

**MODELO DE AVISO DE ELECCIÓN DE LA CONTINUACIÓN
DE LA COBERTURA DE COBRA**
**(Para uso exclusivo de los planes grupales de salud patrocinados por un empleador
único)**

[Ingrese la fecha de aviso]

Estimado(a): [Identifique al beneficiario o beneficiarios calificados, según el nombre o condición]

Este aviso contiene información importante sobre su derecho a continuar la cobertura de salud en [ingrese el nombre de los planes grupales de salud] (el Plan). Por favor lea cuidadosamente la información que aparece en el presente aviso.

Para elegir la continuación de la cobertura de COBRA, siga las instrucciones de la página siguiente sobre como completar el formulario de Elección adjunto y envíelo a nuestras oficinas.

Si no elige la continuación de la cobertura de COBRA, su cobertura en el Plan terminará [ingrese la fecha] debido a [marque el casillero correspondiente]:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terminación del empleo | <input type="checkbox"/> Reducción de las horas de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento del empleado | <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal |
| <input type="checkbox"/> Derecho a Medicare | <input type="checkbox"/> Pérdida de la condición de hijo dependiente |

Cada persona (“beneficiario calificado”) que pertenece a una de la(s) categoría(s) marcada(s) más adelante tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA, que lo facultará a continuar en la cobertura grupal de salud del Plan hasta por ___ meses [ingrese 18 o 36, según corresponda y marque el casillero o casilleros correspondientes; puede agregar nombres]:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado o ex empleado |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o ex cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) dependiente cubierto por el Plan hasta un día antes de ocurrir el suceso que ocasionó la pérdida de cobertura |
| <input type="checkbox"/> Hijo que pierde la cobertura en el Plan debido a que ya no se le considera dependiente según el Plan |

De ser elegida, la continuación de la cobertura de COBRA se iniciará el [ingrese la fecha] y puede prolongarse hasta [ingrese la fecha]. [Agregue, si es apropiado: Usted podría elegir cualquiera de las siguientes opciones para la continuación de la cobertura de COBRA: [enumere las opciones de cobertura disponibles].

La continuación de la cobertura de COBRA costará: *[ingrese el importe que deberá pagar cada beneficiario calificado por cada opción de cobertura mensual y cualquier otro período de cobertura permitido.]* No tiene que enviar ningún pago con el Formulario de Elección. Se incluye información adicional importante sobre los pagos para la continuación de la cobertura de COBRA en las páginas siguientes del formulario de Elección.

Si tiene alguna pregunta sobre el presente aviso o sobre sus derechos a la continuación de la cobertura de COBRA, debe comunicarse *[ingrese el nombre de la persona responsable de la administración COBRA para el Plan, el número de teléfono y la dirección]*.

**FORMULARIO DE ELECCIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE LA
COBERTURA DE COBRA**

Yo (Nosotros) elijo (elegimos) la continuación de la cobertura de COBRA en *[ingrese nombre del plan]* (el Plan) según se indica más adelante:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el empleado	SSN (u otro documento de identidad)
--------	---------------------	--------------------------	-------------------------------------

a.

—

[Agregue si se considera conveniente: Opción de cobertura elegida:

_____]

b.

—

[Agregue si se considera conveniente: Opción de cobertura elegida:

_____]

c.

-

[*Agregue si se considera conveniente:* Opción de cobertura elegida:

_____]

Firma

Fecha

Nombre (en letra de imprenta) Tipo de relación con la(s) persona(s) antes indicada(s)

Dirección (en letra de imprenta)

Número telefónico

INFORMACIÓN IMPORTANTE
SOBRE SUS DERECHOS A LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE
COBRA

¿En qué consiste la continuación de la cobertura?

Las leyes federales exigen que la mayoría de los planes grupales de salud (incluyendo este Plan) brinden a los empleados y a sus familias la oportunidad de continuar su cobertura de salud cuando ocurre un “suceso calificador” que podría ocasionar la pérdida de la cobertura bajo un plan de un empleador. Dependiendo del tipo de suceso calificador, los “beneficiarios calificados” pueden incluir al empleado (o al empleado jubilado) cubierto bajo el plan grupal de salud, el cónyuge cubierto y los hijos dependientes del empleado cubierto.

La continuación de la cobertura es la misma cobertura que el Plan brinda a otros participantes o beneficiarios bajo el Plan que no están recibiendo la continuación de la cobertura. Cada beneficiario calificado que elige la continuación de la cobertura tendrá los mismos derechos bajo el Plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos bajo el Plan, incluyendo [*agregue si corresponde: inscripción abierta y*] derechos especiales por inscripción.

¿Qué duración tendrá la continuación de la cobertura?

En caso de una pérdida de cobertura por terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo, la cobertura podría continuar en general sólo por un periodo máximo de 18 meses. En el caso de pérdida de la cobertura debido al fallecimiento de un empleado, divorcio o separación legal, el empleado se haga acreedor a los beneficios de Medicare o que uno de los hijos dependientes deje de serlo de conformidad con los términos del plan, la cobertura podría continuar hasta un máximo de 36 meses. Cuando el suceso calificador es el término del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado, y el empleado se hizo acreedor a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes de ocurrir el suceso calificador, la continuación de la cobertura de COBRA para los beneficiarios calificados que no sea el empleado se prolonga hasta 36 meses después de la fecha de acreditación en Medicare. El presente aviso señala el periodo máximo de continuación de la cobertura disponible para los beneficiarios calificados.

La continuación de la cobertura finalizará antes de cumplirse el periodo máximo si:

cualquiera de las primas requeridas no se ha pagado en su totalidad oportunamente, un beneficiario calificado se convierte en beneficiario cubierto, después de elegir la continuación de la cobertura , bajo otro plan grupal de salud que no imponga ninguna exclusión por condiciones preexistentes para una condición preexistente del beneficiario calificado,

un beneficiario calificado que se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B, o ambas) después de elegir la continuación de la cobertura , o el empleador deja de proveer algún plan grupal de salud a sus empleados.

La continuación de la cobertura también podría cancelarse por cualquier motivo por el que el Plan podría cancelar la cobertura de un participante o beneficiario que no reciba la continuación de la cobertura (tal como fraude).

[Si el período máximo que se muestra en la página 1 de este aviso es inferior a 36 meses, agregue los tres párrafos siguientes:]

¿Cómo puede usted ampliar el periodo de continuación de la cobertura de COBRA?

Si usted elige la continuación de la cobertura, podría estar disponible una ampliación del periodo máximo de cobertura si un beneficiario calificado está incapacitado u ocurre un segundo suceso calificador. Usted debe notificar [*ingrese el nombre del responsable de la administración de COBRA*] la existencia de un caso de incapacidad o de un segundo suceso calificador a fin de ampliar el periodo de continuación de la cobertura . No cumplir con informar el caso de incapacidad o el segundo suceso calificador podría afectar el derecho de ampliar el periodo de continuación de la cobertura .

Incapacidad

Podría estar disponible una ampliación de 11 meses de cobertura si la Administración del Seguro Social (SSA) determina que uno de los beneficiarios calificados se encuentra incapacitado. *El caso de incapacidad debe haberse iniciado algún tiempo antes de cumplirse el día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe prolongarse como mínimo hasta finalizar el periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura . [Describa las disposiciones del Plan para solicitar el aviso de determinación de incapacidad, incluyendo , el cronograma y procedimientos.] Cada beneficiario calificado que haya elegido la continuación de la cobertura tendrá derecho a la ampliación de 11 meses en caso de calificar. Si la SSA determina que el beneficiario calificado ya no se encuentra incapacitado, deberá notificar dicho hecho al Plan dentro de los 30 días después de la determinación de la SSA.*

Segundo suceso calificador

Una ampliación de la cobertura por un periodo de 18 meses estará disponible para los cónyuges e hijos dependientes que elijan la continuación de la cobertura si ocurre un segundo suceso calificador durante los primeros 18 meses de dicha cobertura. El periodo máximo de continuación de la cobertura disponible cuando ocurre un segundo suceso calificador es de 36 meses. Dichos segundos sucesos calificadores pueden incluir el fallecimiento de un empleado cubierto, divorcio o separación del empleado cubierto, que el empleado cubierto se haga acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas) o que un hijo dependiente deje de ser elegible para la cobertura como dependiente según el Plan. Estos sucesos pueden constituir un segundo suceso calificador sólo si hubieran ocasionado que el beneficiario calificado pierda la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer suceso calificador. Usted debe notificar al Plan dentro de los 60 días después de ocurrir el segundo suceso calificador si desea ampliar la continuación de su cobertura.

¿Cómo puede elegir la continuación de la cobertura COBRA?

Para elegir la continuación de la cobertura , debe completar el formulario de Elección y presentarlo de acuerdo con las indicaciones que aparecen en el formulario. Cada beneficiario calificado tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura en forma separada. Por ejemplo, el(la) cónyuge del empleado puede elegir la continuación de la cobertura incluso si el empleado no lo hace. La continuación de la cobertura puede elegirse para uno solo, varios o para todos los hijos dependientes que sean beneficiarios calificados. Un padre puede elegir continuar con la cobertura en nombre de cualquiera de sus hijos dependientes. El empleado o su cónyuge pueden elegir la continuación de la cobertura en nombre de todos los beneficiarios calificados.

Al considerar elegir o no la continuación de la cobertura , deberá tomar en cuenta que no continuar con la cobertura grupal de salud afectará sus derechos futuros de conformidad con la ley federal. Primero, usted puede perder el derecho de evitar que otros planes grupales de salud le apliquen las exclusiones por condiciones preexistentes si tiene un periodo de más de 63 días sin cobertura de salud, y la elección de la continuación de la cobertura podría ayudarlo a no tener tal interrupción. Segundo, usted perderá el derecho garantizado de adquirir pólizas de seguro de salud individuales que no impongan exclusiones por condiciones preexistentes si no obtiene cobertura por el tiempo máximo que tenga disponible. Finalmente, deberá tomar en consideración que cuenta con derechos de inscripción especiales en virtud de la ley federal. Usted tiene el derecho de solicitar una inscripción especial en otro plan grupal de salud para el cual sea, de otro modo, elegible (tal como un plan patrocinado por el empleador de su cónyuge) dentro de los 30 días posteriores a la terminación de su cobertura de salud debido a los sucesos indicados anteriormente. Asimismo usted contará con los mismos derechos especiales de inscripción al finalizar la continuación de la cobertura si obtiene la continuación de la cobertura por el periodo máximo que tenga disponible.

¿Cuánto cuesta la continuación de la cobertura de COBRA?

Generalmente, cada beneficiario calificado debe pagar el costo total de la continuación de la cobertura . La cantidad que se le podría exigir pagar a un beneficiario calificado no puede exceder el 102% (o, en el caso de una ampliación de continuación de la cobertura por incapacidad, 150%) del costo del plan grupal de salud (incluyendo los aportes del empleado y del empleador) para la cobertura de un participante del plan que se encuentre en una situación similar o un beneficiario que no reciba la continuación de la cobertura . En este aviso se indica el pago requerido para cada periodo de continuación de la cobertura en cada una de las opciones.

[Si los empleados son elegibles para recibir asistencia por ajustes comerciales, podría agregarse la siguiente información: La Ley de Comercio de 2002 creó un nuevo crédito tributario para determinadas personas que se vuelven elegibles para recibir asistencia por

ajustes comerciales y para determinados empleados jubilados que perciben pagos por jubilación de la Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC) (personas elegibles). En virtud de las nuevas disposiciones tributarias, las personas elegibles pueden tomar un crédito tributario u obtener el pago adelantado del 65% de las primas pagadas por seguro de salud calificado, incluyendo la continuación de la cobertura . En caso de tener alguna pregunta sobre estas nuevas disposiciones tributarias, puede llamar gratuitamente al Centro de Información al Cliente de Créditos Tributarios de Cobertura de Salud al 1-866-628-4282. Las personas con impedimentos de audición TTD/TTY pueden llamar gratuitamente al 1-866-626-4282. Encontrará más información disponible sobre la Ley de Comercio en HYPERLINK "http://www.doleta.gov/tradeact/2002act_index.asp" www.doleta.gov/tradeact/2002act_index.asp.

¿Cuándo y cómo se debe hacer el pago por la continuación de la cobertura de COBRA?

Primer pago para la continuación de la cobertura

Si elige la continuación de la cobertura , no tiene que enviar ningún pago con el formulario de Elección. Sin embargo, deberá realizar el primer pago por la continuación de la cobertura a más tardar 45 días después de la fecha de elección. (Esta es la fecha de franqueo del Aviso de Elección, si se ha enviado por correo.) Si no realiza el primer pago por la continuación de la cobertura por el importe total como máximo 45 días después de la fecha de su elección, perderá todos los derechos a la continuación de la cobertura bajo el Plan. Usted tiene la responsabilidad de confirmar que la cantidad de su primer pago sea la correcta. Puede comunicarse con [*ingrese la información del contacto correspondiente, por ejemplo, el Administrador del Plan u otro responsable de la administración de COBRA bajo el Plan*] para confirmar que la cantidad correcta de su primer pago.

Pagos periódicos para la continuación de la cobertura

Después de efectuar su primer pago por la continuación de la cobertura , deberá realizar pagos periódicos para cada periodo posterior de cobertura. En este aviso se indica la cantidad que se paga por cada período de cobertura por cada beneficiario calificado. Los pagos periódicos se pueden realizar mensualmente. De conformidad con el Plan, cada uno de los pagos periódicos para la continuación de la cobertura vence el [*ingrese la fecha de vencimiento de cada mensualidad*] para ese periodo de cobertura. [*Si el Plan ofrece otros programas de pago, ingréselos con las fechas correspondientes: Usted puede, en lugar de ello, realizar pagos por la continuación de la cobertura para los siguientes períodos de cobertura, vencidos en las siguientes fechas:*]. Si usted realiza un pago periódico el o antes del primer día del periodo de cobertura al que corresponde, su cobertura bajo el Plan continuará para dicho periodo de cobertura sin ninguna interrupción. El Plan [*seleccione*

uno: enviará o no enviará] enviará avisos periódicos de vencimiento de pagos para dichos periodos de cobertura.

Periodos de gracia para los pagos periódicos

Aunque los pagos periódicos se deben realizar en las fechas que se indican líneas arriba, se le otorgará un periodo de gracia de 30 días después del primer día del periodo de cobertura [o *ingrese el periodo más prolongado permitido por el Plan*] para realizar cada pago periódico. Se le proporcionará la continuación de la cobertura para cada periodo de cobertura siempre y cuando el pago para dicho periodo de cobertura se realice antes de finalizar el periodo de gracia para dicho pago. [Si el Plan suspende la cobertura durante el periodo de gracia debido a falta de pago, *ingrese y modifique según sea necesario*: Sin embargo, si realiza un pago periódico después del primer día del periodo de cobertura para el que se aplica, pero antes de finalizar el periodo de gracia del periodo de cobertura, su cobertura bajo el Plan se suspenderá a partir del primer día del periodo de cobertura y luego se restablecerá en forma retroactiva (considerándose desde el primer día del periodo de cobertura) cuando se reciba el pago periódico. Esto significa que cualquier reclamo que presente por beneficios mientras su cobertura se encuentra suspendida puede ser rechazado y es posible que deba volver a presentar el reclamo una vez que se haya restablecido su cobertura.]

Si no cumple con efectuar el pago periódico antes de finalizar el periodo de gracia para dicho periodo de cobertura perderá todos los derechos a la continuación de la cobertura bajo el Plan.

Su primer pago y todos los pagos periódicos para la continuación de la cobertura deberán enviarse a:

[*ingrese la dirección de pago correspondiente*]

Para mayor información

El presente aviso no describe completamente la continuación de la cobertura u otros derechos bajo el Plan. Encontrará más información disponible sobre la continuación de la cobertura y sus derechos bajo el Plan en la descripción del resumen del plan o se la proporcionará el Administrador del Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre la información que aparece en el presente aviso, sus derechos de contar con cobertura o si desea una copia de la descripción del resumen de su plan, deberá comunicarse con [*ingrese el nombre del responsable de la administración de COBRA para el Plan, el número de teléfono y la dirección*].

Para obtener mayor información sobre sus derechos en ERISA, incluyendo COBRA, la

Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), y otras leyes que afectan los planes grupales de salud, comuníquese con el Departamento de Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador de los Estados Unidos (EBSA) de su área o visite el sitio web de EBSA en HYPERLINK "<http://www.dol.gov/ebsa>" www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números telefónicos de las oficinas regionales y distritales de EBSA se encuentran disponibles a través del sitio web de EBSA).

Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección

A fin de proteger sus derechos y los de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de su dirección o la de los miembros de su familia. Asimismo, debe mantener una copia, para su archivo personal, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

PAGE 8

INSTRUCCIONES: Para elegir la continuación de la cobertura de COBRA, complete este formulario de Elección y devuélvalo a nuestras oficinas. De conformidad con la ley federal, usted debe contar con 60 días después de la fecha de este aviso para decidir si desea elegir la continuación de la cobertura de COBRA bajo el Plan.

Envíe el formulario de Elección completo a: [*Ingrese nombre y dirección*]

Este formulario de Elección debe completarse y enviarse por correo [*o describa otros medios de entrega y fecha de vencimiento*]. Si se envía por correo, la fecha de franqueo no debe ser posterior al [*ingrese la fecha*].

Si no envía un formulario de Elección completo en la fecha de vencimiento que se indica líneas arriba, perderá su derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Si rechaza la continuación de la cobertura de COBRA antes de la fecha de vencimiento, puede cambiar de parecer siempre que proporcione un formulario de Elección con toda la información antes de la fecha de vencimiento. Sin embargo, si cambia de parecer después de haber rechazado la continuación de la cobertura de COBRA, ésta se iniciará en la fecha en que proporcione el formulario de Elección con toda la información completa.

Lea la información importante sobre sus derechos que se incluye en las páginas siguientes al formulario de Elección.