

Pallet Logistics of America, LLC

**Beneficio por Lesión Laboral
Resumen de la Descripción del
Plan**

NÚM. DE PLAN: 502

Lista de Beneficios del Resumen de la Descripción del Plan de Beneficios por Lesión Laboral

Información de la Compañía:

1. **Nombre de la Compañía: Pallet Logistics of America, LLC**
2. **Dirección de la Compañía: 4100 Platinum Way, Dallas Tx 75237**
3. **Número de teléfono de la Compañía: 972-850-5000**
4. **Número de Identificación Fiscal Federal: 20-2869278**
5. **Nombre y número de teléfono de la persona de contacto para hacer preguntas sobre el Participante:**
SCOTT JENKINS 972-850-5000
6. **Nombre y dirección del agente para servicios de procesos legales:**
SCOTT JENKINS 4100 Platinum Way, Dallas Tx 75237
7. **Número de Plan: 502**
8. **El período de tiempo para el “Plazo del Plan” o “Año del Plan” será un período de 12 meses calendario a partir de la fecha establecida en el punto número 9 debajo y que finalizará en esa misma fecha el siguiente año calendario.**

Límites del Beneficio:

9. **Fecha de Inicio del Plan: 5/30/2017**
10. **Período de Beneficios de Cobertura de Gastos Médicos: 116 semanas desde la fecha del Suceso.**
11. **Beneficios por Discapacidad Temporal:**
 - (a) **Período de Espera: 5 DIAS**
 - (b) **Porcentaje de Ingresos Semanales Promedio: 75%**
 - (c) **Beneficio Semanal Máximo: \$900**
12. **Beneficios Máximos en Caso de Muerte y Desmembramiento: \$150,000**

Plan de Beneficios por Lesión Laboral

Resumen de la Descripción del Plan

DETALLES DEL PROGRAMA

El siguiente Resumen de la Descripción del Plan pretende resumir y explicar de manera general los diversos beneficios ofrecidos por el Plan y los términos y condiciones conforme los cuales se pagarán los beneficios. El Plan de Beneficios por Lesión Laboral también incluye una descripción de los beneficios, las exclusiones y los requisitos. En caso de discrepancias entre el presente Resumen de la Descripción del Plan y el Plan, tendrá precedencia el Plan. Los Participantes son elegibles para recibir los beneficios como se describe en este documento conforme lo previsto por el Plan. Sin embargo, la recepción inicial y la continuidad de los beneficios están supeditadas al cumplimiento de los términos y condiciones del Plan. Un Participante que no cumpla con las condiciones y los requisitos del Plan no tendrá derecho a recibir ni a continuar recibiendo los beneficios.

ADMINISTRADOR DEL PLAN

La Compañía actuará como Administrador del Plan a todos los efectos en virtud de lo dispuesto en la Ley para la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act, "ERISA") de 1974 y sus enmiendas. Sin embargo, esta tiene la capacidad de designar a una persona o a un comité para actuar como Administrador del Plan, según se establece en el presente. La Compañía o el Administrador del Plan podrán designar a un Administrador de Reclamos para que cumpla con las responsabilidades diarias relativas a la administración del Plan.

RESPONSABILIDADES DEL PLAN Y FIDUCIARIOS

La Compañía y el Administrador del Plan son fiduciarios, cuyas tareas y responsabilidades se describen en el presente.

POLÍTICA DE FINANCIACIÓN

La Compañía no tiene obligación, pero tiene el derecho de obtener contratos de seguro de uno o más aseguradores para proporcionarse los fondos para liquidar ciertos beneficios en virtud de este Plan. Dicho contrato de seguro será propiedad de la Compañía y ningún Participante tendrá interés o derecho sobre ningún beneficio pagadero conforme a dicho contrato. La Compañía no está obligada a establecer un fondo o fideicomiso para el pago de los beneficios dispuestos en virtud del Plan.

ARTÍCULO I DEFINICIONES

Ciertas palabras utilizadas en este documento tienen significados específicos. Estos términos serán escritos en mayúsculas en todo el documento. La definición de cualquier palabra, si no se define en el texto donde se utiliza, podrá encontrarse en esta sección de Definiciones.

“Lesión accidental” significa una lesión causada a un Participante cubierto, la cual: 1) fue imprevista e inesperada; (2) se produjo en un momento y lugar específicamente identificables; (3) se produjo por casualidad, inesperadamente, y/o no en el desarrollo normal de los acontecimientos; (4) resultó directamente en lesiones corporales en el Participante cubierto; (5) se produjo en el Ámbito de Trabajo; (6) se produjo durante la tramitación del presente Plan; y (7) para la que se inició tratamiento médico dentro de los 30 días posteriores al evento que produjo las lesiones. La Lesión Accidental no incluye Enfermedad Laboral ni Trauma Acumulativo. La Lesión Accidental no incluye las lesiones provocadas por un accidente o las enfermedades comunes de la vida a las que el público en general está expuesto fuera de las tareas asignadas del Participante en su ámbito de trabajo.

“Servicio Activo” significa un Participante 1) que trabaja en forma activa y realiza todas las tareas regulares a tiempo completo en las instalaciones de la Compañía o un lugar asignado por esta, o 2) que trabaja en forma activa y realiza tareas restringidas o modificadas bajo la dirección de la Compañía en su Ámbito de Trabajo.

“Atención Adecuada” significa la determinación de un diagnóstico preciso y clínicamente apoyado y un tratamiento médico y atención continuos de la afección o discapacidad del Participante por un Médico que cumpla con los estándares médicos generalmente aceptados, incluida la frecuencia del tratamiento y la atención.

“Tratamiento Quiropráctico” significa la terapia o el tratamiento quiropráctico proporcionado por una persona debidamente autorizada para proporcionar dichos servicios.

“Gastos Cubiertos” significa los gastos reales en los que incurra un Participante o los realizados en su nombre para el tratamiento, los servicios y los suministros recibidos de parte de un Proveedor y cubiertos por el Plan. Se considera que se ha incurrido en un gasto médico elegible en la fecha del tratamiento, servicio o suministro prestado u obtenido que dio lugar al gasto o cargo.

“Pérdida Cubierta” o **“Pérdidas Cubiertas”** significan una Accidental Lesiones, Enfermedad Laboral o Trauma Acumulativo cubierto por el Plan.

“Trauma Acumulativo” significa los daños a la estructura física del cuerpo de un Empleado que ocurren como resultado de actividades repetitivas, físicamente traumáticas que se producen en el Ámbito de Trabajo y se informan durante la tramitación del Plan. El Trauma Acumulativo no incluye Lesión Accidental ni Enfermedad Laboral.

“Médico”, “Médico Tratante”, “Proveedor Tratante” o **“Proveedor”** significa un proveedor de atención médica autorizado aprobado por la Compañía que sea un profesional médico autorizado que actúa dentro del alcance de su licencia y brinda atención o tratamiento a un Participante adecuados a las condiciones y ubicación. No incluye un Participante o miembros de la Familia Cercana del Participante o demás familiares.

“Empleado” significa una persona que es empleada por la Compañía en sus actividades regulares y recibe un pago por medio de un sueldo, salario o directamente de la Compañía y para quien la Compañía presenta un formulario W2 en el Servicio de Rentas Internas. Empleado no incluye un contratista independiente ni un agente de terceros. Un Empleado debe estar en Servicio Activo y empleado para trabajar en Texas en la actividad regular de la Compañía. Sin embargo, incluye a aquellos Empleados que trabajen temporalmente fuera del estado de Texas, pero únicamente bajo la dirección y el control de la Compañía y en su actividad regular.

“ERISA” se refiere a la Ley para la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado de 1974 y sus enmiendas.

“Hospital” significa una institución legal que: (1) posee licencia de hospital si es necesaria en el lugar donde se encuentra; (2) está abierta permanentemente; (3) funciona principalmente para la atención y el tratamiento de personas enfermas o heridas aceptadas como pacientes internos; (4) cuenta con un personal conformado por uno o más médicos autorizados presentes en todo momento; (5) proporciona servicios de enfermería las 24 horas; y (6) tiene en sus instalaciones o disponibles por un tiempo preestablecido, servicios organizados de diagnóstico y cirugía mayor. Una institución que ofrece atención y tratamiento a enfermos mentales, emocionalmente enfermos o con retraso mental, o aislados por abuso de sustancias o alcoholismo, puede considerarse un hospital, ya sea que tenga o no servicios organizados de cirugía mayor, siempre y cuando cumpla con el resto de los requisitos indicados anteriormente.

“Salario por Hora”, para efectos del cálculo de una pérdida por discapacidad, se refiere al promedio de la compensación bruta pagada a un empleado, según lo informado por la Compañía al Servicio de Rentas Internas, sin incluir bonos discrecionales, para el período más reciente establecido en la Sección 11(e) de la Lista de Beneficios anterior el Suceso que dé lugar a la discapacidad, o el período más corto si ha estado empleado por menos del período establecido en la Sección 11(e) de la Lista de Beneficios. Para empleados asalariados, el Salario por Hora será el salario indicado, sin incluir bonos discrecionales, para el empleado, dividido por el número de horas laborales aplicables a ese salario. El Salario por Hora no incluye el ingreso de las propinas de los participantes.

“Familia Cercana” se refiere a padres, abuelos, cónyuge, hijos, hermano, hermana o parientes políticos del Participante.

“Lesión” significa daño personal o daño a la estructura física del cuerpo constatable en que se incurre únicamente como resultado de un Suceso cubierto. El término no incluye: 1) cualquier trauma mental, emocional o lesión similar; o 2) un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o aneurisma. La Lesión debe ser causada exclusivamente por un accidente. Todas las lesiones sufridas por un Participante en cualquier accidente, inclusive todas las afecciones relacionadas y síntomas recurrentes de estas lesiones, se consideran como una Lesión individual.

“Intoxicado” significa estar bajo la influencia, afectado o análisis positivo de alcohol, drogas ilegales o medicamentos recetados, para los cuales el Participante no cuenta con una receta válida actual o ha ingerido una cantidad superior a la dosis prescrita.

“Emergencia Médica” significa una condición causada por una Lesión que se manifiesta mediante síntomas lo suficientemente graves de los cuales una persona prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina pudiese esperar razonablemente que, de no recibir atención médica inmediata, la salud de la persona estaría en grave peligro.

“Gastos Médicos” significan las cantidades Normales y Habituales disponibles para el pago, según lo previsto en el presente Plan, para los servicios Médicamente Necesarios como consecuencia de una Lesión Accidental, Enfermedad Laboral o Trauma Acumulativo a un Participante.

“Médicamente Necesarios” significa los servicios, procedimientos o suministros médicos que son: (1) necesarios, reconocidos y aceptados profesionalmente a nivel nacional por los médicos como los medios normales, habituales y eficaces de diagnóstico o tratamiento de la enfermedad; (2) las fuentes más económicas o los niveles de servicio que sean adecuados y disponibles para el tratamiento seguro y eficaz del Participante; y (3) no principalmente para la conveniencia del Participante, familia del Participante o médico del Participante u otro proveedor de servicios, suministros o procedimientos médicos.

“Enfermedad Laboral” significa una Enfermedad provocada por las tareas asignadas de un Empleado en el Ámbito de Trabajo, se informa durante la tramitación del Plan y causa una lesión o un daño a la estructura física del cuerpo. La Enfermedad Laboral no incluye Lesión Accidental ni Trauma Acumulativo.

“Suceso” significa una Lesión Accidental o una serie de Lesiones Accidentales que surjan de un evento o incidente. En lo que respecta a la Enfermedad Laboral o Trauma Acumulativo, el Suceso significa el último día de la exposición perjudicial del Empleado a las condiciones que causan o agravan dicha Enfermedad Laboral.

“Otros Beneficios de Ingresos” significa cualquier cantidad que un Participante o los dependientes de un Participante reciben (o se supone que reciben) conforme a:

1. Cualquier compensación para los trabajadores, enfermedad laboral, ley de compensación por desempleo o ley similar tanto estatal como federal, incluidos todos los beneficios por discapacidad, tanto permanentes como temporales. Esto incluye daños, conciliaciones o liquidación pagados en lugar de dichos beneficios, ya sea que se admita o no la responsabilidad. Si son pagados en un monto global, serán prorrateados durante el período por el cual se otorga dicha suma. Si no se indica el tiempo, la suma global será prorrateada durante un período de cinco años. Si no se hace una asignación específica de una suma global, entonces la suma total corresponderá a Otros Beneficios de Ingresos.
2. Cualquier beneficio de jubilación o de Seguro Social que el Participante o terceros reciben (o se supone que reciben) en nombre del Participante o para los dependientes de un Participante, o, si corresponde, que los dependientes del Participante reciben (o se supone que reciben) por el derecho del Participante a dichos beneficios.
3. Cualquier ingreso pagadero, bajo cualquier seguro colectivo o plan similar. Si existe otro seguro que se aplica al mismo reclamo por discapacidad e incluye una disposición igual o similar que contemple la reducción debido a otro seguro, el presente Plan pagará su participación proporcional del reclamo total. “Participación proporcional” significa la proporción del beneficio total que la cantidad pagadera, sin otros beneficios o seguro, representa con respecto a los beneficios totales según tales fuentes.

“Participante” significa un Empleado de la Compañía que firma un Formulario de Acuse de Recibo y Reconocimiento.

“Médico” significa un médico debidamente cualificado que está legalmente autorizado para ejercer la medicina en el estado donde se brinda el servicio.

“**Plan**” significa el Plan y todas sus enmiendas posteriores.

“**Administrador del Plan**” significa el Administrador del Plan designado por la Compañía.

“**Plazo del Plan**” o “**Año del Plan**” significa el período establecido en la Sección 8 de la Lista de Beneficios.

“**Enfermedad Preexistente**” significa una enfermedad causada por, o diagnosticada como el agravante o la reaparición de una enfermedad o lesión por la que el Participante recibió tratamiento médico, atención o asesoramiento antes de la fecha en que la cobertura entrara en vigencia para el Participante conforme a lo previsto en el Plan.

“**Rehabilitación**” significa únicamente los servicios Médicamente Necesarios que se realizan con el propósito de restaurar las funciones de movimiento, habla o vista perdidas como resultado de una Lesión Accidental, Enfermedad Laboral o Trauma Acumulativo.

“**Ámbito de Trabajo**” significa una actividad de cualquier tipo o naturaleza que involucre, esté relacionada con y se origine en el trabajo, negocio, comercio o profesión de la Compañía y que es realizada por un empleado en pro del fomento de los asuntos o negocios de la Compañía en Texas o temporalmente lejos del lugar de trabajo regular de la Compañía en Texas en pro del negocio, comercio o profesión. El Ámbito de Trabajo no incluye el medio de transporte del Participante hacia y desde el lugar de trabajo regular de la Compañía o del Participante e incluye solo la actividad que realiza el Participante relativa a los negocios de la Compañía, que sea razonablemente previsible por la Compañía.

“**Patrocinador**” significa la Compañía.

“**Supervisor**” significa el supervisor inmediato del Empleado o la persona encargada en el momento de una Lesión Accidental.

“**Administrador Externo**” significa un agente contratado por la Compañía para procesar reclamos conforme lo previsto en el Plan. La Compañía puede cambiar la compañía o el agente que cumple esta función ocasionalmente a su entera discreción.

“**Normales y Habituales**” significa que el gasto es: (1) normal cuando se trata de un cargo que el paciente es responsable de pagar a falta de seguro o reembolso de terceros, cobrado regularmente por un proveedor de atención médica o un médico para un determinado tratamiento, servicio o suministro, y (2) habitual en relación con lo que otros médicos y proveedores de atención médica dentro de la misma área geográfica, son reembolsados por un tratamiento, servicio o suministro igual o similar.

ARTÍCULO II ELEGIBILIDAD Y BENEFICIOS

1. Disposiciones generales. Este Plan se aplicará a Lesione Accidentales, Trauma Acumulativo y Enfermedad Laboral a los efectos de la actividad de la Compañía de un Participante en Servicio Activo de esta y sujeto a todos los términos y condiciones del Plan. El presente Plan especifica solo los beneficios para los que el Participante es elegible en caso de que ocurra tal Suceso. El documento del Plan regulará todos los casos en cuanto a la elegibilidad y los beneficios, lo que incluye las limitaciones y exclusiones. La prestación de beneficios a un Participante de conformidad con el presente Plan no constituye un reconocimiento de responsabilidad por parte de la Compañía. El Administrador del Plan se reserva el derecho de condicionar el pago de beneficios que se describen a continuación al Participante (o herederos o beneficiarios) que firma un acuse de recibo a tal efecto.

2. Beneficios. Los Beneficios del Plan consistirán en la prestación de Beneficios de Cobertura de Gastos Médicos correspondientes a tratamientos médicos elegibles brindados por un Proveedor, beneficios por discapacidad para períodos de discapacidad resultante de lesiones laborales y Desmembramiento, cuando corresponda.

3. Exclusiones. Los siguientes beneficios no están incluidos en el Plan. No se liquidará ningún beneficio por cualquier pérdida resultante, total o parcialmente de, causada por, o como una consecuencia natural y probable de cualquiera de los siguientes casos:

- a. Que hayan ocurrido antes de (i) la Fecha de Inicio del Plan establecido en la Sección 9 de la Lista de Beneficios o (ii) la fecha en que el Participante se inscribe en el Plan (lo que ocurra después); o después de la finalización de Plan.
- b. Que hayan ocurrido como resultado de una revuelta, guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no, o causados durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.
- c. Que resulten o se produzcan durante la perpetración o tentativa de perpetración de un delito por parte del Participante, participación en un acto ilícito, ocupación ilícita o acto delictivo o asalto agravado, o debido a su participación en un motín, rebelión, disturbio civil o insurrección.
- d. Que resulten del acto o tentativa de suicidio o cualquier lesión intencionalmente autoinflingida.
- e. Que resulten de servicios o suministros que constituyan elementos de confort o embellecimiento personales, uso de televisión o teléfono, o gastos realmente realizados por otras personas.
- f. Que resulten del cuidado o tratamiento de, o la cirugía realizada para, un Procedimiento Cosmético, incluso la parte de la cirugía mamaria que involucra el implante o la inyección de sustancias en el cuerpo para restaurar la forma de la mama, con excepción de los gastos que resulten de una Lesión, que se produzca mientras el Participante cuente con la cobertura del Plan. Además, esta exclusión no se aplica cuando el tratamiento corresponde a una afección que resulta de una Lesión Accidental, mientras esté cubierta por el Plan.

- g. Que resulten de servicios y suministros que no sean necesarios para el tratamiento directo de la Lesión, o que sean adicionales a los gastos Normales y Habituales, o que no sean recomendados ni aprobados por el Proveedor Aprobado.
- h. Para servicios, suministros, medicamentos o tratamientos, incluida la cirugía, que por su naturaleza se consideren experimentales o de investigación, o no estén reconocidos por la Asociación Médica Estadounidense o cualquier autoridad gubernamental, reguladora, o ley o por la Dirección de Alimentos y Medicamentos como generalmente aceptados y Medicamento Necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una Lesión, o gastos de procedimientos quirúrgicos o de otro tipo, que sean específicamente enumerados por la Asociación Médica Estadounidense como carentes de valor médico.
- i. Para servicios prestados por un Médico, Enfermero o terapeuta autorizado si tal Médico, Enfermero o terapeuta autorizado es el Participante o es el Cónyuge, hijo, padre, madre o hermana del Participante.
- j. Que tengan lugar fuera de los Estados Unidos, si el Participante viajara a un destino con el propósito de obtener servicios médicos, medicamentos o suministros, y gastos en los que se incurra fuera del Estado de Texas, con excepción de la atención médica de emergencia inicial o atención expresamente aprobada por el Administrador del Plan.
- k. Para exámenes físicos de rutina o pruebas no relacionadas con una Lesión indemnizable real cubierta por el presente Plan.
- l. En el caso de honorarios del Médico por cualquier tratamiento que no sea suministrado por, o en la presencia física de, un Médico, se pagarán los beneficios que correspondan únicamente a gastos elegibles en los que incurra un Participante que se encuentre bajo el cuidado directo de un Proveedor.
- m. Gastos en los que se incurra en relación con refracciones oculares, la compra o el acondicionamiento de anteojos (con la excepción de anteojos que se usarán en conexión con la tarea laboral designada del Participante), lentes de contacto, audífonos o dispositivos de ayuda similares. Esta exclusión no se aplicará a la compra inicial de un audífono o anteojos si la pérdida auditiva o visual es el resultado de un procedimiento quirúrgico realizado como resultado de una Lesión, mientras el Plan tenga vigencia.
- n. Gastos en los que se incurra para tratamiento para los dientes, las encías, los nervios o las raíces de los dientes, tejido gingival o procesos alveolares o suministros utilizados en este tipo de tratamiento o para instrumentos odontológicos; sin embargo, los beneficios serán pagaderos por gastos en los que se incurra para el tratamiento requerido debido a una Lesión, en los dientes naturales y sanos mientras estén cubiertos por el Plan. Dichos gastos deberán ser realizados dentro de los seis (6) meses a partir de la fecha del Accidente y, en ningún caso, se considerarán incluidos los gastos de tratamiento para la reparación o reemplazo de una prótesis.
- o. Para cualquier Accidente que ocurra cuando se determine que un Participante se encuentra intoxicado o bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, barbitúricos o alucinógenos. Un Participante Lesionado puede estar sujeto a pruebas de drogas en un centro aprobado al momento del Accidente.

- p. Para los servicios de enfermería profesional que sean prestados por un Proveedor que no sea un Enfermero siempre que dicha atención resulte vital para proteger la vida del Participante, y se encuentre específicamente detallada en otra parte del Plan como un gasto cubierto.
- q. En relación con las tomañas o infecciones bacterianas que no sean una infección bacteriana producida como consecuencia de una cortadura o herida accidental cubierta.
- r. Gastos incurridos con respecto a aviones, según se indica a continuación:
- i. Al embarcar, aterrizar, viajar o al ser embestido por un avión propiedad de, operado o arrendado por la Compañía, el Participante o miembro de la familia del Participante.
 - ii. Al viajar en calidad de piloto, operador o miembro de la tripulación de cualquier avión.
 - iii. Al volar en un avión propulsado por cohetes.
 - iv. Al volar en un avión utilizado para acrobacias, carreras o una prueba de resistencia,
 - v. fumigación, siembra, fertilización o pulverización aérea, al apagar un incendio, efectuar exploraciones o patrullar sobre líneas de conducción eléctrica, perseguir animales o aves, tomar fotografías aéreas, remolcar anuncios publicitarios o hacer publicidad aérea o alguna prueba o uso experimental.
 - vi. Al volar cuando se requiere un permiso o dispensa especial emitido por la autoridad pertinente.
- s. En los que incurra mientras viaja hacia y desde el trabajo.
- t. En los que incurra al practicar o participar en juegos competitivos organizados.
- u. En los que incurra al conducir en cualquier carrera o concurso de velocidad, o durante la prueba de cualquier vehículo en una pista o circuito de carreras.
- v. En los que incurra por o en relación con la Atención Supervisada, la hidroterapia, la educación o la capacitación o la Terapia de Rehabilitación Laboral.
- w. En los que incurra debido a una Enfermedad o Lesión Preexistente.
- x. En los que incurra debido a cualquier enfermedad mental, emocional o psicológica que no sea directamente atribuible al trastorno causado por el estrés postraumático como consecuencia de una Lesión Corporal.
- y. Incurridos debido a todos los tipos de herpes, herpes genital simple tipo 2, sífilis, gonorrea y enfermedad relacionada con la contaminación, o muerte.
- z. Incurridos por contratistas independientes, subcontratistas o cualquier otra persona que no califique como Participante.
- aa. Que resulten de, o estén relacionados con incidentes nucleares, guerra de contaminación radiactiva o actos de terrorismo.
- bb. Todos los cargos resultantes de:
- (i) biorretroalimentación y otras formas de capacitación de autoayuda o autoatención o cualquier prueba de diagnóstico relacionada,
 - (ii) hipnosis, acupuntura, tratamiento quiropráctico o terapia quiropráctica,

- (iii) la compra, el alquiler o la reparación de dispositivos de control ambiental, lo que incluye, aunque solamente como ejemplo, aires acondicionados, humidificadores o purificadores de aire, o
- (iv) servicios prestados por una persona que normalmente vive con un empleado lesionado, el cónyuge de un empleado lesionado, uno de los padres de un empleado lesionado, un hijo del empleado lesionado o un hermano o una hermana del empleado lesionado o del cónyuge de este.

cc. Responsabilidad conforme a la Ley Federal sobre Responsabilidad del Empleador, la Ley de Seguro de Compensación para Trabajadores Marítimos y Portuarios (Longshore and Harbor Workers' Compensation Act), la Ley Jones, la Ley de Protección de los Trabajadores Agrícolas Migrantes y Estacionales, la Ley de Procedimientos No Adecuados (Non-Appropriated Instrumentalities Act), la Ley Base sobre Defensa, la Ley Federal de Seguridad y Salud de Minas de Carbón de 1969 o cualquier otra ley o regulación que obligue a un empleador a indemnizar a un empleado por una lesión laboral.

dd. Los gastos en los que incurra un Participante por los que tiene derecho a recibir beneficios en virtud de una ley federal o estatal de compensación para trabajadores, una ley que rijan enfermedades laborales, compensación por desempleo, una ley de beneficios por discapacidad u otra ley similar.

ee. El uso o la exposición al asbesto, fibras de asbesto o productos de asbesto; productos de plomo o a base de plomo; las propiedades peligrosas, incluso propiedades radioactivas, tóxicas o explosivas, de Material Nuclear; o cualquier afección médica asociada con el sílice, lo que incluye exposición a cualquier material, también conocido como polvo de sílice, exposición a sílice cristalino respirable, exposición a silicosis, exposición a material que puede causar cáncer de pulmón, tuberculosis pulmonar, enfermedades de las vías respiratorias, trastornos autoinmunes, enfermedad renal crónica u otras afecciones médicas asociadas con la exposición a materiales a base de sílice.

ff. Osteoartritis, artritis, y/o cualquier otro proceso degenerativo de las articulaciones, huesos, tendones o ligamentos.

gg. El tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades, afecciones, incapacidades mentales o trastornos orgánicos, ya sea que la pérdida sea resultado directo o indirecto del tratamiento de: (i) derrame cerebral, (ii) accidente o evento cerebrovascular, (iii) accidente o evento cardiovascular, infarto de miocardio o ataque cardíaco, (iv) trombosis coronaria, o (v) aneurisma.

hh. Por tarifas o servicios de Médicos o Proveedores que no hayan sido aprobados ni indicados por el Plan.

ii. Hernia, a menos que dicha hernia sea una hernia inguinal y/o umbilical que: (i) haya aparecido de repente e inmediatamente después de una Lesión Corporal, (ii) no existiera en ningún grado antes de la Lesión Corporal, y (iii) fuese acompañada de dolor.

jj. Cualquier reclamo que no haya sido oportunamente interpuesto.

kk. Servicios o suministros para los que no existe ninguna obligación legal de pago o por los cuales no se cobraría nada en ausencia de los beneficios del Plan.

ll. Los cargos pagados o pagaderos conforme a la ley de un gobierno nacional o extranjero.

mm. Gastos de servicios y suministros que no sean necesarios para el tratamiento de una lesión o enfermedad.

nn. Cargos por citas no cumplidas cuando ninguna emergencia haya impedido que la persona cancele la cita con 24 horas de antelación.

oo. Los cargos por completar o presentar formularios de reclamación.

4. Beneficios de Cobertura de Gastos Médicos. Un Participante es elegible para Beneficios de cobertura de Gastos Médicos para los Gastos Cubiertos que resulten directa y únicamente de Lesiones provocadas por una Lesión Accidental, Trauma Acumulativo y/o Enfermedad Laboral.

Los Beneficios de cobertura de Gastos Médicos por accidente son pagaderos en los siguientes casos:

- a. Los Gastos Normales, Habituales y Razonables en los que se incurra para la Atención Adecuada de un Participante.
- b. Los Gastos Cubiertos que son Médicamente Necesarios.
- c. Los Gastos Cubiertos en los que se incurra como resultado de una Lesión Accidental que haya tenido lugar durante el Año del Plan.
- d. Si el gasto médico inicial es incurrido por un Proveedor en un plazo de 30 días desde la fecha de la Lesión Accidental.

No se pagarán beneficios por gastos que excedan los Gastos Normales, Habituales y Razonables, que no sean Médicamente Necesarios o cualquier gasto que sea elegible para el pago o reembolso conforme a cualquier otro plan o póliza de gastos médicos. Todos los Gastos Cubiertos deben ser Médicamente Necesarios y la atención debe ser prestada por un Proveedor. Teniendo en cuenta la cantidad de beneficios que usted puede recibir, el Administrador del Plan considerará la forma más económica para tratar un problema en particular.

En cuanto a los Beneficios de cobertura de Gastos Médicos, los Gastos Cubiertos son los siguientes:

- e. Gastos de un hospital o Centro de Enfermería Especializada. Los gastos por estancia hospitalaria se limitan al costo de una habitación semiprivada a menos que la enfermedad de la Persona Cubierta requiera aislamiento en una habitación privada o la unidad de cuidados intensivos.
- f. Gastos médicos, quirúrgicos, de podología, optometría, odontológicos (limitados a Lesiones en los dientes naturales sanos), Enfermería y servicios de terapia física prestados por un Proveedor autorizado.

- g. Servicios de rehabilitación física suministrados por un terapeuta ocupacional autorizado proporcionado por o bajo instrucciones de un Proveedor autorizado.
- h. Gastos de tratamiento médico o quirúrgico, servicios, suministros, medicamentos recetados, y cualquier otro servicio que sea Médicamente Necesario.
- i. Gastos por servicios de ambulancia en caso de Emergencia Médica.

Los Beneficios de cobertura de Gastos Médicos cesarán en cualquiera de los siguientes casos, lo que ocurra primero:

- j. La fecha en la que se alcance el máximo mejoramiento médico.
- k. La fecha de vencimiento del Período de Beneficios de Cobertura de Gastos Médicos establecido en la Sección 10 de la Lista de Beneficios.
- l. Tras la separación voluntaria del Participante o finalización del empleo con causa justa con la Compañía, cesarán todos los beneficios médicos.
- m. Si el Participante no recibe tratamiento médico de un Proveedor por más de noventa (90) días desde la fecha del tratamiento cubierto anterior de un Proveedor médico por una Lesión Accidental.
- n. Cualquier otra limitación, exclusión o evento de terminación indicado en el Plan.

5. Beneficios por discapacidad. Un Participante es elegible para recibir los Beneficios por Discapacidad, siempre que el Participante se encuentre imposibilitado de realizar su trabajo en la Compañía debido a una Lesión Accidental, Enfermedad Laboral o Trauma Acumulativo. Dicha discapacidad debe ser diagnosticada por un Proveedor. Si se cumplen estas, así como las demás condiciones y limitaciones incluidas en el presente Plan, este pagará hasta el Período de Beneficio por Discapacidad establecido en la Sección 11(d) de la Lista de Beneficios, por un monto que no exceda los Beneficios Semanales Máximos establecidos en la Sección 11(c) de la Lista de Beneficios por semana o el porcentaje de los Ingresos Semanales Promedio establecidos en la Sección 11(b) de la Lista de Beneficios, lo que sea menor. Los pagos de Beneficios por Discapacidad están sujetos a las siguientes limitaciones:

- a. El Período de Espera establecido en la Sección 11(a) de la Lista de Beneficios. Para el Período de Espera, solo los días en los que el Participante generalmente trabaja cuentan para cumplir este período.
- b. Solo los días laborables programados normales del participante se consideran en el cálculo de pagos por discapacidad.
- c. El Participante debe proporcionar al Administrador del Plan una prueba fehaciente de la discapacidad y de que se encuentra bajo la atención de un Proveedor autorizado.
- d. Los Beneficios por Discapacidad no son pagaderos a un Participante (o sus Herederos) que reciban Beneficios en caso de Muerte Accidental y Desmembramiento.

- e. Si el Participante es dado de alta por un Proveedor para regresar al trabajo, pero no se reincorpora a trabajar (ya sea una tarea normal o liviana, siempre y cuando esté disponible), cesarán los Beneficios por Discapacidad.
- f. En caso de que el Participante sea encarcelado, cesarán sus Beneficios por Discapacidad.
- g. Si el Participante permanece discapacitado para trabajar a tiempo completo, pero es capaz de volver a trabajar a tiempo parcial o ganando menos que su Salario por Hora, se le considerará discapacitado parcialmente, y se ajustarán los Beneficios por Discapacidad a los ingresos del Participante durante el período de discapacidad parcial.
- h. Los Beneficios por Discapacidad cesan en la fecha que fallece el Participante.
- i. Los Beneficios por Discapacidad terminan en la fecha en que el Participante voluntariamente deja el empleo con la Compañía o es despedido por causa justificada.
- j. Los Beneficios por Discapacidad terminan en la fecha en que el Participante se niega a participar en cualquier programa de rehabilitación médica recomendado, o si la discapacidad puede tratarse mediante atención médica razonable y de forma tal que cualquier persona común y prudente en tales o similares circunstancias se sometería, y el Participante no hubiese aprovechado el tratamiento.
- k. Los Beneficios por Discapacidad están sujetos a cualquier otra limitación, exclusión o evento de terminación de conformidad con el Plan.

6. Beneficios en caso de Muerte Accidental y Desmembramiento. Si la Lesión Accidental del Participante ocasiona cualquiera de las pérdidas detalladas a continuación dentro de los 365 días posteriores al Suceso, el Participante (o su beneficiario designado en el caso de muerte) es elegible para recibir los Beneficios en caso de Muerte Accidental y Desmembramiento. Dicho beneficio corresponderá a la menor cantidad, ya sea el Salario Semanal Promedio anualizado del Participante multiplicado por 10 o el porcentaje del Beneficio en caso de Muerte Accidental y Desmembramiento establecido en la Sección 12 de la Lista de Beneficios, como se indica en la siguiente tabla según la pérdida de que se trate. Si ocurren múltiples pérdidas, se liquidará solo uno de los beneficios (el mayor monto).

Estos beneficios serán pagados de la siguiente manera: el pago inicial deberá ser por un monto igual al veinte por ciento del total del beneficio debido. El resto del monto del beneficio deberá ser pagado en 35 cuotas mensuales iguales. No se deberán intereses sobre el beneficio

<u>Pérdida</u>	<u>Monto del beneficio</u>
Vida	100 %
Cuadriplejia	100 %
Dos o más miembros	100 %

Un miembro	50 %
Hemiplejia	50 %
Paraplejia	50 %
Pulgar y dedo índice de la misma mano	25 %
Cuatro dedos de la misma mano	25 %

“Cuadriplejia” significa la Parálisis total de todos los miembros superiores e inferiores. “Hemiplejia” significa la Parálisis total de los miembros superiores e inferiores de un lado del cuerpo. “Paraplejia” significa la Parálisis total de ambos miembros inferiores o ambos miembros superiores. “Parálisis” significa la pérdida de uso total. Un Médico debe determinar que la pérdida de uso sea completa e irreversible en el momento en que se presenta el reclamo.

“Miembro” significa Pérdida de la Mano o Pie, Pérdida de la Visión, Pérdida del Habla y Pérdida de la Audición. “Pérdida de una Mano o un Pie” significa la Amputación completa de dicho miembro a la altura de o por encima de la muñeca o la articulación del tobillo. “Pérdida de la Visión” significa la Pérdida de Visión total y permanente de al menos un ojo. “Pérdida del Habla” significa la pérdida total y permanente de la comunicación audible que es irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. “Pérdida de la Audición” significa Pérdida total y permanente de Audición en ambos oídos que es irrecuperable y no puede corregirse por ningún medio. “Pérdida del pulgar y dedo índice de la misma mano” o “Pérdida de cuatro dedos de la misma mano” significa Amputación completa a la altura o por encima de las articulaciones metacarpofalángicas (las uniones entre los dedos y la mano). “Amputación” significa la separación y desmembramiento completos y permanentes de una parte del cuerpo.

Los Beneficios en caso de Muerte Accidental y Desmembramiento están sujetos a cualquier otra limitación, exclusión o evento de terminación de conformidad con el Plan.

7. Elegibilidad. Todos los Participantes son elegibles para recibir los beneficios de conformidad con el Plan. Sin embargo, la recepción inicial y la continuidad de los beneficios están supeditadas al cumplimiento de los términos y condiciones del Plan. Un Participante que no cumpla con las condiciones y requisitos del Plan establecidos en este documento, no tendrá derecho a recibir ni a continuar recibiendo los beneficios.

8. Asistencia Médica Inmediata. La prestación de asistencia médica inmediata no representa una admisión de negligencia o responsabilidad de la Compañía ni constituirá una resolución conforme a la cual el Participante tiene derecho a beneficios adicionales de conformidad con el presente Plan.

9. Aceptación del Tratamiento Médico. La aceptación del tratamiento médico por un Participante no obligará a la Compañía a pagar todos los gastos médicos relacionados si se determina que la lesión o enfermedad no fue causada por una Lesión Accidental, Trauma Acumulativo o Enfermedad Laboral de conformidad con lo dispuesto en este documento o, de algún otro modo, excluida o no cubierta por el presente Plan.

10. Consejo Médico. La Compañía proporcionará atención médica continua a un Participante con una lesión o enfermedad según se describe en el Plan, solo si el Participante sigue completa y totalmente los consejos y/o el tratamiento prescrito por el Proveedor, lo que incluye, entre otros, asistir a todas las citas programadas y cumplir con el Plan de tratamiento recomendado. El incumplimiento por parte de un Participante de estas condiciones (y todas las demás) del Plan exonerará a la Compañía de cualquier obligación de prestar beneficios continuos conforme lo dispuesto en el Plan.

11. Subrogación. Esta disposición se aplicará a todos los beneficios provistos en virtud de cualquier sección del presente Plan. Un Participante puede incurrir en gastos médicos o de otro tipo relacionados con lesiones o enfermedades causadas por la acción u omisión de otra persona; u Otra Parte podría ser responsable o legalmente responsable del pago de los gastos en los que se incurra en relación con las lesiones o enfermedades. Si es así, el Participante podrá realizar un reclamo contra esa otra persona o hacer que la Otra Parte pague los gastos médicos u otros cargos. En tal caso, el Plan quedará Subrogado en todos los derechos que el Participante pueda tener contra esa otra persona o la Otra Parte, y tendrá derecho a Reembolso. Además, el Plan estará sujeto al gravamen prioritario sobre cualquier Indemnización hasta el límite de los beneficios pagados o por pagar, y los gastos en los que incurra el Plan en la aplicación de esta disposición. El gravamen prioritario del Plan sustituye a cualquier derecho del Participante a ser “compensado satisfactoriamente”. En otras palabras, el Plan tiene derecho al primer Reembolso de cualquier Indemnización que el Participante obtenga o pueda tener derecho a obtener independientemente de si el Participante ha recibido alguna compensación por cualquier daño o gasto, incluidos los honorarios o gastos de sus abogados. Además, el derecho del Plan al primer Reembolso no será reducido bajo ninguna razón, lo que incluye los honorarios de abogados, los costos, la negligencia comparativa, los límites de recuperabilidad o responsabilidad, o de otro tipo. Como condición para recibir los beneficios de conformidad con el Plan, el Participante acuerda que la aceptación de los beneficios constituye la notificación implícita de esta disposición.

El Participante debe:

- (A) firmar y entregar un Acuerdo de Reembolso y Subrogación;
- (B) autorizar al Plan a demandar, transigir y resolver en nombre del Participante por un valor correspondiente a los beneficios médicos o de otro tipo pagados por las lesiones o enfermedades de conformidad con el Plan y los gastos incurridos por el Plan en el cobro de dicha cantidad, y asignar al Plan los derechos del Participante a la Indemnización cuando esta disposición se aplique;
- (C) reembolsar inmediatamente al Plan, por cualquier Indemnización realizada por Otra Parte, el 100 % del valor correspondiente a los beneficios médicos o de otro tipo pagados por las lesiones o enfermedades de conformidad con el Plan y los gastos (incluidos los gastos de abogados y gastos de juicio independientemente del resultado de una acción) incurridos por el Plan en el cobro de dicha cantidad (sin reducción de los honorarios de abogados, costos, negligencia comparativa, límites de recuperabilidad o responsabilidad, o cualquier otro tipo);
- (D) notificar al Plan por escrito sobre cualquier acuerdo propuesto, y obtener el consentimiento por escrito del Plan antes de firmar cualquier exención de responsabilidad o aceptar cualquier liquidación; y
- (E) cooperar plenamente con el Plan en el ejercicio de sus derechos conforme a esta disposición, no hacer nada que interfiera o menoscabe tales derechos, y suministrar cualquier información requerida por el Plan.

Cuando exista un derecho a indemnización, y como condición para cualquier pago conforme al Plan (incluido el pago de beneficios en el futuro para otras enfermedades o lesiones), el Participante firmará y entregará todos los instrumentos y documentos necesarios, incluido un Acuerdo de Subrogación y Reembolso previsto por el Plan, y hará y proporcionará todo cuanto sea necesario, para garantizar los derechos de Subrogación y Reembolso del Plan, antes de que cualquier beneficio médico o de otro tipo sean pagados por el Plan por las

lesiones o enfermedades. Si el Plan paga algún beneficio médico o de otro tipo por las lesiones o enfermedades antes de que estos documentos estén firmados, el Plan conservará el derecho a Subrogación y Reembolso. Además, el Participante no hará nada que perjudique el derecho a Subrogación y Reembolso por parte del Plan, y reconoce que el Plan impide la aplicación de las doctrinas relativas a la compensación satisfactoria y al fondo común.

El Administrador del Plan tiene entera discreción para interpretar los términos de esta disposición y realizar cambios según considere necesario.

(F) **Cantidad sujeta a Subrogación o Reembolso. Los importes indemnizados estarán sujetos a Subrogación o Reembolso.** En ningún caso la cantidad objeto de Subrogación o Reembolso superará al monto correspondiente a los beneficios médicos o de otro tipo pagados por las lesiones o enfermedades de conformidad con el Plan y los gastos incurridos por el Plan en el cobro de dicha cantidad. El Plan tiene derecho a la indemnización total, sin reducción de los honorarios de abogados, costos, negligencia comparativa, límites de recuperabilidad o responsabilidad, o de cualquier otro tipo, incluso si el Participante no recibiera la compensación completa de todos sus cargos y gastos.

(G) “Otra Parte” significa cualquier individuo u organización, que no sea el Plan, responsable o legalmente responsable de pagar los gastos, la compensación o los daños relacionados con lesiones o enfermedades de un Participante. “Otra Parte” incluirá la parte o partes que causaron las lesiones o enfermedades; el asegurador, garante u otra parte que otorgue la indemnidad a la parte o partes que causaron las lesiones o enfermedades; un asegurador que posea el Participante, los pagos médicos sin seguro, con seguro por debajo del monto correspondiente, independientes de culpabilidad, del propietario, arrendatario o de cualquier otra aseguradora de responsabilidad; un asegurador de compensación laboral y cualquier otro individuo u organización que sea legalmente responsable del pago de las lesiones o enfermedades.

(H) “Indemnización” significa todo el dinero pagado al Participante a través de sentencias, acuerdos o de algún otro modo (sin importar cómo se caracterizan, designan o asignan tales fondos) para compensar las pérdidas causadas por o en relación con, las lesiones o enfermedades. Se considerará que cualquier Indemnización será destinada, en primer lugar, al Reembolso.

(I) “Subrogación” significa el derecho del Plan a procurar los reclamos del Participante con respecto a gastos médicos o de otro tipo pagados por el Plan a favor de Otra Parte.

(J) “Reembolso” significa reembolso al Plan para beneficios médicos o de otro tipo que este haya pagado por la atención y el tratamiento de una lesión o enfermedad y por los gastos efectuados por el Plan para cobrar este monto de beneficio.

(K) **Cuando un Participante contrata un abogado.** Si el Participante contrata a un abogado, dicho abogado debe firmar el Acuerdo de Subrogación y Reembolso como condición para cualquier pago de beneficios y como condición para cualquier pago de beneficios futuros por otras enfermedades o lesiones. Además, el abogado del Participante debe reconocer y consentir el hecho de que el Plan impide la aplicación de las doctrinas relativas a la “compensación satisfactoria” y al “fondo común”, y el abogado debe acordar que no validará ninguna de las doctrinas al intentar acordar la Indemnización. El Plan no pagará los honorarios de los abogados del Participante ni los costos asociados con la indemnización de fondos, ni reducirá su reembolso prorrateado para el pago de honorarios y costos de los abogados del Participante. Los honorarios de los abogados se pagarán de la Indemnización solo después de que el Plan haya recibido el Reembolso total.

Todo Participante o su abogado que reciba cualquier Indemnización (ya sea por juicio, acuerdo, conciliación, o de algún otro modo) tiene la obligación absoluta de ofrecer inmediatamente la Indemnización al Plan de conformidad con los términos de esta disposición. Cuando un Participante o su abogado reciban cualquier Indemnización y no la ofrezcan inmediatamente al Plan, se interpondrá un fideicomiso sobre dicha Indemnización en favor del Plan ya que ni el Participante ni su abogado son dueños de esta, y no tendrán acceso a esta hasta que el Plan haya sido reembolsado por completo.

(L) **Cuando el Participante es menor de edad o ha fallecido.** Estas disposiciones se aplican a los padres, el fiduciario, el tutor u otro representante de un Participante menor de edad y al heredero o representante personal de la sucesión de un Participante fallecido, independientemente de la ley aplicable y de si el representante del menor tiene acceso a, o control de la Indemnización.

(M) **Cuando el Participante no cumple.** Cuando un Participante no cumple con las disposiciones de esta sección, el Administrador del Plan tendrá autoridad, a su entera discreción, para negar el pago de cualquier reclamo de beneficios por parte del Participante y para negar o reducir los beneficios pagaderos en el futuro (incluido el pago de beneficios futuros para otras lesiones o enfermedades) de conformidad con el Plan por la cantidad adeudada al Plan en calidad de Reembolso. El Administrador del Plan podrá también, a su entera discreción, negar o reducir los beneficios futuros (incluidos los beneficios futuros para otras lesiones o enfermedades) bajo cualquier otro plan colectivo de beneficios conservado por el Patrocinador. La reducción será igual a la cantidad correspondiente al Reembolso requerido. Si el Plan debe interponer un recurso contra un Participante para hacer cumplir esta disposición, entonces el Participante acepta pagar los honorarios y costos de los abogados del Plan, independientemente del resultado de la acción.

12. Proveedores de atención médica. La Compañía designará uno o más Proveedores para administrar el tratamiento médico a los Participantes, y la Compañía podrá cambiar los Proveedores designados en cualquier momento. A petición de un Participante, cualquier proveedor de atención médica que no haya sido designado como Proveedor podrá ser aprobado por el Administrador del Plan antes de que un Participante incurra en un gasto que sea pagadero o reembolsable conforme al Plan. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá acudir a un proveedor de atención médica que no haya sido designado como Proveedor autorizado a fin de brindar tratamiento médico de emergencia si ocurre una lesión cuando el Participante no se encuentre en su lugar habitual de trabajo o si un vehículo de emergencia traslada al Participante lesionado a un proveedor de atención médica que no haya sido designado como Proveedor. Sin embargo, la continuidad de cualquier tratamiento médico posterior al tratamiento médico de emergencia estará a cargo de un Proveedor autorizado designado. Salvo lo dispuesto anteriormente, no se abonarán de conformidad con el presente Plan los beneficios por tratamiento recibido de un proveedor de atención médica que no haya sido designado como Proveedor autorizado de conformidad con el presente Plan.

13. Coordinación de Beneficios. Si un Participante está cubierto por uno o más planes de beneficios, los beneficios a pagar por los gastos conforme al Plan en los que se incurra en un año calendario se reducirá por la cantidad de los beneficios pagaderos por otro plan de manera que los beneficios totales liquidados con respecto a cualquier Suceso no excederán el 100 % de los gastos en los que se incurra. El Administrador del Plan determinará qué plan es el plan principal que pagará los beneficios en primer lugar, según las siguientes normas. Cuando solo uno de los planes posea una disposición para la coordinación de beneficios, el plan que carece de dicha disposición será el plan principal. Si ambos planes contienen tal disposición, el plan bajo el cual el Participante está cubierto como Empleado será el plan principal. Si ninguna de las normas anteriores establece

qué plan es el plan principal, entonces el plan que ha cubierto a la persona durante más tiempo será el plan principal.

14. Reclamos Fraudulentos. Los Participantes que presenten reclamos fraudulentos de lesiones que aleguen haber sufrido en el trabajo están sujetos a sanciones penales. Si la Compañía considera que un reclamo de una lesión o enfermedad es fraudulento de alguna manera, dicho reclamo será denegado y el Participante podrá estar sujeto a medidas disciplinarias, incluso el cese de la relación laboral, y a cualquier recurso legal disponible para la Compañía.

15. Derecho a recibir y divulgar información necesaria. El Administrador del Plan puede, sin el consentimiento o la necesidad de informar a la persona u organización, divulgar u obtener cualquier información necesaria para implementar las disposiciones del Plan de cualquier persona u organización. Cuando un Participante solicita beneficios, este debe suministrar cualquier información requerida por el Administrador del Plan, Administrador de Reclamos o Administrador Externo.

16. Examen Físico y Autopsia. La Compañía, con costo exclusivamente a su cargo, tendrá el derecho de hacer que se examine a un Participante cuando y con la frecuencia que sea razonablemente necesario mientras esté pendiente un reclamo en virtud del Plan. En el caso de un reclamo por indemnización semanal, la Compañía también tiene el derecho de exigir que el Participante, con costo exclusivamente a cargo de la Compañía, se presente a una evaluación ocupacional y/o un examen de capacidad funcional. Si un Participante no se presenta al examen, podría producirse la finalización de los beneficios relacionados con el Participante. Además, la Compañía puede solicitar que se realice una autopsia, con costo exclusivamente a su cargo, salvo que lo prohíba la ley.

ARTÍCULO III DISPOSICIONES OPERATIVAS

1. Informes. Un Participante debe informar *inmediatamente* por escrito sobre cualquier Lesión accidental, Enfermedad laboral o Trauma acumulativo a su Supervisor u otra persona designada por la Compañía. El Participante debe informar sobre cada Lesión Accidental, independientemente de la naturaleza o gravedad. No informar inmediatamente sobre una Lesión accidental, Enfermedad laboral o Trauma acumulativo puede someter al Participante a una medida disciplinaria, lo que incluye el cese de la relación laboral y la exclusión de beneficios. A los efectos de este requisito “inmediatamente”, con respecto a una Lesión Accidental o debido a una exposición conocida a una Enfermedad Laboral, significa antes de las 24 horas posteriores a que finalice la jornada programada del Participante durante la cual se produjo el Suceso. Para una Lesión real debido a un Trauma Acumulativo o una Enfermedad Laboral, se debe entregar una notificación por escrito dentro de (1) las 24 horas después de ser médicamente diagnosticado o (2) los 24 horas después de que el Participante haya tenido conocimiento sobre la Lesión, o (3) los 24 horas a partir de la fecha del Suceso, lo que ocurra primero.

2. Pruebas de detección de drogas y alcohol. Al informar una lesión, es posible que se solicite la realización de una prueba de consumo de drogas y alcohol del Participante en caso de que exista una posibilidad razonable de que el consumo de drogas o bebidas alcohólicas haya sido un factor coadyuvante a la lesión accidental informada.

3. Tratamiento Médico. El tratamiento y la atención del Participante se realizarán de la siguiente manera: El Participante será derivado a un Proveedor autorizado. Se le solicitará al

Participante que acepte la derivación a un Proveedor autorizado. Si un Participante decide acudir a un Médico de su elección, la Compañía no será responsable de los gastos incurridos por el Participante. Además, la Compañía se reserva el derecho de exigir que un Participante se someta a una evaluación inicial y posterior realizada por un Proveedor autorizado antes de permitir que el Participante se reincorpore al trabajo después de un Suceso.

4. **Segunda Opinión.** Podrán solicitarse opiniones médicas adicionales relativas a cualquier Suceso antes de efectuar el pago de los beneficios o continuar con estos. El supuesto de que un Participante no se someta a una segunda opinión, a solicitud, puede resultar en la denegación de los beneficios previstos en el Plan.

5. **Incapacidad.** Después del tratamiento inicial, el Proveedor autorizado podrá indicarle al Participante que no regrese al trabajo hasta finalizar el tratamiento adicional pendiente y hasta que sea dado de alta en una fecha posterior. El Participante debe presentarse a trabajar inmediatamente después de que el Proveedor autorizado le haya dado el alta total o parcialmente para regresar al trabajo.

6. **Contacto Semanal.** Un Participante debe comunicarse con el Administrador Externo mientras recibe los beneficios a fin de informar sobre su evolución y el tiempo de recuperación esperado. El incumplimiento de esta disposición provocará la interrupción del derecho del Participante a continuar recibiendo los beneficios de conformidad con el presente Plan.

ARTÍCULO IV ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

1. **Administrador del Plan.** La Compañía designará a un Administrador del Plan para administrar este Plan. El Administrador del Plan actuará hasta que renuncie, fallezca o sea despedido. El Administrador del Plan puede renunciar en cualquier momento al enviar por correo una renuncia por escrito a la Compañía. La Compañía puede despedir al Administrador del Plan, con o sin causa. La Compañía puede ocupar este puesto ocasionalmente. El Administrador del Plan puede designar a un Administrador Externo para administrar los reclamos realizados conforme a este Plan.

2. **Tareas y Derechos Discrecionales.** El Administrador del Plan es un fiduciario. El Administrador del Plan es exclusivamente responsable de la administración general del Plan y tiene la autoridad y el poder discrecional necesarios para cumplir ese propósito, lo que incluye, entre otros, los siguientes derechos, poderes y autoridades: (i) crear reglas para administrar el Plan; (ii) interpretar todas las disposiciones del Plan; (iii) corregir cualquier defecto, realizar cualquier omisión o conciliar todas las discrepancias que surjan en el Plan; (iv) determinar todas las preguntas relacionadas con la elegibilidad y todos los temas relacionados con el derecho a los beneficios; (v) resolver todas las controversias relacionadas con la administración del Plan y hacer cualquier pregunta conveniente para la administración adecuada del Plan; (vi) remitir al Administrador Externo, si los hubiere, todos los asuntos relacionados con el procesamiento de reclamos y pago de beneficios del Plan, siempre y cuando los asuntos delegados al Administrador Externo constituyan responsabilidades ministeriales o no discrecionales; (vii) delegar cualquier tarea de oficina o registro del Administrador del Plan que crea conveniente para administrar adecuadamente el Plan; (viii) el Administrador del Plan (o su delegado) puede investigar todos los accidentes, las lesiones y las enfermedades y promulgar, implementar y hacer cumplir las normas y reglas de seguridad del trabajo; y (ix) designar un Administrador de Reclamos o Administrador Externo para ayudar con la administración de reclamos conforme al presente Plan.

La actividad del Administrador del Plan al ejercer todos los derechos, los poderes y las autoridades establecidas en este Artículo IV, de buena fe y a su exclusiva discreción, debe ser definitiva y vinculante para todas las partes.

3. **Documentos.** El Administrador del Plan facilitará a cada Participante para su revisión, los registros, documentos y demás datos necesarios de conformidad con lo estipulado en la ERISA, pero solo en horas razonables durante el horario laboral. Ningún Participante tendrá derecho a examinar los datos o registros que reflejan la información correspondiente a cualquier otro Participante. El Administrador del Plan no está obligado a poner a disposición ningún otro tipo de datos o registros distintos de los requeridos por la ERISA.

4. **Indemnización.** El Administrador del Plan no es responsable de ningún acto u omisión propia, a menos que sea requerido por ERISA o alguna otra ley federal o estatal aplicable que exprese que no se puede renunciar a esta responsabilidad. La Compañía debe mantener indemne al Administrador del Plan de todas las pérdidas, los costos, los gastos y los daños que surgen de la administración del Administrador del Plan, a menos que, según una orden definitiva no apelable de un tribunal de jurisdicción competente, el Administrador sea culpable de cometer una imprudencia grave o conducta impropia deliberada.

5. **Garantía.** No se requiere que el Administrador del Plan dé garantía del desempeño de sus tareas, a menos que lo requiera una ley irrenunciable.

6. **Patrocinador.** A todos los efectos de ERISA, el Patrocinador es la Compañía.

ARTÍCULO V RECLAMOS

1. **Procedimientos para los Reclamos.** Cuando un Beneficio es pagadero, el Participante deberá presentar su reclamo ante la persona u oficina designada por el Administrador del Plan para recibir reclamos. En circunstancias normales, se tomará una decisión definitiva relativa a un reclamo dentro de los 15 días calendario para un reclamo previo al servicio, los 30 días calendario para un reclamo posterior al servicio o los 45 días para un reclamo por discapacidad, a partir de la recepción del reclamo. Si el reclamo corresponde a un caso de atención de urgencia, se tomará una decisión final en cuanto al reclamo dentro de las 72 horas siguientes a su recepción. Si un reclamo es denegado durante el período de reclamos, el Administrador del Plan notificará al Participante por escrito. La desestimación debe incluir las razones específicas por las cuales se tomó esa decisión, las disposiciones del Plan en las que se basa y los procedimientos de revisión de los reclamos. Si no se toman medidas durante el período de reclamos, el reclamo se considerará denegado el último día del período de reclamos.

2. **Notificación de Denegación del Reclamo.** En el supuesto de que un reclamo de beneficios sea denegado, en su totalidad o en parte, el Administrador del Plan deberá proporcionar al Participante o representante del Participante una notificación electrónica o por escrito de la determinación adversa del Plan. La notificación de denegación incluirá lo siguiente:

- (i) las razones específicas de la determinación adversa;
- (ii) referencias a las disposiciones específicas del Plan (incluido cualquier reglamento interno, directrices, protocolos, criterios, etc.) en que se basa la determinación;

- (iii) una descripción de cualquier material o información adicional necesarios para que el Participante interponga una demanda por el reclamo, y una explicación de por qué dicho material o información son necesarios;
- (iv) una descripción de los procedimientos de revisión del Plan y los plazos aplicables a los procedimientos;
- (v) una declaración del derecho del Participante a emprender acciones legales de conformidad con lo dispuesto en el artículo 502(a) de la ERISA tras una determinación adversa de beneficios luego de una revisión; y
- (vi) en el caso de una determinación adversa de beneficios relacionados con un reclamo de atención de urgencia, una descripción del proceso acelerado de la revisión aplicable a los reclamos urgentes.

Si la notificación de negativa de un reclamo de beneficios corresponde a un reclamo de atención de urgencia, la notificación podrá ser proporcionada al Participante o representante del Participante de forma verbal, siempre que se suministre una notificación electrónica o por escrito al Participante o representante del Participante a más tardar tres días después de la notificación verbal.

3. Plazo de la Notificación de Denegación del Reclamo. El plazo para la presentación de la notificación de denegación de un reclamo depende del tipo de reclamo denegado y la razón por la cual es desestimado, como se dispone a continuación.

- (a) Si el reclamo es denegado debido a que el Participante o representante del Participante no cumplieron con el procedimiento del Plan para la presentación de reclamos, el Administrador del Plan debe notificar al Participante o representante del Participante sobre el procedimiento correcto dentro de los cinco días posteriores a la recepción del reclamo. *Excepción por atención de urgencia:* Si el reclamo es por atención de urgencia, la notificación debe entregarse dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del reclamo.
- (b) Si se niega el reclamo porque el Participante o representante del Participante han seguido los procedimientos del Plan pero no han presentado información suficiente para que el Administrador del Plan determine si el reclamo está cubierto o es pagadero por el Plan, el Administrador del Plan deberá notificar al Participante o representante del Participante sobre la información adicional necesaria dentro de los cinco días posteriores a la recepción del reclamo, y se le otorgará al Participante o representante del Participante un plazo de 45 días posteriores a la fecha de recepción de la notificación para que proporcione la información faltante. El Administrador del Plan revisará la información adicional y notificará al Participante o representante del Participante dentro de los 15 días posteriores a la recepción de dicha información acerca de la determinación del Plan con respecto al reclamo. Si no se recibe ninguna información adicional durante el período de 45 días de respuesta, el Administrador del Plan deberá enviar una notificación de denegación del reclamo dentro de los 15 días posteriores a la finalización del período de 45 días. *Excepción por atención de urgencia:* Si el reclamo es por atención de urgencia, el Administrador del Plan deberá notificar al Participante o

representante del Participante sobre la información adicional necesaria dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del reclamo, y se le otorgará al Participante o representante del Participante un plazo de 48 horas para que proporcione la información faltante. El Administrador del Plan revisará la información adicional y notificará al Participante o representante del Participante dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de dicha información acerca de la determinación del Plan con respecto al reclamo. Si no se recibe ninguna información adicional durante el período de 48 horas de respuesta, el Administrador del Plan deberá enviar una notificación de denegación del reclamo dentro de las 48 horas posteriores a la finalización del período de respuesta.

- (c) Si el Participante o representante del Participante han seguido los procedimientos del Plan y han presentado información suficiente para que se elabore la determinación, no obstante, el Administrador Externo ha determinado que el reclamo será denegado, la fecha límite para que el Administrador Externo proporcione la notificación de denegación es de 15 días calendario para un reclamo previo al servicio, los 30 días calendario para un reclamo posterior al servicio o los 45 días para un reclamo por discapacidad, a partir de la recepción del reclamo. *Excepción por atención de urgencia:* Si el reclamo rechazado es por atención de urgencia, la notificación de denegación deberá entregarse dentro de las 72 horas posteriores a la recepción del reclamo.

4. Cuando se Recibe un Reclamo. Se considerará que el Plan ha recibido un reclamo por beneficios si un Participante o un representante del Participante se comunican por escrito, excepto en el caso de atención de urgencia, en cuyo caso el reclamo puede comunicarse de manera verbal y debe ser razonablemente suficiente para solicitar un reclamo para la atención del Administrador Externo.

5. Cómo Notificar. La notificación proporcionada por escrito se deberá enviar por correo de primera clase o deberá entregarse personalmente. La notificación solo podrá entregarse por medios electrónicos (es decir, por correo electrónico) si el Administrador del Plan asegura que recibió el mensaje al usar la función de correo electrónico de acuse de recibo y si se informa al Participante en el texto de la notificación sobre su derecho de recibir, sin ningún costo, una copia impresa de la notificación.

6. Definición de un Reclamo de Atención de Urgencia. “Atención de urgencia” significa atención médica o tratamiento en los que la utilización de los períodos empleados para las determinaciones de atención que no es urgente: (i) Podría comprometer seriamente la vida o la salud del Participante o la capacidad del Participante para recuperar su función máxima, o (ii) en la opinión de un médico que esté familiarizado con la afección del Participante, sometería al Participante a dolor severo que no se pueda controlar adecuadamente sin la atención o tratamiento que se solicitan. Si un reclamo debe ser tratado como una “atención de urgencia”, el mismo puede ser determinado por un médico que tenga conocimiento de la afección del Participante o por una persona que actúe en nombre del Plan, siempre que dicha persona use el juicio razonable de un individuo que no es un profesional de la salud calificado.

7. Procedimiento de Apelación. Una vez que se emita una denegación inicial, el Administrador del Plan no volverá a examinar el reclamo. El Participante podrá entonces apelar la denegación inicial de reclamo. Si un reclamo ha sido denegado, el Participante o representante del Participante tienen derecho a apelar la denegación, tal como se describe a continuación.

8. Derecho a Reconsideración. Dentro de los 180 días posteriores a la fecha de recepción de la notificación de denegación, el Participante o representante del Participante pueden solicitar una nueva revisión del reclamo original mediante la presentación por escrito de una petición para reconsideración ante el Administrador del Plan, entregada personalmente o por correo de primera clase. *Excepción por atención de urgencia:* Si una apelación corresponde a un reclamo de atención de urgencia, la apelación puede ser de manera verbal.

9. Derecho a Formular Observaciones. Dentro de los 180 días después de la fecha de recepción de la notificación de denegación, además de contar con el reclamo original revisado, el Participante o el representante Participante también pueden presentar comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con el reclamo, incluso si el Participante no había presentado previamente los documentos o la información.

10. Derecho a Revisar los Documentos. Durante el período en el que un reclamo está siendo reconsiderado, el Participante o representante del Participante pueden acceder a y obtener copias de todos los documentos, registros y toda otra información relevante para el reclamo que ha sido denegado.

11. Decisión del Administrador del Plan. El Administrador del Plan les notificará al Participante o representante del Participante sobre las conclusiones a las que arribe dentro de los 30 días para un reclamo previo al servicio, los 60 días calendario para un reclamo posterior al servicio o los 45 días para un reclamo por discapacidad, a partir de la recepción de la solicitud de revisión del reclamo. *Excepción por atención de urgencia:* Si el reclamo bajo revisión corresponde a un reclamo por atención de urgencia, el Administrador del Plan notificará al Participante o representante del Participante sobre las conclusiones a las que arribe dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud de revisión.

12. Contenido de la Notificación del Administrador del Plan. Si, luego de la revisión, el reclamo es rechazado nuevamente, el Administrador del Plan deberá proporcionar una notificación por escrito de la denegación que incluya lo siguiente:

- (i) las razones específicas de la determinación adversa;
- (ii) referencia a las disposiciones específicas del Plan (incluido cualquier reglamento interno, directrices, protocolos, criterios, etc.) en las que se basa la determinación del beneficio;
- (iii) una declaración que indique que el Participante tiene derecho a recibir, mediante previa solicitud, acceso razonable a y copias de todos los documentos y registros pertinentes para la revisión del reclamo, incluidos los informes y las identidades de cualquier experto cuyo asesoramiento se hubiese obtenido;
- (iv) una declaración que indique que si el Participante está en desacuerdo con la determinación de beneficios, la controversia será luego sometida a arbitraje no vinculante; y
- (v) una declaración del derecho del Participante a emprender acciones legales de conformidad con lo dispuesto en el artículo 502(a) de la ERISA tras un arbitraje adverso de la determinación de beneficios.

13. Derecho a Iniciar una Acción Civil. Si se niega la apelación de la decisión original tras una revisión y arbitraje, el Participante tendrá derecho a iniciar una acción civil contra el Plan conforme a lo dispuesto en el artículo 502(a) de la Ley para la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado (ERISA) de 1974.

14. Agotamiento de Recursos Administrativos. El Participante no podrá interponer ninguna acción legal con respecto a los beneficios del presente Plan hasta y a menos que se haya agotado el procedimiento de reclamos antes mencionado. No habrá ninguna revisión nueva por ningún árbitro ni tribunal de ninguna decisión tomada por el Administrador del Plan y toda revisión estará limitada a determinar si la decisión fue tan arbitraria e infundada como para constituir un abuso de discreción.

ARTÍCULO VI ENMIENDA Y FINALIZACIÓN

1. Enmienda. El Patrocinador tiene el derecho exclusivo a enmendar el Plan. Una enmienda puede hacerse a través de (i) una resolución certificada o el consentimiento de la Compañía, o (ii) mediante un instrumento por escrito firmado por el ejecutivo o empleado correspondiente del Patrocinador. La enmienda debe describir la naturaleza de la enmienda y su fecha de vigencia.

2. Finalización. El Patrocinador puede finalizar el Plan mediante la firma y entrega de un aviso de finalización, especificando la fecha de finalización, al Administrador del Plan. Asimismo, este Plan quedará anulado automáticamente si existiera una cesión total para o en beneficio de los acreedores del Patrocinador. Este Plan también será finalizado mediante cualquier acción por parte de la Compañía o una aseguradora para cancelar, no renovar, o de algún otro modo, no renovar una póliza de seguro que fue adquirida conjuntamente con el documento del Plan.

ARTÍCULO VII VARIOS

1. Acreedores. Ninguno de los pagos, beneficios o derechos de un Participante en virtud de este Plan estará sujeto a ningún reclamo de un acreedor y, en particular, en la medida que lo permita la ley, todos los pagos, beneficios y derechos deben estar libres de embargos, procesos de fideicomiso u otro proceso legal o equitativo disponible para cualquier acreedor de dicho Participante. Ningún Participante debe tener el derecho de transferir, anticipar, prometer, gravar, preñar o designar ningún Beneficio o pago, contingente o de otro tipo, que espera recibir conforme al Plan.

2. Sin Contrato de Empleo. La constitución de este Plan o cualquier modificación en este documento, la creación de un fondo, fideicomiso o cuenta, el mantenimiento del Plan o el pago de un Beneficio que se describe a continuación no deberán interpretarse como el otorgamiento al Participante o Empleado, o alguna persona, del derecho de permanecer en la Compañía o bajo un Empleador. Todos los Participantes y otros Empleados deben estar sujetos al despido a voluntad, en la misma medida que si nunca se hubiera obtenido o adoptado el Plan.

3. **Herederos.** El presente Plan debe ser vinculante para los herederos, los albaceas, los sucesores y los cesionarios de las partes, incluso la Compañía y cada Participante, herederos de un Participante y beneficiario de un Participante, ya sea en el presente o futuro.
4. **Encabezados.** Los encabezados y las leyendas que se incluyen en el presente se proporcionan únicamente con fines de referencia y comodidad, no se deben considerar parte de ese Plan y no se deben usar en la constitución del presente Plan.
5. **Género.** A menos que se indique claramente por el contexto, el género masculino y neutro incluye el género femenino, el singular incluye el plural, y viceversa.
6. **Ley Aplicable.** El presente Plan es un "plan de beneficios de asistencia al empleado" de conformidad con lo dispuesto en la Sección 3(1) de la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado (ERISA) de 1974, siendo un Plan que tiene el propósito de brindar beneficios médicos, quirúrgicos, hospitalarios, por discapacidad, muerte o desmembramiento en caso de lesión. El presente Plan debe ser regido, interpretado y regulado conforme a la ley federal, en la medida de lo posible.
7. **Activos.** Ningún Participante tiene, como resultado de la adopción del presente Plan, derecho o interés sobre ningún activo del Plan o Compañía al momento de la finalización del empleo o en otra circunstancia.
8. **Gastos.** Todos los gastos destinados a la gestión y administración de este Plan serán pagados por la Compañía.
9. **Compensación.** El propósito del Plan es brindar beneficios médicos y salariales a los Participantes elegibles. Además, el propósito del Plan es reducir cualquier daño resultante de una lesión laboral. Todos los beneficios deben ser interpretados como compensación por parte de un tribunal. Los beneficios pagados conforme al Plan no deben ser considerados un pago de una fuente colateral, ya que dicho término se define por estatuto o jurisprudencia.
10. **Sin Reconocimiento de Responsabilidad.** De ninguna manera los pagos conforme al Plan constituyen un reconocimiento de responsabilidad de una lesión por parte de la Compañía.
11. **Divisibilidad.** Si un tribunal determina que una disposición incluida en el presente es inexigible, no afectará la aplicabilidad del resto del Plan.

ARTÍCULO VIII APROBACIÓN DEL PLAN POR PARTE DE FILIALES

1. **Filiales.** Una filial u otra entidad de la Compañía, con la aprobación de la Compañía, podrá adoptar el presente Plan al aceptar regirse por las limitaciones previstas en el presente Plan, según lo aplique a sus Participantes elegibles, excepto en cuanto a los términos, si los hubiera, específicamente descritos al adoptar las resoluciones o el acuerdo.
2. **Obligación.** El Patrocinador no será responsable de ninguna obligación conforme a lo dispuesto en el Plan de ninguna filial que lo adopte, y una filial que adopta el Plan no será responsable de ninguna obligación del Patrocinador conforme lo previsto en el Plan.

IX. DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

Como participante del Plan, usted tiene determinados derechos y protecciones en virtud de la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado (ERISA) de 1974.

Puede examinar, sin costo alguno, todos los documentos que regulan el Plan, y una copia del último informe anual (Serie Formulario 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU. y disponible en la Sala de Información Pública de la Administración de Pensiones y Beneficios de Bienestar. Puede obtener, mediante solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de estos documentos. El Administrador del Plan puede cobrar un monto razonable por las copias.

La ERISA también impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación del presente Plan. Las personas que administran este plan, denominados “fiduciarios” del plan, tienen la obligación de realizar esto prudentemente y a favor de los intereses tanto de usted como de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluido su empleador ni ninguna otra persona, pueden despedirlo o discriminarlo de ningún modo, para impedir que usted obtenga un beneficio del Plan o ejerza sus derechos en virtud de la ERISA.

Si se le niega o se ignora un reclamo para un beneficio, total o parcialmente, usted tiene derecho a saber por qué, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión de forma gratuita y a apelar ante cualquier rechazo, siempre dentro de ciertos límites de tiempo.

En virtud de la ERISA, hay pasos a seguir para que pueda hacer valer los derechos antes mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del plan o el último informe anual del plan y no los recibe dentro de los 30 días, usted puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigirle al Administrador del Plan que le brinde los materiales y que le pague a usted hasta \$110 por día hasta que usted los reciba, a menos que los materiales no fueran enviados por razones ajenas al control del Administrador del Plan. Si usted efectúa un reclamo de beneficios que es denegado o desatendido, total o parcialmente, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Si sucediera que los fiduciarios del plan malversaran los fondos de este, o bien, si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda en el Departamento de Trabajo de los EE. UU. o interponer una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar los gastos y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal podrá ordenar a la persona que usted haya demandado que pague estos gastos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle a usted que pague dichos gastos y honorarios, por ejemplo, si considera que su reclamo es frívolo.

Si tiene alguna pregunta con respecto a este Plan, debe comunicarse con el Administrador Plan. Si tiene alguna pregunta acerca de esta declaración o acerca de sus derechos en virtud de la ERISA o, si necesita ayuda para obtener los documentos del Administrador del Plan, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Pensiones y Beneficios de Bienestar del Departamento de Trabajo de los EE. UU., que aparece en su directorio telefónico o con la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Pensiones y Beneficios de Bienestar, Departamento de Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener algunas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades conforme a lo dispuesto en la ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Pensiones y Beneficios de Bienestar.