificación dentro del período de continuación de 29 meses, entonces el período de cobertura continuada será de 36 meses a partir del despido laboral o de la disminución de horas laborables.

### *Medicare*

Si usted obtiene derecho a tener Medicare y, dentro de los 18 meses de obtener el derecho, usted pierde la cobertura (médica, dental o de la visión) de forma subsiguiente debido a una terminación o disminución en las horas laborables, la cobertura COBRA de sus familiares cubiertos no terminará antes de 36 meses a partir de la fecha que comience su cobertura bajo Medicare. Sin embargo, la cobertura COBRA de sus dependientes elegibles no se extenderá por más de 36 meses.

### *Terminación temprana de COBRA*

La ley dispone que su cobertura continuada puede terminar de forma prematura antes del vencimiento del periodo de 18, 29 o 36 meses para cualquier persona que eligió COBRA por cualquiera de las cinco siguientes razones:

1. Citigroup ya no provee cobertura de salud grupal a cualquiera de sus empleados;
2. La prima por la cobertura continuada no se pagó a tiempo (dentro del período de gracia aplicable);
3. Posterior a la fecha en que se eligió la cobertura COBRA, la persona que hizo la elección se acoge a la cobertura de otro plan de salud grupal (ya sea o no como empleado) que no contiene ninguna exclusión o limitación aplicable de condiciones preexistentes de la persona cubierta;
4. La persona que eligió COBRA adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare posterior a la fecha en que eligió COBRA; o
5. Se ha extendido la cobertura por un plazo de hasta 29 meses debido a discapacidad, y la compañía de seguros de discapacidad toma una determinación definitiva de que la persona ya no se encuentra discapacitada.

La HIPAA restringe hasta qué punto los planes de salud grupales pueden imponer limitaciones con respecto a una condición preexistente. Si usted está cubierto por otro plan de



salud grupal y ese plan contiene una limitación por condición preexistente que lo afecta a usted, su cobertura COBRA no se puede dar por terminada.

Sin embargo, si la regla del otro plan con respecto a una condición preexistente no se aplica a usted debido a las restricciones de la HIPAA en cuanto a cláusulas sobre condiciones preexistentes, el Plan puede dar por terminada su cobertura COBRA.

### COBRA y FMLA

Una licencia válida bajo FMLA no lo hace elegible para tener cobertura bajo COBRA. Sin embargo, independientemente de que usted pierda la cobertura por no haber pagado las primas durante una licencia bajo FMLA o haya decidido no regresar al empleo activo, aún es elegible para COBRA el último día de su licencia FMLA. Su cobertura continuada comenzará cuando ocurra la primera de las siguientes opciones:

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

Para efectos de la licencia bajo FMLA, usted será elegible para COBRA tal como se describe anteriormente, solo si:

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

### Sus obligaciones

De acuerdo a la ley, el empleado o un familiar tienen la responsabilidad de notificar a Citigroup de lo siguiente:

- Un divorcio o separación legal;
- Cambio de estado de un hijo dependiente bajo el plan médico, dental o de la visión;
- Un suceso de calificación adicional (tal como fallecimiento, divorcio, separación legal o derecho a Medicare) transcurrido durante la cobertura continuada inicial de 18 (ó 29) meses del empleado o el familiar;
- Se emite una determinación de la Administración del Seguro Social (*Social Security Administración, SSA*) de que el empleado o familiar estaba discapacitado en algún momento durante los primeros 60 días de la cobertura continuada inicial de 18 meses; o

- Una determinación subsiguiente de la SSA indicando que el empleado o el familiar ya no se encuentra discapacitado.

Se *deben* informar estos sucesos dentro de un plazo de 60 días después de un divorcio, separación legal, cambio en el estado de dependencia de un hijo, o de un suceso de calificación adicional. En caso de que se determine la existencia de una discapacidad, se debe informar la misma dentro de un plazo de 60 días después dicha determinación por la SSA y antes de terminar la cobertura continuada inicial de 18 meses.

Si el empleado o familiar no provee informa a Citigroup durante este período de aviso, no se le ofrecerá a la persona (o personas) que pierde la cobertura la opción de elegir cobertura 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 calificado, una descripción del suceso de calificación o la determinación de discapacidad, la fecha en que ocurrió y cualquier información relacionada que el administrador de COBRA del Plan solicita general y normalmente.

Si usted es empleado activo de alguna empresa de Citigroup en Puerto Rico, envíe dicha notificación por correo a:

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

Cuando se notifica a Citigroup de que ha ocurrido uno de estos eventos, Citigroup a su vez le notificará a usted de su derecho a elegir la cobertura continuada. Si usted o un familiar no notifica a Citigroup y se paga erróneamente cualquier reclamo por gastos incurridos posterior a la fecha en que normalmente se perdería la cobertura debido a un divorcio, separación legal o cambio de estado de dependencia de un hijo, entonces usted y sus familiares tendrán que rembolsar a los Planes por cualquier reclamo que se haya pagado erróneamente.

### Obligaciones de Citigroup

Se les notificará a los dependientes calificados de su derecho a elegir cobertura continuada automáticamente (sin necesidad de que el empleado o familiar tome acción alguna) si ocurren cualquiera de los siguientes eventos que resultarían en la pérdida de cobertura:

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

## Sección 3- Información legal y administrativa

### Costos de la cobertura

Por ley, usted podrá tener que pagar hasta un 102% de la prima por su cobertura continuada. Si su cobertura se extiende de 18 a 29 meses por discapacidad, usted puede tener que pagar hasta un 150% de la prima comenzando en el mes 19 de la cobertura continuada.

El costo de la cobertura de salud grupal cambia periódicamente. Si usted elige la cobertura continuada, Citigroup le notificará de cualquier cambio en el costo. Si se modificara la cobertura bajo el Plan para beneficiarios en situación similar que no se acogen a COBRA, puede que se modifique de la misma manera la cobertura que se le brinda a usted.

El pago inicial por cobertura continuada vence 45 días luego de la fecha de su selección. De ahí en adelante, usted tendrá que pagar la cobertura todos los meses, con un período de gracia de al menos 30 días.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la cobertura COBRA o sobre otro aspecto de 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 elegible para cobertura bajo los términos del Plan, usted debe informar inmediatamente al administrador de COBRA por escrito a la dirección que aparece abajo.

Todas las notificaciones y otras comunicaciones sobre COBRA y el plan de salud grupal 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 de recuperación se aplican a los Planes de Citigroup y se describen en esta sección.

### Reintegro por sobrepagos

Cuando el Plan haya hecho pagos por gastos cubiertos o no cubiertos por un monto total, en cualquier momento, que exceda la cantidad máxima pagadera bajo las disposiciones del Plan ("Sobrepago"), la persona (o las personas) cubierta

tendrá que rembolsar al Plan por la cantidad Sobrepagada y ayudar al Plan a obtener un reembolso del Sobrepago de otra persona u organización. Esto incluye cualquier Sobrepago que resulte a causa de: otorgaciones retroactivas recibidas de cualquier fuente, casos de fraude, o cualquier error que haya ocurrido en el procesamiento de su reclamo.

En caso de recuperación de fondos de otra fuente que no sea el Plan, la recuperación del Sobrepago no será mayor que la cantidad que el Plan pagó. También puede ocurrir un Sobrepago cuando se realiza un pago del Plan que se debió haber realizado bajo otro plan grupal. En este caso, el Plan podrá recuperar el pago de uno o más de los siguientes: cualquier otra compañía de seguros, cualquier otra organización, o cualquier otra persona a la cual, o a nombre de la cual, se realizó un pago.

El Plan podrá, a su discreción, recuperar el Sobrepago mediante: la reducción o deducción contra cualquier otro beneficio futuro pagadero a la persona cubierta o a sus beneficiarios sobrevivientes, la retención de pagos futuros de beneficios que de otra forma serían pagaderos bajo el Plan (los pagos continuarán cuando se haya recuperado la totalidad del Sobrepago); o la exigencia de un reembolso inmediato del Sobrepago de parte de la persona cubierta.

El Administrador de Plan para el Plan de Discapacidad se reserva el derecho de recuperar fondos relacionados a beneficios de discapacidad por cualquier Sobrepago que ocurra como resultado de la concesión de beneficios gubernamentales a la persona cubierta, incluyendo beneficios de Compensación de Empleados y beneficios del Seguro Social.

### Reembolso

Esta sección se aplica cuando una persona cubierta recibe una indemnización –debido a un acuerdo, sentencia o de otro modo– por una lesión, enfermedad u otra condición. Si la persona cubierta obtiene, o pudiera obtener, tal recuperación, incluyendo una recuperación 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.

Sin embargo, si el Plan no paga o provee beneficios por dicha lesión, enfermedad u otra condición, la persona cubierta, o su representante legal, patrimonio o herederos cubiertos, reembolsará prontamente al Plan por la totalidad de los montos a recuperar (ya sea o no que estén relacionadas a gastos médicos) como resultado de cualquier acuerdo,

sentencia o procedimientos de seguros recibidos por la persona cubierta (o por los representantes legales, patrimonio 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, se debe reembolsar primero al Plan. En otras palabras, es posible que lo que la persona cubierta recupera la compense 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 acepta notificar al Administrador del Plan en el caso de que entable una demanda u otra acción, o comience a negociar con otra parte (incluyendo a su compañía de seguros) 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 importante con respecto a su acción. La persona cubierta también acuerda que el Administrador del Plan puede retener cualquier beneficio futuro pagado por este Plan, o por cualquier otro plan de salud o de discapacidad de Citigroup o sus compañías participantes, en la medida en 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 medio de la presente, la persona cubierta:

- Otorga al Plan un gravamen de primera prioridad sobre el producto de cualquier acuerdo, sentencia u otros montos recibidos por la persona cubierta hasta el máximo de todos los beneficios provistos, 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 cobertura. La persona cubierta firmará y entregará, a petición del Plan o de sus agentes, cualquier documento que

sea necesario para proteger tal gravamen 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 entera discreción, 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) de la persona y el Plan ha provisto 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 el reclamo de subrogación; y obtener el consentimiento del

## Sección 3- Información legal y administrativa

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. Además, la persona cubierta accede a notificar al Administrador del Plan siempre que entable una demanda u otra acción legal o entre en negociaciones para algún acuerdo con otra parte (incluyendo su compañía de seguros) con relación a la conducta de otra party.

Los honorarios de la representación legal contratada por el Plan en asuntos relacionados con la subrogación correrán únicamente a expensas del Plan. Los costos de la representación legal contratada por la persona cubierta correrán únicamente a expensas de la persona cubierta.

## Reclamos y apelaciones

Si usted no recibe un beneficio al que usted cree tener derecho bajo cualquier Plan de Salud y Bienestar de Citigroup sujeto a ERISA, o si su solicitud de beneficios es denegada parcial o totalmente, usted puede presentar un reclamo al Administrador del Plan o a los Administradores de Reclamos, según el caso. Para obtener más información sobre el Administrador del Plan y los Administradores de Reclamos, vea las páginas 60 y 63 respectivamente.

De conformidad con ERISA, el Administrador del Plan o el Administrador de Reclamos generalmente tiene que evaluar su reclamo y notificarle su decisión dentro de un período de tiempo específico de acuerdo con la ley ERISA. Si se deniega su reclamo escrito, usted tiene el derecho de apelar el reclamo denegado por el Administrador del Plan o el Administrador de Reclamos presentando una petición para que se revise la denegación de su reclamo. Si desea iniciar una acción legal contra la Compañía o el Plan, debe primero cumplir con los procedimientos de apelaciones del Plan.

ERISA provee diferentes itinerarios y procedimientos de reclamos que pueden variar según el tipo de beneficio. Cada uno de los beneficios médicos (incluyendo beneficios dentales y de visión), beneficios por discapacidad y todos los demás beneficios poseen un itinerario diferente y procedimientos para reclamos y apelaciones diferentes. La información general en cuanto a procedimientos de reclamos y apelaciones se establece abajo.

### *Reclamos de beneficios médicos*

Hay cuatro categorías de reclamos para beneficios médicos, y cada una posee diferentes reglas para reclamos y apelaciones. La diferencia principal entre estas reglas es el período de tiempo en el que deben determinarse los reclamos y apelaciones.

**1. Reclamo previo al servicio.** Un reclamo constituye un reclamo previo al servicio si la recepción del beneficio depende total o parcialmente de la aprobación previa para obtener el tratamiento médico, a no ser que el reclamo esté relacionado con cuidado de emergencia, según se define a continuación. Los beneficios bajo cualquier Plan que requiera aprobación por adelantado están indicados específicamente en este libro o en el documento del plan como beneficios sujetos a autorización previa al servicio.

**2. Reclamo por cuidados de emergencia.** Un reclamo por cuidados de emergencia es un tipo especial de reclamo previo al servicio. Un reclamo relacionado a cuidados de emergencia es cualquier reclamo previo al servicio por cuidados médicos o tratamientos en el cual la aplicación de los periodos de tiempo que de otra manera aplicarían a reclamos previos al servicio pudieran poner en serio peligro la vida o salud del beneficiario, su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno, o - de acuerdo a la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica del beneficiario - haría que el beneficiario estuviera expuesto a dolor severo que no pudiera ser tratado adecuadamente sin el cuidado o tratamiento que es solicitado en el reclamo.

Al recibir un reclamo antes del servicio, el Administrador de Reclamos determinará si el mismo es un reclamo por cuidado de emergencia, disponiéndose que si un médico con conocimiento de la condición médica del beneficiario determina que un reclamo constituye un reclamo por cuidado de emergencia, el reclamo será procesado como un reclamo por cuidado de emergencia.

**3. Reclamo posterior al servicio.** Un reclamo posterior al servicio es cualquier reclamo de beneficios bajo este Plan que no constituya un reclamo previo al servicio o un reclamo por cuidados de emergencia.

**4. Reclamos de cuidados concurrentes.** Una decisión de cuidados concurrentes ocurre cuando el Administrador de Reclamos aprueba una serie continua de tratamientos a ser provistos durante un período de tiempo específico, o para un número específico de tratamientos. Existen dos tipos distintos de reclamos de cuidados concurrentes: (a) aquellos en los que

la reconsideración de la aprobación resulta en una reducción o terminación del período de tiempo o número de tratamientos inicialmente aprobado, y (b) aquellos en los que se pide una extensión más allá del período de tiempo o número de tratamientos inicialmente aprobados.

### Cómo decidir los reclamos iniciales para beneficios médicos

Un reclamo posterior al servicio debe ser enviado dentro de 90 días luego de haber recibido los servicios, tratamientos o productos médicos que son solicitados en el reclamo, a no ser que ocurra lo siguiente: (a) no fue razonablemente posible someter el reclamo dentro de este tiempo; y (b) el reclamo es sometido tan pronto como sea posible, lo cual en ningún caso podrá ocurrir más tarde de 12 meses luego de la fecha de recepción del servicio, tratamiento o producto que es solicitado en el reclamo (excepto en el caso de que el beneficiario esté legalmente incapacitado).

Estos procedimientos de reclamo no se aplican a ninguna solicitud de beneficios que no se realice de acuerdo con estos procedimientos u otros procedimientos establecidos por el Administrador de Reclamos, con las siguientes excepciones: (a) en caso de que se haya hecho un reclamo previo al servicio de forma incorrecta, se le notificará al beneficiario tan pronto como sea posible, pero no más de cinco días después de la recepción del reclamo hecho de forma incorrecta; y (b) en caso de un reclamo de cuidados de emergencia hecho de forma incorrecta, se le notificará tan pronto como sea posible, pero no más de 24 horas después de la recepción del reclamo hecho de forma incorrecta.

El Administrador de Reclamos decidirá acerca de un reclamo inicial previo al servicio dentro de un tiempo razonable apropiado para las circunstancias médicas, pero no más de 15 días después de la recepción del reclamo.

Sin embargo, si un reclamo sirve para extender una decisión de cuidado concurrente (definida arriba) que incluye cuidados de emergencia, y si el reclamo se realiza al menos 24 horas antes del periodo inicialmente aprobado de tiempo o cantidad de tratamientos, la decisión en cuanto al reclamo se emitirá no más de 24 horas después de la su recepción. Cualquier otro pedido para extender una decisión de cuidados concurrentes se decidirá en los períodos de tiempo que de otro modo aplicarían a los reclamos previos al servicio, de cuidados de emergencia o posteriores al servicio.

Una decisión de parte del Administrador de Reclamos para reducir o terminar una serie de tratamientos inicialmente aprobados constituye una decisión de beneficios adversa, que puede ser apelada por el solicitante. Se le enviará al solicitante un aviso de la decisión de reducir o terminar una serie de tratamientos inicialmente aprobados con suficiente tiempo de anticipación para permitirle a usted apelar la decisión adversa y recibir una decisión revisada bajo estos procedimientos antes de que se efectúe la reducción o cancelación.

Un reclamo inicial posterior al servicio se decidirá dentro de un tiempo razonable, pero no más tarde de 30 días después de la recepción del reclamo.

A pesar de los períodos de tiempo especificados, nada le impide a usted extenderlos de forma voluntaria. Además, si el Administrador de Reclamos no pudiera decidir sobre un reclamo previo al servicio o posterior al servicio dentro de los períodos de tiempo especificados anteriormente, a causa de situaciones más allá de su control, se permitirá una extensión de 15 días al periodo aplicable de tiempo, siempre y cuando usted haya sido notificado por escrito antes del vencimiento del período de tiempo inicial aplicable al reclamo. El aviso de extensión incluirá una descripción de la situación más allá del control del Plan que justifica la extensión, y la fecha para la cual se podrá esperar una decisión. No se permiten extensiones para los reclamos de cuidados de emergencia.

Si falta cualquier información necesaria para procesar un reclamo, se tratará el reclamo como un reclamo incompleto.

Si un reclamo de cuidados de emergencia esta incompleto, el Administrador de Reclamos le notificará tan pronto como sea posible, pero no más de 24 horas después de la recepción del reclamo incompleto. La notificación podrá realizarse de forma oral, a no ser que usted pida un aviso escrito. La notificación describirá la información necesaria para completar el reclamo, y especificará un tiempo razonable, que no será menor de 48 horas, dentro del cual deberá completarse el reclamo. El Administrador de Reclamos deberá decidir el reclamo tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 48 horas luego de: (a) la recepción de la información especificada, o (b) el final del período de tiempo provisto para enviar la información especificada, lo que ocurra primero.

Si un reclamo previo o posterior al servicio está incompleto, el Administrador de Reclamos podrá denegar el reclamo o utilizar la extensión de tiempo, según se describe anteriormente. Si el Administrador de Reclamos utiliza la extensión de tiempo, el aviso de extensión incluirá una

## Sección 3-Información legal y administrativa

descripción de la información faltante, y especificará un tiempo, no menor de 45 días, dentro del cual deberá proveerse la información necesaria. El período de tiempo para decidir el reclamo será suspendido desde la fecha en que el aviso de extensión es recibido por el solicitante hasta que se provea la información faltante necesaria al Administrador de Reclamos. Si se provee la información solicitada, el plan decidirá el reclamo dentro del periodo extendido especificado en el aviso de extensión. Si la información solicitada no es provista dentro del tiempo especificado, el reclamo puede ser decidido sin esta información.

### Notificación de decisión inicial de beneficios por el Plan

Se le proveerá una notificación escrita acerca de cualquier decisión relacionada a un reclamo, y la misma incluirá lo siguiente:

- La razón específica de la denegación;
- Las referencias específicas en la documentación del Plan que sustentan dichas razones;
- La información adicional que usted debe proveer para reforzar su reclamo y la razón por la que dicha información es necesaria; y
- El procedimiento disponible para que su reclamo se revise de nuevo, incluyendo una declaración sobre su derecho de llevar acción bajo la sección 502(a) de ERISA si su reclamo es denegado en la revisión;
- Una declaración divulgando cualquier regla interna, norma, protocolo o criterio similar que se utilizó para tomar la decisión adversa (o una declaración de que tal información será provista libre de cargos al ser solicitada);
- Si la decisión envuelve un juicio científico o clínico, se divulgará uno de los siguientes: (a) una explicación de la evaluación científica o clínica en la que se aplique las disposiciones del Plan a sus circunstancias médicas, o (b) una declaración de que tal explicación será provista sin cargos al ser solicitada, y
- Si se tratara de un reclamo por cuidados de emergencia, habrá una explicación de los métodos de revisión acelerada disponibles para tales reclamos.

La notificación escrita acerca de la decisión relacionada a un reclamo previo al servicio o reclamo por cuidados de emergencia le será provista, sin importar si la decisión es adversa o no. La notificación de una decisión adversa para

un reclamo por cuidados de emergencia puede ser provista de forma oral, pero la notificación escrita se proveerá a más tardar dentro de tres días después del aviso oral.

### Apelaciones

Tendrá el derecho de apelar una decisión adversa bajo estos procedimientos de reclamo. La apelación de una decisión adversa de beneficios debe ser presentada dentro de los 180 días posteriores a que usted reciba la notificación de decisión adversa, con la excepción de que las apelaciones para decisiones de reducir o cancelar una serie de tratamientos inicialmente aprobado (ver la definición de decisión de cuidados concurrentes) se debe presentar dentro de los 30 días siguientes a que usted reciba la notificación informándole de la decisión de reducir o terminar los beneficios. El incumplimiento con este límite de tiempo importante puede hacer que usted rescinda sus derechos a cualquier otra revisión de una decisión adversa bajo estos procedimientos o en un tribunal de justicia.

La apelación de un reclamo previo al servicio será decidida dentro de un tiempo razonable apropiado para las circunstancias médicas, pero no más de 30 días después de que se reciba la apelación.

La apelación de un reclamo por cuidados de emergencia se decidirá tan pronto como sea posible, considerando las exigencias médicas, pero no más de 72 horas después de recibir la apelación.

La apelación de un reclamo posterior al servicio se decidirá dentro de un tiempo razonable, pero no más de 60 días después de recibir la apelación.

La apelación de una decisión para reducir o cancelar una serie de tratamientos inicialmente aprobados (ver la definición de decisión de cuidados concurrentes) se hará antes de que se efectúe la reducción o cancelación postulada. La apelación de un pedido denegado para extender una decisión de cuidados concurrentes será decidida en los períodos de apelaciones establecidos anteriormente para reclamos previos al servicio, posteriores al servicio o de cuidados de emergencia, según sea apropiado para el pedido en cuestión.

### Notificaciones de las determinaciones de beneficios en apelaciones

Usted recibirá una notificación por escrito o por correo electrónico de la determinación de beneficios que está siendo revisada. Si su reclamo es denegado en el periodo de apelación, la notificación contendrá la siguiente información:

1. a razón (o razones) específica de la denegación de la apelación;
2. Referencias a las disposiciones específicas del Plan en las cuales la determinación de beneficios está basada;
3. Una declaración que tendrá derecho a recibir de forma gratuita si la solicita, y acceso razonable y copias de todos los documentos, expedientes y cualquier otra información que sea relevante a su reclamo; y
4. una declaración describiendo cualquier procedimiento de apelación voluntario ofrecido por el Plan, y una declaración de sus derechos a someter una acción bajo la Sección 502(a) de ERISA.
5. Si una regla o norma interna fue utilizada para tomar la decisión adversa, ya sea la regla o norma específica, o una declaración de que tal regla o norma fue utilizada al tomar la decisión adversa y de que se proveerá una copia de tal regla o norma de forma gratuita al ser solicitada, y
6. Si la determinación adversa se tomó en base a una necesidad médica, tratamiento experimental o algún límite o exclusión similar, ya sea una explicación de la evaluación científica o clínica que justifique la decisión aplicando las disposiciones del Plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que tal explicación será provista gratuitamente al ser solicitada.

### *Todos los demás reclamos de beneficios*

Si su solicitud para inscribirse en cualquiera de los planes de salud y bienestar sujetos a la ley ERISA es denegada, podrá presentar un reclamo al Comité de Administración de Planes, el cual se decidirá de acuerdo con los períodos de tiempo establecidos a continuación. También podrá presentar una apelación si el Comité de Administración de Planes decide denegar su reclamo. Para presentar un reclamo relacionado con la inscripción o solicitar información en cuanto al proceso de revisión de reclamos, utilice el Formulario de Reclamos y Apelaciones de Elegibilidad para Beneficios Médicos y de Discapacidad, que podrá conseguir de forma gratuita mediante el Centro de Servicios de Beneficios. Llame al Centro de Servicios de Beneficios como se indica en la página 64 y siga las instrucciones en el formulario, luego devuélvalo al Comité de Administración de Planes a la dirección indicada en el formulario.

Además, si presenta un reclamo de beneficios bajo el Seguro de Discapacidad, Vida, contra Accidentes en Viajes de Negocios, GUL Opcional/AD&D suplementario de Citigroup, o

los Planes de Seguro de Cuidados a Largo Plazo su reclamo será administrado de acuerdo al periodo de tiempo que se describe a continuación.

### *Notificaciones de determinaciones adversas de beneficios*

Si su reclamo es denegado, recibirá una notificación escrita o por correo electrónico dentro de los 90 días posteriores a que se haya recibido su reclamo (180 días si existen circunstancias especiales y usted es notificado de la extensión por escrito dentro del periodo inicial de 90 días, se le informará sobre la fecha anticipada de la determinación del beneficio). Si su reclamo es por beneficios de discapacidad, recibirá una notificación escrita o por correo electrónico dentro de los 45 días siguientes a que se haya recibido su reclamo (105 días si existen circunstancias especiales y usted es notificado de la extensión por escrito dentro del periodo inicial de 45 días, se le informará sobre la fecha anticipada de la determinación del beneficio). La explicación incluirá lo siguiente:

1. La razón específica de la denegación;
2. Las referencias específicas en la documentación del Plan que sustentan dichas razones;
3. La información adicional que usted tiene que proveer para reforzar su reclamo y los motivos por los que dicha información es necesaria; y
4. El procedimiento disponible para que su reclamo sea revisado nuevamente, incluyendo una declaración sobre su derecho de llevar acción bajo la Sección 502(a) de ERISA si su reclamo es denegado en la revisión; y
5. Una declaración divulgando cualquier regla interna, norma, protocolo o criterio similar que se utilizó para tomar la decisión adversa (o una declaración de que tal información será provista libre de cargos al ser solicitada).

### *Apelaciones*

Usted tiene derecho de apelar un reclamo denegado presentando una solicitud escrita para revisar su reclamo ante el Administrador de Reclamos dentro de un periodo de 60 días después de recibir la notificación informándole que su reclamo ha sido denegado. En caso de los reclamos por discapacidad, tendrá 180 días luego de recibir la notificación para apelar la decisión.

## Sección 3- Información legal y administrativa

El Administrador de Reclamos realizará una revisión completa y justa de su reclamo y de la apelación. Usted o su representante podrá evaluar los documentos del Plan y presentar comentarios por escrito con su apelación. Si lo solicita se le proveerá de forma gratuita acceso razonable y copias de todos los documentos, expedientes y cualquier otra información relacionada a su reclamo.

La revisión del Administrador de Reclamos tomará en consideración todos los comentarios, documentos e información sometida por usted relacionada con su reclamo, sin importar si esa información fue sometida o considerada en la determinación inicial de beneficios.

El Administrador de Reclamos llegará a una determinación relacionada a su apelación 60 días después de haber recibido la información (ó 120 días si el Administrador de Reclamos determina que existen circunstancias especiales que ameritan una extensión, y le será provista una notificación por escrito antes del vencimiento de los 60 días iniciales, donde se le explicarán las circunstancias por las cuales procede la extensión e informará de la fecha anticipada de la determinación.) El Administrador de Reclamos llegará a una determinación relacionada a su apelación 45 días después de haber recibido la información (ó 90 días si el Administrador de Reclamos determina que existen circunstancias especiales que ameriten una extensión, y le será provista una notificación por escrito antes del vencimiento de los 45 días iniciales, donde se le explicarán las circunstancias por las cuales amerita la extensión e informará de la fecha anticipada de la determinación.)

### Notificaciones de las determinaciones de beneficios siendo apeladas

Usted recibirá una notificación por escrito o por correo electrónico de la determinación de beneficios que está siendo revisada. Si su reclamo es denegado en el periodo de apelación, la notificación contendrá la siguiente información:

1. la razón (o razones) específica de la denegación de la apelación;
2. Referencias a las disposiciones específicas del Plan en las cuales la determinación de beneficios está basada;
3. Una declaración que tendrá derecho a recibir de forma gratuita si la solicita, y acceso razonable y copias de todos los documentos, expedientes y cualquier otra información que sea relevante a su reclamo;

4. una declaración describiendo cualquier procedimiento de apelación voluntario ofrecido por el Plan, y una declaración de sus derechos a someter una acción bajo la Sección 502(a) de ERISA; y

5. Si una regla o norma interna fue utilizada para tomar la decisión adversa, ya sea la regla o norma específica, o una declaración de que tal regla o norma fue utilizada al tomar la decisión adversa y de que se proveerá una copia de tal regla o norma de forma gratuita al ser solicitada.

En caso de que sea denegada su apelación, tendrá el derecho de iniciar una acción legal bajo la Sección 502(a) de ERISA; siempre y cuando inicie cualquier demanda o procedimiento similar de reclamo, en cualquier foro, en relación a los Planes dentro de 12 meses consecutivos después de la fecha en la que recibió la determinación final en cuanto a la revisión de su reclamo, o si antes, dentro de dos años desde la fecha en que usted conoció, o debió conocer, acerca del reclamo que es objeto de la demanda. La limitación de dos años se aumentará por cualquier tiempo en que un reclamo o apelación en cuestión esté siendo considerado por el fiduciario apropiado.

Si se especifica un período diferente para iniciar acciones legales en un contrato de seguros que forme parte de los Planes, o se especifica cualquier periodo más corto en las reglas del Administrador de Reclamos, este periodo aplicará solamente a procedimientos legales contra ese asegurador o en relación a las determinaciones de ese Administrador de Reclamos, respectivamente. Usted y los Planes pueden tener otras opciones alternas de resolución de disputas a las que pueden acceder voluntariamente, tales como la mediación. Una manera de descubrir las opciones disponibles para usted es contactar a su Oficina local del Departamento del Trabajo (*US Department of Labor*) y a su agencia estatal de reglamentación de seguros, según sea aplicable. En general, la determinación tomada por los Planes es final.

## Información sobre ERISA

Como participante en los Planes de Salud y Bienestar de Citigroup sujetos a ERISA, usted tiene ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro de Trabajadores de 1974 (*Employee Retirement Income Security Act, ERISA*), según enmendada.



Podrá revisar todos los documentos del Plan (incluyendo las pólizas de seguro grupales, 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 informes anuales (Formulario de la Serie 5500) y las descripciones de los Planes. Podrá revisar esos documentos de forma gratuita al solicitarlo en el lugar determinado por el Administrador del Plan u otros lugares especificados.

Mediante una solicitud escrita al Administrador del Plan, usted podrá obtener copias de los documentos que rigen la administración del Plan, incluyendo los contratos de seguros, copias del último informe anual (Formulario 5500) y un resumen de la descripción del plan. El Administrador del Plan le enviará estos documentos por correo a su domicilio de forma gratuita.

También podrá recibir una copia de los informes financieros anuales del Plan. El Administrador del Plan le proveerá a cada participante una copia del Resumen del Informe Anual.

Podrá continuar la cobertura médica para usted, su cónyuge/ pareja o sus dependientes elegibles en caso de una pérdida de cobertura bajo el Plan como resultado de un suceso de calificación. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise esta SPD y todos los otros documentos que rigen el Plan con respecto a las reglas que rigen sus derechos a cobertura continuada.

Puede reducir o eliminar un período de exclusión de cobertura por condiciones preexistentes bajo su Plan médico grupal (de existir), si tiene cobertura válida bajo otro plan.

Su Plan médico grupal o su proveedor de seguro médico debe brindarle de manera gratuita un Certificado de Cobertura Acreditado:

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

Sin evidencia de cobertura 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 cobertura.

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a los fiduciarios del plan, las

personas responsables de la operación del plan de beneficios de empleados. Bajo ERISA, los fiduciarios deben actuar de una manera prudente y para el beneficio exclusivo de los participantes y sus beneficiarios. Ninguna persona, incluyendo su patrono o cualquier otra persona, podrá despedirlo ni discriminarlo de ninguna manera para prevenir que reciba beneficios de bienestar social o que ejerza los derechos correspondientes bajo ERISA.

Si le deniegan completa o parcialmente un reclamo por beneficios, usted debe recibir una explicación por escrito detallando las razones por las cuales fue denegado. Tiene el derecho de que el Plan revise y vuelva a considerar su reclamo, y a que el Plan le provea, copias de los documentos relacionados a la decisión de forma gratuita. Para obtener más información, consulte la sección "Reclamos y apelaciones" en la página 54.

Bajo ERISA, usted puede tomar medidas para hacer valer sus derechos descritos arriba. Por ejemplo, si usted le solicita al Plan que 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 podría exigir que el Administrador del Plan le proporcione los materiales y le pague hasta \$100 por día hasta que los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones ajenas al control del Administrador del Plan.

Si su reclamo de beneficios es denegado o ignorado, 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 al estado calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de cobertura 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, podrá solicitar ayuda al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos o presentar una demanda en la corte federal, sujeta a las limitaciones establecidas en las reglas del Plan.

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

## Sección 3- Información legal y administrativa

### 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 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 los 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 Benefits Security Administración, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Ave. NW, Washington, DC 20210.

Usted también podrá obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo 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/](http://www.dol.gov/ebsa/).

### Administración del plan

El Administrador del Plan y el Comité de Administración de Planes de Citigroup, Inc. serán responsables de la administración general de los Planes, y tienen 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 Reclamos.

De acuerdo con dicha delegación, el Administrador del Plan y el Administrador de Reclamos tienen plena autoridad discrecional para interpretar y aplicar las disposiciones de los Planes y hacer determinaciones de hechos 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 pagados o por pagar bajo el Plan; y el poder para resolver ambigüedades, inconsistencias u omisiones. Dichas determinaciones serán obligatorias para todas las partes.

El Administrador del Plan ha designado a otras organizaciones o personas para que asuman ciertas responsabilidades fiduciarias específicas en la administración del Plan, incluyendo, entre otras, todas o cualquiera de las siguientes responsabilidades:

- Administrar y manejar el Plan, incluyendo el procesamiento y pago de reclamos 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 reclamos;

- 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 Reclamos y revisar los reclamos y las denegaciones de reclamos bajo el Plan, en la medida en que una compañía de seguros o administrador no tenga dicha responsabilidad.

El Administrador del Plan manejará los Planes de forma razonable y no discriminatoria, y aplicará reglas uniformes para todas las personas en situaciones similares. 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

<b>Patrocinador del plan</b>	Citigroup Inc. 75 Holly Hill Lane Greenwich, CT 06830
<b>Numero de identificación del empleador</b>	52-1568099
<b>Administrador del plan</b>	Plans Administración Committee of Citigroup Inc. ( <i>Comité de Administración de Planes de Citigroup, Inc.</i> ) 125 Broad St., 8th Floor New York, NY 10004  1-800-881-3938 (ConnectOne). Desde el menú principal, seleccione la opción de "Beneficios Médicos y de Bienestar" ( <i>Health and Welfare Benefits</i> ) y siga las instrucciones para consultar con un representante del Centro de Servicios de Beneficios.  Si se encuentra fuera de los Estados Unidos, llame al 469-220-9600.  Si padece de un impedimento auditivo, llame al Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones al 1-866-280-2050. Luego llame a ConnectOne al 1-800-881-3938.
<b>NOMBRES Y NÚMEROS DE PLANES</b>	
Plan Médico Triple-S Plan de Fármacos recetados Caremark	Plan de Beneficios Médicos de Citigroup Grupo # 1-03450 Grupo #6569 Plan # 508
Plan Dental Triple-S	Plan de Beneficios Dentales de Citigroup Grupo # 1-03450 Plan # 505
Plan de la Visión	Plan de Beneficios de la Visión de Citigroup Plan # 533
Programa de Asistencia al Empleado	Programa de Asistencia al Empleado de Citigroup, Plan # 521
Seguro de Vida Básico/AD&D GUL Opcional/AD&D Seguro Contra Accidentes en Viajes de Negocios	Plan de beneficios de Seguro de Vida de Citigroup, Plan #506  Seguro Contra Accidentes en Viajes de Negocios de Citigroup, Plan #510
Seguro de Cuidado a Largo Plazo de Citigroup	Seguro de Cuidado a Largo Plazo de Citigroup, Plan #535
Discapacidad a Corto Plazo Discapacidad a Largo Plazo	Plan de Discapacidad a Largo Plazo de Citigroup (LTD), Plan #530

## Sección 3- Información legal y administrativa

<b>agente para entrega de citaciones</b>	Citigroup Inc. General Counsel 399 Park Ave., 3rd Floor New York, NY 10043
<b>Año del plan</b>	1 de enero - 31 de diciembre
<b>FINANCIAMIENTO</b>	
Plan Médico Plan Dental Plan de la Visión Programa de Asistencia al Empleado	Los Planes Médicos y Dentales son financiados con activos generales de Citigroup, y pueden ser financiados por un fideicomiso calificado bajo la Sección 501(c)(9) del Código en nombre de los Planes de acuerdo con los términos de los documentos del Plan. El Plan de la Visión es financiado a través de un contrato de seguro. El Programa de Asistencia a Empleados es financiado por los activos generales de Citigroup.  El costo de la cobertura Médica y Dental es compartido por Citigroup y el participante. El costo del Plan de la Visión es provisto mediante contribuciones de los empleados. El Programa de Asistencia al Empleado es financiado por contribuciones del empleador.
Seguro de Vida Básico/AD&D GUL Opcional/AD&D Seguro Contra Accidentes en Viajes de Negocios	El Seguro de Vida Básico/AD&D, GUL Opcional/AD&D Suplementario están completamente asegurados. Los beneficios se proveen bajo contratos de seguros entre Citigroup y el Administrador de Reclamos. El Administrador de Reclamos, y no Citigroup, es responsable de pagar los reclamos. La cobertura de Seguro de Vida Básico/AD&D se provee mediante contribuciones del empleador; GUL Opcional/AD&D Suplementario se provee mediante contribuciones de los empleados. El Plan BTA es financiado a través de un contrato de seguro. La cobertura de BTA se provee mediante contribuciones del empleador.
Plan de Discapacidad	Los beneficios de STD se pagan de los activos generales de la Compañía y un fideicomiso calificado bajo la sección 501(c)(9) del Código. La cobertura de STD es provista por Citigroup y no se requieren contribuciones de los empleados.  Los beneficios de LTD están completamente asegurados. El Administrador de Reclamos, y no Citigroup, es responsable de pagar los reclamos. La cobertura de LTD se provee mediante contribuciones tanto del empleador como de los empleados.
Cuidados a Largo Plazo	Los beneficios de LTC están completamente asegurados. El costo del LTC es provisto mediante contribuciones de los empleados.
	Cualquier reembolso, reintegro, ajuste de dividendos u otro pago similar realizado bajo cualquier contrato de seguros suscrito por Citigroup y cualquier otro proveedor de seguro será asignado, consistentemente con las obligaciones fiduciarias establecidas por ERISA, para reembolsar a Citigroup por las primas que ha pagado para reducir los gastos del Plan.
<b>Tipo de Administración</b>	Los Planes son administrados por el Comité de Administración de Planes de Citigroup Inc. Sin embargo, la decisión final con respecto al pago de reclamos bajo ciertos Planes recae sobre los Administradores de Reclamos.

## Administradores de reclamos

Cada uno de los Administradores de Reclamos a continuación tiene la discreción y la autoridad para hacer determinaciones sobre beneficios, de una manera consistente con los términos y condiciones de su respectivo Plan de beneficios, específicamente, las disposiciones del documento del Plan que corresponden al participante y que administra dicho Administrador de Reclamos en particular.

### PLAN MÉDICO

Organización de Proveedores Preferidos ( <i>Preferred Provider Organization, PPO</i> )	Triple-S PO BOX 363628 San Juan PR 00936-3628 (dirección postal) 787-774-6098 ó 787-749-4777
Programa de Fármacos Recetados (farmacia minorista)	Caremark 9501 E Shea Blvd, MC018 Scottsdale, AZ 85260  Montehiedra Office Center 9615 Ave. Los Romeros-Suite 515 San Juan, PR 00926-7038  1-800-390-6441

### PLAN DENTAL

Triple-S	Triple-S P.O. Box 363628 San Juan PR 00936-3628 787-774-6098 ó 787-749-4777
----------	--

### PLAN DE LA VISIÓN

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

### SEGUROS DE VIDA

Seguro de Vida Básico	Metropolitan Life Insurance Co. 200 Park Ave. New York, NY 10166 1-800-638-6420
GUL Opcional (Plan grupal #96731)	Metropolitan Life Insurance Co. P.O. Box 3016 Utica, NY 13504 1-800-523-2894
AD&D y AD&D Suplementario	Life Insurance Company of North America 1601 Chestnut St. Philadelphia, PA 19192 215-761-1000
Seguro Contra Accidentes en Viajes de Negocios	AIG AIG Domestic Accident and Health Division National Union Fire Insurance Co. of Pittsburgh, PA 70 Pine St. New York, NY 10270 1-800-551-0824
Seguro de cuidados a largo plazo	John Hancock Life Insurance Co. Group Long-Term Care, B-6 200 Berkeley St. Boston, MA 02117 1-800-222-6814

## Sección 3- Información legal y administrativa

# Directorio telefónico y de sitios Web

Puede comunicarse con muchos de los distribuidores a través de la opción de "beneficios médicos y de bienestar" (*health and welfare benefits*) de ConnectOne.

<p><b>Centro de Servicios de Beneficios</b> Disponible eligiendo la opción de beneficios de salud de ConnectOne.</p> <p>Para obtener información sobre el plan y para inscribirse, visite Internet</p>	<p>1-800-881-3938 469-220-9600 (desde fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico) 1-866-280-2050 (TTY)</p> <p>Para el Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones, llame al 1-866-280-2050. Luego llame a ConnectOne al 1-800-881-3938, <b><a href="https://mybenefits.csplans.com">https://mybenefits.csplans.com</a></b></p>
<p><b>Ley Federal Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)</b></p>	<p>1-800-422-7608</p>
<p><b>Cobertura Médica</b> Triple-S <b>Cobertura Dental</b> Triple-S</p>	<p>787-774-6098 ó 787-749-4777 <b><a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a></b></p>
<p><b>COBRA coverage</b> (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act)</p>	<p>1-800-422-7608 <b><a href="http://www.benedirect.adp.com">www.benedirect.adp.com</a></b></p>
<p><b>Seguro de Vida/Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&amp;D)</b> Seguro de Vida - Centro de Servicios de Beneficios; disponible eligiendo la opción de beneficios de salud de ConnectOne <b>Seguro de Vida Universal (GUL) Opcional/AD&amp;D Suplementario - MetLife</b></p>	<p>1-800-881-3938  1-800-523-2894</p>
<p><b>Seguro de Cuidados a Largo Plazo</b> John Hancock Life Insurance Co.</p>	<p>1-800-222-6814 <b><a href="http://groupitc.jhancock.com">http://groupitc.jhancock.com</a></b> Nombre de usuario: groupitc Contraseña: mybenefit</p>
<p><b>Discapacidad/FMLA</b> MetLife</p> <p>Información sobre Seguro de Discapacidad a Corto Plazo (STD), y de Discapacidad a Largo Plazo (STD), y Ley de Licencias por Razones Médicas y Familiares (FMLA)</p> <p>Para informar acerca de una discapacidad o licencia bajo FMLA, elija la opción "discapacidad administrada" (manager disability) de ConnectOne</p> <p>También podrá informar una discapacidad llamando directamente a MetLife</p>	<p>1-800-881-3938  1-800-826-0547</p>
<p><b>Programa de Fármacos Recetados</b> Caremark</p>	<p>1-800-390-6441 <b><a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a></b></p>

<b>Sitio Web de Compensación Total</b>	<b><a href="http://www.totalcomponline.com">www.totalcomponline.com</a></b>
<b>Plan de la Visión</b> Davis Vision	1-800-999-5431 <b><a href="http://www.davisvision.com">www.davisvision.com</a></b>
<b>Programa de Asistencia al Empleado</b> Harris Rothenberg	1-800-952-1245 TTY: 800-256-1604 <b><a href="https://www.harrisrothenberg.com/loginc.html">https://www.harrisrothenberg.com/loginc.html</a></b> Nombre de usuario: umbrella, contraseña: group

El propósito de este documento es proveer una descripción breve de sus beneficios. Citigroup se reserva el derecho de cambiar o discontinuar cualquiera o toda la cobertura 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 interpretarán como una renuncia a este derecho. Excepto hasta el límite de sus responsabilidades delegadas, el Administrador del Plan tiene la exclusiva 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. Solo 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.

Citi *for you.*  
HEALTH

