

FIVE BELOW, INC WELFARE BENEFIT
PLAN

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN
WRAP

Five Below, Inc.
701 Market Street, Suite 600
Philadelphia, Pennsylvania 19106

V05182020

FIVE BELOW, INC WELFARE BENEFIT PLAN

TABLA DE CONTENIDO

Información General Sobre El Plan.....	3
Elegibilidad Y Beneficios.....	5
Cómo Inscribirse En El Plan.....	6
Se Prohíbe La Discriminación En Función De Factores Relacionados Con La Salud.....	6
Disposiciones De Privacidad De La HIPAA.....	6
Derechos Especiales De Inscripción.....	7
Órdenes De Manutención Médica Infantil Calificada.....	8
Programas Estatales De Medicaid.....	8
Reglas Especiales Para Cobertura Por Maternidad Y Para El Recién Nacido.....	8
Regla Especial Para La Cobertura De La Salud De La Mujer.....	9
Ley De No Discriminación Por Información Genética De 2008.....	9
Paridad De La Salud Mental.....	9
Cobertura De Salud Durante Licencia Sin Goce De Sueldo Según La Ley FMLA.....	9
Derechos De Reempleo De Las Fuerzas Armadas.....	10
Continuación De Cobertura Bajo COBRA.....	10
Procedimientos De Reclamos Para El Plan.....	14
Procedimientos De Reclamos Por Beneficios Basados En La Determinación De Discapacidad.....	15
Procedimientos Para Los Reclamos Para Los Planes De Salud Grupal.....	16
Determinación De Beneficios.....	16
Determinación De Apelaciones.....	19
Subrogación / Reembolso.....	21
Enmienda O Terminación Del Plan.....	21
Circunstancias Que Pueden Provocar La Pérdida De Beneficios.....	21
Responsabilidad Por Productos / Servicios.....	22
Ninguna Garantía De Empleo.....	22
Declaración De Los Derechos ERISA.....	22
ANEXO A.....	25
ANEXO B.....	26

FIVE BELOW, INC WELFARE BENEFIT PLAN

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN WRAP

Este documento, junto con los folletos y certificados de beneficios, contratos con proveedores, normas y descripciones, es la descripción resumida del plan ("SPD, siglas en inglés") para el Five Below, Inc Welfare Benefit Plan (el "Plan"). Estos documentos describen como el plan con vigencia el 01 de noviembre del 2020. El Plan puede ser cambiado de vez en cuando.

Dado que los beneficios que recibe por medio del Plan son de importancia para usted y su familia, debe guardar este SPD junto a sus registros permanentes. No obstante, recuerde que sólo es un resumen. El SPD presenta un resumen sobre quién es elegible para recibir beneficios y la naturaleza de los beneficios disponibles. El SPD no modifica las provisiones de ningún documento del plan de beneficio ni de ningún instrumento legal relacionado con la creación, operación, financiación u obligación de pago de beneficios del plan de beneficios.

Para obtener información adicional sobre el Plan, comuníquese con el Benefits Department al (215) 546-7909 o refiérase a los documentos oficiales del Plan y los contratos de seguro completos. Las copias de los documentos están disponibles en la oficina del empleador, a solicitud. Si los términos de este SPD están en conflicto con los documentos del Plan, prevalecerán los documentos del Plan.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PLAN

Tipo de Plan:	Bienestar Social, incluyendo los Programas Sociales: siguientes: Medical Plan, Limited Medical Plan, Dental Plan, Dependent Care Reimbursement Account (DCRA) Plan, Health Care Flexible Spending Account, Life Insurance Plan, Long-Term Disability Plan, Prescription Drug Plan, Short-Term Disability Plan, Vision Plan, Premium Conversion Plan que se enumeran en el Apéndice A
Nombre del plan:	FIVE BELOW, INC WELFARE BENEFIT PLAN (el "Plan")
Número del Plan:	501
Año del Plan:	El año del Plan es el período de doce meses que termina el 31 de octubre.

Patrocinador del plan: Five Below, Inc. (el "Empleador")
 701 Market Street, Suite 600
 Philadelphia, Pennsylvania 19106
 (215) 546-7909
 Para una lista de Empleadores participantes, consulte el Apéndice B por favor.

Número de Identificación del Empleador patrocinador del plan 75-3000378¹

Administrador Del Plan: Five Below, Inc.
 701 Market Street, Suite 600
 Philadelphia, Pennsylvania 19106
 (215) 546-7909

Agente frente a las demandas: Five Below, Inc.
 701 Market Street, Suite 600
 Philadelphia, Pennsylvania 19106
 (215) 546-7909

Las demandas también podrán ser presentadas en contra del Administrador del Plan.

Administración del plan: Los Programas de Bienestar Social disponibles del Plan son administrados por los proveedores / aseguradoras a partir del cual se compran servicios o beneficios. A menos que se indique lo contrario, todos los planes de beneficios son administrados por los respectivos aseguradores o proveedores que proporcionan y garantizan los beneficios. Beneficios auto asegurados o sin financiación, en su caso, se pagan con los activos generales del Empleador.

Administradores de Reclamos: Vea la tabla de abajo y / o el resumen separado que puede aplicarse a un determinado tipo de cobertura.

Para Reclamos del	Nombre del Administrador de Reclamos	Contacto
Medical Plan	Cigna Health and Life Insurance Company	(800) 997-1654
Limited Medical Plan	Reliance Standard Life Insurance Company	(866) 375-0775

¹ In Spanish "Número de Identificación del Empleador" (NIE).

Dental Plan	Cigna Dental	(800) 244-6224
Dependent Care Reimbursement Account (DCRA) Plan	Alight Solutions	(855) 952-3569
Health Care Flexible Spending Account	Alight Solutions	(855) 952-3569
Life Insurance Plan	The Standard Insurance Company	(503) 321-7000
Long-Term Disability Plan	The Standard Insurance Company	(503) 321-7000
Prescription Drug Plan	Cigna Health and Life Insurance Company	(800) 997-1654
Short-Term Disability Plan	The Standard Insurance Company	(503) 321-7000
Vision Plan	Cigna Health and Life Insurance Company	(800) 997-1654
Premium Conversion Plan	Five Below, Inc.	(215) 546-7909

ELEGIBILIDAD Y BENEFICIOS

Un Empleado (y su cónyuge y dependientes, en su caso) es elegible a participar en el Plan sólo si, y en la medida que, el participante sea elegible respecto a un tipo particular de cobertura en el plan y el participante aporte la contribución requerida por los empleados para la cobertura seleccionada. En su caso, el Administrador del Plan le informará cuál es el importe de las contribuciones requerido de los empleados para cada tipo de cobertura. La información detallada con descripciones de los beneficios y requisitos de elegibilidad para cada tipo de beneficio se encuentra en los folletos y certificados pertinentes de los beneficios, los contratos de los proveedores y las descripciones de los beneficios. También las copias de estos documentos están disponibles, gratuitamente y a petición, del administrador del plan.

En la medida requerida por la ley aplicable conforme a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ("ACA"), para ciertas empresas con 50 o más empleados a tiempo completo, el número de horas laborales necesarias para satisfacer el estado de empleado a tiempo completo para los fines de cobertura del Plan médico en grupo se determinará de acuerdo a ciertas reglas de medición aprobadas por el empleador para todos los empleados (incluyendo aquellos empleados con horas variable y empleados de temporada, si existen tales clases dentro de la empresa). Un empleado temporal no es elegible para recibir cobertura si es elegible para recibir cobertura de salud a través de una compañía de arrendamiento. El administrador del Plan determinará el estado de los empleados a tiempo completo a su única y absoluta discreción, de

conformidad al Plan y las provisiones aplicables de la responsabilidad compartida del empleador de la ACA y las normas suplementarias. Esta información de elegibilidad está disponibles a petición del administrador del plan.

Bajo "ERISA," el administrador del Plan de salud de grupo puede que ejerza responsabilidades fiduciarias con respecto a la distribución de dividendos, el cambio de una compañía mutual a una de accionistas y reembolsos por razón de pérdidas médicas de las aseguradoras de salud grupal. Parte, o la totalidad, de cualquier reembolso puede ser un activo del Plan que tiene que ser utilizado para el beneficio de los participantes cubiertos por la póliza. Los participantes deben comunicarse con el administrador del plan directamente para obtener información sobre cómo se utilizará el reembolso.

CÓMO INSCRIBIRSE EN EL PLAN

El Administrador del Plan establecerá los procedimientos de acuerdo con cada tipo de cobertura para la inscripción de los empleados elegibles, sus cónyuges o dependientes, si lo hubiera, y comunicará estos procedimientos a los empleados elegibles. El Administrador del Plan establecerá los formularios de inscripción que deben ser completados por un plazo determinado antes del comienzo de la cobertura bajo el Plan.

SE PROHÍBE LA DISCRIMINACIÓN EN FUNCIÓN DE FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD

Una ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), prohíbe que los planes de salud discriminen en contra de cualquier participante o dependiente, en cuanto a los requisitos de elegibilidad para participar en un Plan, en función de un factor relacionado con la salud. Por consiguiente, los beneficios provistos por el Plan estarán disponibles para todas las personas en situaciones similares. Cualquier restricción a los beneficios se aplicará de manera uniforme a todas las personas en situaciones similares y no se puede dirigir a una persona en particular en función de un factor relacionado con la salud. El Plan puede: (i) limitar o excluir beneficios experimentales o que no son médicamente necesarios, (ii) requerir que una persona pague un deducible, copago, coseguro u otro requisito de costo compartido con el fin de obtener un beneficio, siempre y cuando todos los límites, exclusiones o requisitos de costos compartidos se apliquen de manera uniforme a todas las personas en situaciones similares y no sean dirigidos a una persona en particular en función de un factor relacionado a la salud.

DISPOSICIONES DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

HIPAA también requiere que los planes de salud protejan la confidencialidad de su información de salud privada. Una descripción completa de sus derechos bajo HIPAA se puede encontrar en el Aviso de Privacidad del Plan o, en su caso, en el aviso de privacidad proporcionado por la aseguradora. Para obtener una copia del aviso de privacidad, comuníquese con la compañía de seguros o, si tiene preguntas o quejas acerca de la privacidad de su información de salud, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

Ni este plan ni el empleador utilizará ni divulgará a su vez información que está protegida por la ley HIPAA ("información de salud protegida") salvo que sea necesario para el tratamiento, pago, operaciones del plan de salud y de la administración del plan, o según lo permita o exija la ley. Por ley, el Plan requiere que todos sus socios comerciales también observen las reglas de privacidad de la HIPAA. En particular, el Plan sin autorización, no usará ni divulgará información de salud protegida para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios del empleador.

Bajo la HIPAA, usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida, incluyendo ciertos derechos para ver y copiar información, recibirá un informe de ciertas divulgaciones de la información y, bajo ciertas circunstancias, enmendar la información. Usted también tiene el derecho de presentar una queja ante el Plan, su compañía de seguros, o con el Ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., si usted cree que sus derechos bajo HIPAA han sido violados.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si usted rehusó la inscripción para usted, su cónyuge o dependientes debido a otra cobertura de seguro médico o plan de salud de grupo, es posible que pueda inscribirse e inscribir a su cónyuge y dependientes en este plan si usted o su cónyuge o dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir para su cobertura, la de su cónyuge o de otros Dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que su cobertura, la de su cónyuge o de otros dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si usted tiene un nuevo cónyuge o dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a su cónyuge y dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si usted, su cónyuge o dependientes son elegibles, pero no están inscritos en el Plan Médico del Grupo en el Apéndice A usted puede inscribirse si:

- La cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños ("CHIP") se termina como resultado de la pérdida de la elegibilidad y usted solicita cobertura bajo el Plan Médico del Grupo que se enumera en el Apéndice A en los 60 días siguientes a la terminación, o
- Usted, su cónyuge o dependiente es elegible para recibir un subsidio de asistencia para las primas bajo Medicaid o CHIP y usted solicita cobertura bajo el Plan Médico del Grupo que se enumera en el Apéndice A en los 60 días después de que se determina la elegibilidad.

Las reglas especiales de inscripción no se aplican a los beneficios dentales o de la vista limitados o a ciertas cuentas de gastos flexibles para atención médica (por ejemplo, las cuentas de gastos que limitan los beneficios por las cantidades de reducción salarial del empleado).

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

ÓRDENES DE MANUTENCIÓN MÉDICA INFANTIL CALIFICADA

Una orden de manutención médica infantil calificada ("QMCSO, siglas en inglés") es una orden dictada en virtud de la ley de relaciones domésticas del estado por un tribunal o una agencia estatal autorizada por la ley estatal para emitir órdenes de manutención infantil que requiere un plan de salud de grupo para dar cobertura a un hijo o hijos de un empleado. El Administrador del Plan debe cumplir con los términos de cualquier QMCSO que recibe, y deberá:

- (a) Establecer procedimientos razonables para determinar si una orden de manutención médica infantil es una QMCSO (estos procedimientos están disponibles, de forma gratuita, para los participantes y beneficiarios que lo soliciten al Administrador del Plan);
- (b) Notificar sin demora al Empleado y al niño (o al tutor del niño) de la recepción de cualquier orden de manutención médica infantil y los procedimientos del plan médico de grupo para determinar si una orden de manutención médica infantil es una QMCSO; y
- (c) En un plazo de tiempo razonable después de la recepción de dicha orden, determinar si tal orden es una QMCSO y notificar al empleado y al niño de dicha determinación.

PROGRAMAS ESTATALES DE MEDICAID

La elegibilidad para la cobertura o la inscripción en un programa Estatal de Medicaid no afectará su elegibilidad, de dependientes o de un cónyuge en este Plan. El pago de los beneficios se realizará de conformidad con cualquier asignación de derechos como lo requiere cualquier programa estatal de Medicaid.

Si un programa de bienestar social disponible bajo este Plan contiene disposiciones relativas a la coordinación de beneficios con programas estatales de Medicaid, el idioma en el material impreso para dicho Programa de Bienestar gobernará a menos que el lenguaje no cumpla con las leyes y reglamentos aplicables.

REGLAS ESPECIALES PARA COBERTURA POR MATERNIDAD Y PARA EL RECIÉN NACIDO

Los planes de salud de grupo y emisores de seguro de salud en general no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios para la duración de la estancia hospitalaria en relación con el parto para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe que el proveedor a cargo o al médico, a instancias de su madre, de el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96

horas según el caso). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, que requiere que un proveedor obtenga autorización del plan o el emisor de la prescripción de la duración de la estancia que no exceda de 48 horas o 96 horas, según sea el caso.

REGLA ESPECIAL PARA LA COBERTURA DE LA SALUD DE LA MUJER

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 exige que los planes de salud de grupo, los emisores de seguros y las HMO que ya ofrecen beneficios médicos y quirúrgicos para los procedimientos de mastectomía proporcionen cobertura de seguro para la cirugía reconstructiva después de una mastectomía. Esta cobertura ampliada incluye (i) la reconstrucción de la mama sobre la que se ha realizado la mastectomía, (ii) cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, y (iii) prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema. Estos procedimientos pueden estar sujetos a los deducibles anuales y a las disposiciones de coaseguro que son similares a las que se aplican a otros beneficios bajo el plan o cobertura. Para obtener respuestas a preguntas específicas sobre la norma de su plan de salud en particular, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA DE 2008

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (“GINA”, siglas en inglés) protege a los empleados de la discriminación basada en la información genética. A menos que esté permitido, su Empleador no le puede pedir o exigir a usted o su familia ningún tipo de información genética.

PARIDAD DE LA SALUD MENTAL

La ley de Paridad de Salud Mental y Equidad para la Adicción de 2008 generalmente requiere que los planes de salud grupal y los emisores de seguro de salud garanticen que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como las visitas anuales) aplicables a los beneficios de trastornos de salud mental o de uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes que se aplican a casi todos los beneficios médicos y quirúrgicos.

COBERTURA DE SALUD DURANTE LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO SEGÚN LA LEY FMLA

Si su empleador tiene al menos 50 empleados dentro de 75 millas de su sitio de trabajo y usted toma una licencia de ausencia sin goce de sueldo aprobada que califica como licencia familiar y médica bajo la Ley de Permiso Médico y Familiar de 1993 (“FMLA”), puede continuar recibiendo la cobertura de salud de grupo para usted, su cónyuge y Dependientes cubiertos. La cobertura terminará al final de su período de licencia FMLA si no regresa de la licencia, o en la fecha que avise que usted no va a regresar de su licencia FMLA, y usted puede entonces ser elegible para la cobertura de continuación COBRA (como se describe a continuación). Para recibir cobertura del plan de salud grupal durante licencia sin goce de sueldo según la FMLA, usted debe continuar pagando la parte de la prima. Deberá comunicarse con el

Administrador del Plan para hacer los arreglos para el pago de primas durante licencia sin goce de sueldo según la FMLA. Si usted no continúa su cobertura del plan de salud de grupo o de otros tipos de cobertura durante licencia sin goce de sueldo según la FMLA, sus coberturas serán reintegradas cuando regrese de la licencia FMLA. Para obtener información adicional acerca de la cobertura del Plan durante la licencia FMLA, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

Pueden aplicar otros derechos de licencia familiar y médica o licencia por enfermedad en virtud de la ley estatal. Comuníquese con el Administrador del Plan para obtener más información.

DERECHOS DE REEMPLIO DE LAS FUERZAS ARMADAS

Su derecho a la continuación de la participación en un plan de salud de grupo durante los permisos de ausencia por servicio militar activo está protegido por la Ley de Derechos de Empleo y Reemplio de los Servicios Uniformados ("USERRA"). Por lo tanto, si usted está ausente de su trabajo debido a un período de servicio activo en las fuerzas armadas puede optar por continuar su cobertura del plan de salud de grupo. Si se ausenta por menos de 31 días, tendrá que pagar la cuota de empleado regular del costo de la cobertura de salud. Si la ausencia es por 31 días o más, el costo de la continuación de la cobertura de no podrá superar el 102% del costo total de su cobertura de salud.

La continuación de la cobertura terminará en lo que suceda primero de lo siguiente:

- El último día del período de 24 meses a partir del primer día de ausencia militar, o
- La fecha en que usted no puede solicitar el reemplio, según lo dispuesto en la ley USERRA, después de regresar de la licencia militar.

La cobertura de continuación de USERRA se considera una cobertura alternativa para los efectos de COBRA. Por lo tanto, si usted opta por la cobertura de continuación de USERRA, la cobertura de COBRA generalmente no estará disponible.

Los beneficios durante un período de licencia militar deben ser tan generosos como los beneficios disponibles para los empleados en situaciones similares en permisos de ausencia aprobados por el empleador (por ejemplo, permiso de ausencia por problemas familiares y médicos).

CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO COBRA

Según una ley federal denominada COBRA ("Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria"), se requiere que los planes de salud de grupo de la mayoría de los empleadores con 20 o más empleados ofrezcan a los empleados cubiertos, sus cónyuges cubiertos y a sus dependientes, la oportunidad de hacer elecciones separadas para extender temporalmente la cobertura de salud de grupo a tarifas de grupo después que la cobertura bajo el

Plan pueda de otro modo terminar. Esta extensión se llama continuación de la cobertura bajo la ley COBRA. Prueba de su buen estado de salud no es necesaria para esta extensión. Las parejas de hecho deben ponerse en contacto con el Administrador del Plan para discutir la elegibilidad para la cobertura de continuación.

Como empleado cubierto bajo el Plan, usted tiene el derecho de elegir la cobertura de continuación COBRA si pierde la cobertura de salud (o de pago de primas o contribuciones para aumentar la cobertura de salud) porque:

- Sus horas de empleo se reducen;
- Su relación laboral termina por causas distintas a una falta grave; o
- El empleador inicia un procedimiento de quiebra bajo el Título XI, si usted es un empleado jubilado.

Su cónyuge puede elegir la continuación de la cobertura de salud de si él o ella pierde la cobertura de salud (o pagos de primas o contribuciones para aumentar la cobertura de salud) bajo el Plan debido a que:

- Su relación laboral termina por causas distintas a una falta grave, o sus horas de trabajo se reducen;
- Usted fallece;
- Usted se divorcia o se separa legalmente;
- Se inscribe en Medicare (Parte A o B); o
- El empleador inicia un procedimiento de quiebra bajo el Título XI, y se le retiró.

Su hijo dependiente podrá continuar la cobertura de salud si él o ella pierde la cobertura de salud (o pagos de primas o contribuciones para aumentar la cobertura de salud) bajo el Plan debido a que:

- Él o ella pierde el estado de dependiente bajo el plan;
- Su relación laboral se termina por causas distintas a una falta grave, o sus horas de trabajo se reducen;
- Usted fallece;
- Usted y su cónyuge se divorcian o se separa legalmente;
- Se inscribe en Medicare (Parte A o B); o
- El empleador inicia un procedimiento de quiebra bajo el Título XI, y se le retiró.

Un niño nacido, adoptado por, o colocado en adopción con el empleado cubierto durante el período de cobertura de continuación podría también tener derecho a elegir la cobertura de continuación COBRA. Tal período de cobertura del niño será determinado de acuerdo con la fecha del evento calificador que dio origen a la cobertura de COBRA del empleado cubierto.

Usted debe notificar al administrador del plan dentro de 30 días y proporcionar documentación de apoyo.

Bajo COBRA, usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) debe notificar al Administrador del Plan mediante la presentación de una notificación de cambio de estado con el Administrador del Plan dentro de los 60 días después:

- Usted y su cónyuge está divorciado o separado legalmente; o
- Uno de sus hijos pierde el estado de dependiente bajo el plan.

Usted (o su cónyuge o hijo dependiente, si corresponde), será notificado del derecho a elegir la continuación de la cobertura de salud de y el costo de hacerlo. La fecha límite para la elección continuación de la cobertura de salud de es de 60 días posteriores a la fecha que el Plan deja de cubrir a usted, a su cónyuge o hijo dependiente, o 60 días a partir de la fecha en que usted, su cónyuge o hijo dependiente se le notifique de sus derechos de elección de COBRA, el que sea más tarde.

Si usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) no elige la continuación de la cobertura, su cobertura de salud parará. Si usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) elijen continuar con la cobertura de salud, el plan proporcionará cobertura médica idéntica a la que está disponible para los empleados activos en situación similar, incluyendo la oportunidad de elegir entre las opciones disponibles durante un período de inscripción abierta. Sin embargo, usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) debe pagar por esta cobertura. La prima de COBRA no superará el 102% de la prima total pagada por usted y su empleador para ese nivel de cobertura. Hay un período de gracia de al menos 30 días para el pago de la prima programada regularmente.

Si el evento de calificación original, que causa la pérdida de la cobertura de salud fue el fallecimiento del empleado, divorcio, separación legal, derecho a Medicare, o pérdida del "estado de dependiente" de un hijo dependiente bajo el Plan, entonces cada beneficiario calificado tendrá la oportunidad de elegir 36 meses de continuación de cobertura desde la fecha del evento que califica. Si usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) pierde la cobertura de salud bajo el plan debido a que su empleo se terminó o sus horas de empleo se redujeron (y no inmediatamente seguidas de la terminación del empleo), en ese caso, el período máximo de continuación será de 18 meses a partir de la fecha del evento que califica. (Si la cobertura se pierde en una fecha posterior a la fecha del evento que califica y el Plan mide el período máximo de cobertura y plazo de notificación desde la fecha de la pérdida de cobertura de salud, entonces el período máximo de continuación será de 18 meses a partir de la fecha de la pérdida de la cobertura de salud.) Si durante esos 18 meses, otro evento de calificación se lleva a cabo, que le permita a su cónyuge (o hijos dependientes, si corresponde) para la continuación de la cobertura de salud, la cobertura de continuación de su cónyuge (o continuación de la cobertura del hijo dependiente, si corresponde) podrán prorrogarse por otro 18 meses. Usted debe asegurarse que el Administrador del Plan / Administrador de COBRA sea notificado del segundo evento de calificación dentro de los 60 días del segundo evento de calificación. En ningún caso, la continuación de cobertura de salud de su cónyuge (o continuación de la cobertura de salud de su hijo dependiente, si corresponde) se extienden por más de un total de 36 meses a partir de la

fecha del evento inicial. Si su cónyuge cubierto y / o hijo dependiente pierden la cobertura debido a su terminación de empleo (por razones distintas a una falta grave) o la reducción de horas y dicha pérdida se produce dentro de los 18 meses después de su inscripción en Medicare, entonces el período máximo de continuación de cobertura para su Cónyuge e hijos a dependientes será de 36 meses desde la fecha de inscripción en Medicare.

La discapacidad es un tema especial. Si la Administración del Seguro Social determina que usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) están discapacitados en algún momento durante los primeros 60 días del período de continuación de la cobertura de salud , o en el caso de un niño nacido de, adoptado por o colocado puesto para adopción con un empleado cubierto durante un período de cobertura de COBRA, durante los primeros 60 días después del nacimiento, la adopción de un niño o colocación para adopción, entonces su período de cobertura de continuación, así como los períodos de continuación de su Cónyuge y cualquier dependiente pueden extenderse desde 18 hasta 29 meses. El empleador puede cobrar hasta el 150% de la prima total pagada por usted y el empleador durante este período extendido. Para calificar, usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) debe notificar al Administrador del Plan por escrito dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la determinación de la Administración del Seguro Social, y durante el período inicial de la continuación de cobertura de 18 meses. Su notificación por escrito debe incluir su nombre, número de Seguro Social, e indicar que tiene la continuación de cobertura bajo el Plan. Si hay una determinación final que el beneficiario calificado ya no está discapacitado, el Administrador del Plan debe ser notificado dentro de los 30 días siguientes a la determinación por parte del beneficiario calificado, y cualquier cobertura de salud extendida más allá del máximo que de otro modo se aplicaría será terminada para todos los beneficiarios calificados.

En ciertas circunstancias, la bancarrota bajo el Título XI del Empleador le dará derecho a la continuación de la cobertura de salud. Si el evento de calificación que causa la pérdida de la cobertura de salud fue la quiebra del empleador en virtud del Título XI, en ese caso, cada empleado retirado cubierto tendrá la oportunidad de recibir continuación de la cobertura de salud hasta el fallecimiento del empleado jubilado cubierto. Los cónyuges cubiertos, cónyuges sobrevivientes y dependientes del empleado jubilado cubierto tendrán la oportunidad de elegir la continuación de la cobertura de salud por un período que finalizará 36 meses después del fallecimiento del empleado jubilado o en caso de fallecimiento del beneficiario calificado, lo que ocurra primero.

Su derecho a la continuación de la cobertura de salud (o de su cónyuge, hijo dependiente, si corresponde) bajo COBRA termina si:

- El empleador deja de proporcionar cobertura de salud de grupo a cualquiera de sus empleados;
- Usted (o su cónyuge o hijos a cargo, en su caso) no paga la prima dentro de los 30 días después de su fecha de vencimiento mensual;
- Usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) tiene cobertura, después de la fecha de su elección de COBRA bajo otro plan de salud de grupo, incluyendo un plan del gobierno, que no contenga ninguna exclusión o limitación

con respecto a cualquier enfermedad preexistente de dicho beneficiario calificado (que no sea una exclusión o limitación que pueda quedar sin efecto conforme a la ley);

- Usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) tiene derecho a Medicare después de la fecha de la elección de COBRA;
- Usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) han ampliado la continuación de la cobertura debido a una discapacidad y entonces se determina por la Administración del Seguro Social que ya no son personas con discapacidad;
- El período máximo de continuación de COBRA requerido termina; o
- Para esta causa, como la presentación de reclamos fraudulentos, que daría lugar a la terminación de la cobertura para los empleados activos en situación similar.

Con el fin de proteger los derechos de su familia, deberá mantener informado al Administrador del Plan / al Administrador de COBRA de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. Usted también deberá mantener una copia de cualquier notificación que le envíe el Plan o el Administrador de COBRA.

En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros de salud, Medicaid, u otras opciones de cobertura del plan de salud de grupo (como el plan para el cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial." Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación COBRA. Usted puede aprender más acerca de muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Derechos adicionales de continuación pueden aplicar bajo la ley estatal. Contacte al Administrador del plan para obtener más información.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS PARA EL PLAN

Con excepción de lo dispuesto a continuación, los reclamos por beneficios bajo cada plan que está asegurado o auto asegurado se revisarán de acuerdo con los procedimientos contenidos en las políticas, los contratos, las descripciones resumidas del plan u otros materiales escritos para dichos beneficios del Plan. Todos los otros reclamos generales y solicitudes deben dirigirse al Administrador de Reclamos. Si un reclamo bajo el Plan se niega en su totalidad o en parte, el Administrador de reclamos le notificará a usted o a su beneficiario por escrito dicha negación dentro de los 90 días de la recepción del reclamo. (Este período puede extenderse hasta 180 días bajo ciertas circunstancias.) La notificación incluirá las razones de la negación, con referencia a las disposiciones específicas del Plan en que se basó la denegación, una descripción de cualquier información adicional necesaria para procesar el reclamo y una explicación del procedimiento de revisión de reclamos. Dentro de los 60 días siguientes a la recepción de la notificación de la denegación, usted o su beneficiario puede presentar una solicitud por escrito para que se reconsidere la solicitud ante el Administrador de Reclamos.

Toda solicitud deberá ir acompañada con los documentos o registros en apoyo de su apelación. Usted o su beneficiario puede revisar los documentos pertinentes y presentar los temas

y comentarios por escrito. El Administrador de reclamos revisará el reclamo y, en el plazo de 60 días, dará una respuesta por escrito a la apelación. (Este plazo podrá ampliarse hasta 120 días adicionales bajo ciertas circunstancias.) En esta respuesta, el Administrador de Reclamos le explicará el motivo de la decisión, con referencia específica a las disposiciones del Plan en que se basa la decisión. El Administrador de Reclamos tiene el derecho exclusivo de interpretar las disposiciones del Plan. Las decisiones del Administrador de Reclamos son definitivas, concluyentes y vinculantes.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS POR BENEFICIOS BASADOS EN LA DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD

El siguiente procedimiento de reclamos, será aplicable específicamente a reclamos hechos en el marco del Plan de beneficios basados en una determinación de discapacidad. En la medida que este procedimiento es inconsistente con el procedimiento de reclamos contenido en las políticas, los contratos, las descripciones resumidas del plan u otros materiales escritos para dichos planes, el procedimiento de reclamos en las demás políticas, contratos, descripciones resumidas del plan u otros materiales escritos reemplazará a este procedimiento, siempre y cuando dicho procedimiento de reclamos cumpla con las regulaciones del Departamento de Trabajo.

Si se rechaza de manera total o parcial una reclamación en virtud del Plan para un beneficio en función de la determinación de discapacidad, usted o su beneficiario recibirán una notificación por escrito respecto de la denegación de la reclamación. Esta denegación de la reclamación explicará los motivos de la denegación, hará referencia a la disposición del Plan que respalda dicha denegación y proporcionará una descripción de los procedimientos de apelación del Plan. Además, el debate sobre la denegación de la reclamación incluirá lo siguiente:

- si corresponde, una explicación que describa por qué se difiere o no se siguen las opiniones de los profesionales de la salud o expertos profesionales, o por qué se está en desacuerdo con una determinación de beneficios por discapacidad emitida por la Administración del Seguro Social;
- las reglas internas, las directrices, los protocolos, las normas o demás criterios similares del Plan que se utilizaron para fundamentar la denegación de la reclamación (o una declaración que explique que dichas reglas, directrices, protocolos, normas o criterios similares no existen); y
- una declaración que explique que el reclamante tiene derecho, a solicitud y de manera gratuita, a acceder de forma razonable a todos los documentos, registros y demás información pertinente a su reclamación de beneficios y a recibir todas las copias de estos, y, si corresponde, a recibir una explicación del criterio médico o científico utilizado para tomar la determinación, mediante la aplicación de los términos del plan a las circunstancias médicas del reclamante (o una declaración que explique que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita a solicitud).

Usted recibirá un aviso sobre la denegación del beneficio en el transcurso de un plazo razonable, a más tardar 45 días después de que el Administrador de Reclamaciones haya recibido

la reclamación. El Administrador de Reclamos podrá ampliar dicho plazo hasta por 30 días adicionales, siempre y cuando el Administrador de Reclamos determine que la prórroga es necesaria debido a problemas fuera del control del Administrador de Reclamos y el reclamante es notificado de la prórroga antes de la finalización del período inicial de 45 días y también es notificado de la fecha en que el Administrador de reclamos espera tomar una decisión. La prórroga de 30 días puede ser prorrogada por un período adicional de 30 días si el Administrador de Reclamos determina que, por cuestiones ajenas a su voluntad, no puede tomar la decisión en el plazo prorrogado original. En ese caso, se le notificará antes del final de la extensión inicial de 30 días de las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en que el Administrador de Reclamos espera tomar una decisión.

La notificación de la extensión explicará las normas en que se basa el derecho a un beneficio, los problemas no resueltos que impiden que una decisión sobre el reclamo y la información adicional, si la hay, debe presentar. Si debe proporcionar información adicional, se le proporcionará con al menos 45 días para que proporcione la información adicional. El período a partir del cual se le notifica de la información adicional requerida hasta la fecha en que usted responde no se cuenta como parte del período de determinación.

Usted tendrá 180 días para apelar una determinación adversa de beneficios. A solicitud y de manera gratuita, usted tiene derecho a acceder de forma razonable a todos los documentos, registros y demás información pertinente a su reclamación de beneficios y a recibir todas las copias de estos. Se le notificará la decisión del Administrador de Reclamaciones después de la revisión en el transcurso de un plazo razonable, a más tardar 45 días después de que el Administrador de Reclamaciones haya recibido su solicitud de apelación.

El período de 45 días podrá ser prorrogado por un período adicional de 45 días si el Administrador de Reclamos determina que circunstancias especiales (por ejemplo, la necesidad de celebrar una audiencia) requieren una extensión de tiempo. Se le proporcionará con una notificación por escrito antes de la terminación del período inicial de 45 días. Dicha notificación indicará las circunstancias especiales que requieren la extensión y la fecha en que el Administrador de Reclamos espera tomar una decisión.

PROCEDIMIENTOS PARA LOS RECLAMOS PARA LOS PLANES DE SALUD GRUPAL

Los siguientes procedimientos de reclamos se aplicarán específicamente a los reclamos hechos bajo cualquier plan de salud de grupo de este Plan. Si estos procedimientos difieren de los procedimientos de reclamación incluidos en las políticas, contratos, descripciones resumidas del plan o demás material escrito para el plan de salud grupal, los procedimientos de reclamación incluidos en dichas políticas, contratos, descripciones resumidas del plan o demás material escrito reemplazarán estos procedimientos, siempre y cuando dichos procedimientos de reclamación cumplan con las regulaciones del Departamento de Trabajo, Título 29 del Código de Regulaciones Federales §§ 2560.503-1 y 2590.715-2719, según se apliquen al Plan.

DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Reclamos posteriores al servicio

Los reclamos posteriores al servicio son los reclamos que se presenten para el pago de beneficios después de recibir atención médica. Si se rechaza su Reclamo Posterior al Servicio, usted recibirá un aviso por escrito del Administrador de Reclamos dentro de los 30 días de la recepción del reclamo, siempre y cuando toda la información necesaria se proporcione con el reclamo. El Administrador de Reclamos le notificará dentro de este período de 30 días si se necesita información adicional para procesar el reclamo y podrá solicitar una prórroga no superior a 15 días y esperar por su reclamo hasta que se reciba toda la información.

Una vez notificado de la extensión, usted entonces tiene 45 días para proporcionar esta información. Si toda la información necesaria se recibe en el plazo de 45 días y el reclamo es negado, el Administrador de Reclamos le notificará de la negación dentro de los 15 días después de que se reciba la información. Si usted no proporciona la información necesaria en el plazo de 45 días, se negará su reclamo.

Un aviso de denegación le explicará la razón de la negación, refiérase a la parte del plan de salud de grupo en la que se basa la denegación, y proporciona los procedimientos de apelación del reclamo.

Reclamaciones previas al servicio

Reclamaciones previas al servicio son aquellas reclamaciones que requieren certificación o aprobación antes de recibir atención médica. Si su reclamo fue un reclamo previo al servicio, y se presentó correctamente con toda la información necesaria, usted recibirá una notificación por escrito de la decisión del reclamo del Administrador de Reclamos dentro de los 15 días de la recepción de la reclamación. Si usted presentó un reclamo previo al servicio de forma incorrecta, el Administrador de Reclamos le notificará de la presentación inadecuada y cómo corregirlo dentro de los 5 días. Después de revisar el reclamo previo al servicio revisado, el Administrador de Reclamos le notificará de cualquier información adicional que se necesita en un plazo de 15 días, y podrá solicitar una prórroga de un tiempo no superior a 15 días y esperar por su reclamo hasta que se reciba toda la información. Una vez notificado de la extensión, usted entonces tiene 45 días para proporcionar esta información. Si toda la información necesaria se recibe en el plazo de 45 días, el Administrador de Reclamos le notificará de la determinación dentro de los 15 días después de que se reciba la información. Si usted no proporciona la información necesaria en el plazo de 45 días, se negará su reclamo. Un aviso de denegación explicará la razón de la negación, refiérase a la parte del Plan sobre la que se basa la denegación, y proporciona los procedimientos de recurso de reclamación.

Reclamos de Atención Urgente

Reclamos de atención urgente son aquellos reclamos que requieren notificación o aprobación antes de recibir atención médica, cuando el retraso en el tratamiento puede poner en peligro su vida o su salud o la capacidad de recuperarse al máximo o, en opinión de un médico con conocimiento de su estado de salud podría causar dolor intenso. En estas situaciones:

- Usted recibirá un aviso de la determinación de beneficios por escrito o por vía electrónica tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 72 horas después de que el Administrador de Reclamos recibe toda la información necesaria, o en cualquier otro periodo de tiempo como se requiere bajo la ley federal, teniendo en cuenta la gravedad de su enfermedad.
- Notificación de la negación puede ser oral con una confirmación por escrito o electrónica a seguir dentro de los 3 días.
- Si presentó un Reclamo de Atención Urgente de forma inadecuada, el Administrador de Reclamos le notificará de la presentación inadecuada y cómo corregirla dentro de las 24 horas después de que se reciba el reclamo de atención urgente. Si se necesita información adicional para procesar el reclamo, el Administrador de Reclamos le notificará de la información necesaria dentro de las 24 horas después de la recepción del reclamo. A partir de entonces, tiene 48 horas para proporcionar la información solicitada.

Se le notificará de una determinación a más tardar 48 horas después de:

- La recepción de la información solicitada por el Administrador de Reclamos; o
- De finalizar el período de 48 horas en el que se va a proporcionar la información adicional, si la información no se recibe dentro de ese tiempo.

Un aviso de denegación explicará la razón de la negación, refiérase a la parte del Plan sobre la que se basa la denegación, y proporciona los procedimientos de recurso de reclamación.

Reclamos de Atención Concurrente

Si un curso continuo de tratamiento fue aprobado previamente por un período de tiempo específico o el número de tratamientos, y su solicitud de extender el tratamiento es un reclamo de atención urgente como se definió anteriormente, su solicitud será decidida tan pronto como sea posible, y el Administrador de Reclamos le notificará de la decisión dentro de 24 horas después de la recepción del reclamo, siempre que su solicitud se presente al menos 24 horas antes de la finalización del tratamiento aprobado. Si su solicitud de tratamiento prolongado no se presenta al menos 24 horas antes de la finalización del tratamiento aprobado, la solicitud será tratada como un reclamo de atención urgente y decidida de acuerdo con los plazos descritos anteriormente.

Si un curso continuo de tratamiento fue aprobado previamente por un período de tiempo específico o el número de tratamientos, y usted solicita extender el tratamiento en una circunstancia que no es urgente, su solicitud será considerada como un nuevo reclamo y decidida de acuerdo con el servicio post- o los plazos de pre-servicio, según sea el caso.

Avisos sobre la denegación de reclamación

Si su reclamación de beneficios es denegada de manera total o parcial, usted o su beneficiario recibirán una notificación respecto de dicha denegación en el transcurso del plazo correspondiente descrito anteriormente. Dicho aviso de denegación explicará los motivos de la

denegación, hará referencia a la disposición del Plan que respalda la denegación y proporcionará una descripción de los procedimientos de apelación del Plan y demás información relevante sobre la decisión de la reclamación.

Cómo apelar una decisión de Reclamo

Si usted está en desacuerdo con la determinación del reclamo después de seguir los pasos anteriores, puede ponerse en contacto con el Administrador de Reclamos por escrito para solicitar formalmente una apelación. Si la apelación se refiere a un reclamo de pago, su solicitud debe incluir:

- El nombre del paciente.
- El número de identificación del plan.
- La fecha(s) de servicio(s) de la atención médica.
- El nombre del proveedor.
- La razón por la(s) que usted cree que el reclamo debe ser pagada.
- Cualquier documentación u otra información escrita que respalde su solicitud de pago del reclamo.

Su primera solicitud de apelación debe ser presentada al Administrador de Reclamos dentro de los 180 días después de recibir la denegación de la reclamación.

Proceso de Apelación

Una persona calificada, que no participó en la decisión que se apela será nombrada para decidir la apelación. Si su apelación se relaciona con asuntos clínicos, la revisión se llevará a cabo en consulta con un profesional de atención médica con la experiencia adecuada en el campo, que no participó en la determinación previa. El Administrador de Reclamos puede consultar, o buscar la participación de los expertos médicos como parte del proceso de resolución de apelación. Mediante la presentación de una apelación, usted autoriza esta referencia y el intercambio de información de la demanda relacionada con la salud. A petición y de forma gratuita usted tiene el derecho de acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a su reclamo de beneficios.

DETERMINACIÓN DE APELACIONES

Apelaciones de Reclamos Previos al Servicio y –Posteriores al Servicio

Se le proporcionará una notificación escrita o electrónica de la decisión sobre su apelación de la siguiente manera:

Para apelaciones de reclamos previos al servicio (como se define más arriba), la apelación de primer nivel se llevará a cabo y usted será notificado por el Administrador de Reclamos de la decisión dentro de los 15 días a partir de la recepción de una solicitud de

apelación de un reclamo denegado. La apelación de segundo nivel se llevará a cabo y usted será notificado por el Administrador de Reclamos de la decisión dentro de los 15 días a partir de la recepción de una solicitud de revisión de la decisión de la apelación de primer nivel.

Para apelaciones de Reclamos Posteriores al Servicio (tal como se define más arriba), la apelación de primer nivel se llevará a cabo y usted será notificado por el Administrador de Reclamos de la decisión dentro de los 30 días a partir de la recepción de una solicitud de apelación de un reclamo denegado. La apelación de segundo nivel se llevará a cabo y usted será notificado por el Administrador de Reclamos de la decisión dentro de los 30 días a partir de la recepción de una solicitud de revisión de la decisión de la apelación de primer nivel.

Para los procedimientos relacionados con reclamos de atención urgente, consulte la sección "Apelaciones de reclamos de atención urgente" a continuación.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de primer nivel del Administrador de Reclamos, usted tiene el derecho de solicitar una apelación de segundo nivel desde el Administrador de Reclamos. Su solicitud de apelación de segundo nivel debe ser presentada al Administrador de Reclamos dentro de los 60 días a partir de la recepción de la decisión de la apelación de primer nivel.

Tenga en cuenta que la decisión del Administrador de Reclamos se basa sólo en si los beneficios están disponibles bajo el Plan para el tratamiento o procedimiento propuesto. La determinación de si el servicio de salud a la espera es necesario o apropiado es entre usted y su médico.

Apelaciones de Reclamos de Atención Urgente

Su apelación puede requerir una acción inmediata si la demora en el tratamiento puede aumentar significativamente el riesgo para su salud o la capacidad de recuperar la función máxima o causar dolor intenso. En estas situaciones urgentes:

- La apelación no tiene que ser presentada por escrito. Usted o su médico deberá llamar al Administrador de Reclamos a la brevedad posible.
- El Administrador de Reclamos le proporcionará una determinación por escrito o electrónica tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 72 horas después de la recepción de su solicitud de revisión de la determinación, tomando en cuenta la gravedad de su enfermedad.

El Administrador de Reclamos tiene el derecho exclusivo de interpretar y aplicar las disposiciones del Plan. Las decisiones del Administrador de Reclamos son concluyentes y vinculantes.

Revisión externa

Si ha realizado todos los procedimientos internos de apelación, se le ha negado cobertura continua para un tratamiento en curso o tiene un reclamo de atención urgente, usted puede tener derecho a una revisión externa de su reclamo. Consulte con el Administrador del Plan o con el Administrador de Reclamos para obtener más detalles.

SUBROGACIÓN / REEMBOLSO

Si usted presenta un reclamo de beneficios por gastos médicos en que haya incurrido que pueden ser responsabilidad de un tercero, es posible que tenga que reembolsar al Plan cualquier recuperación que reciba. Por ejemplo, si usted se lesiona en un accidente automovilístico que no es su culpa, es posible que tenga que pagar al plan por los beneficios de salud que cobró a los terceros responsables del accidente, o de su compañía de seguros, o de cualquier otra persona del que recibió pago por el accidente. Usted debe notificar al plan de cualquier reclamo que pueda tener contra terceros tan pronto como se dé cuenta del reclamo, debe firmar un acuerdo de subrogación / reembolso solicitado por el Plan, y usted debe cooperar con el Plan en todos los intentos de cobrar al tercero. Esto significa que el plan tiene el derecho de actuar en su nombre en la búsqueda de pago de la tercera parte.

Para obtener información adicional acerca de la subrogación / reembolso, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

ENMIENDA O TERMINACIÓN DEL PLAN

El empleador espera mantener el Plan de forma indefinida, pero se reserva el derecho de enmendar o terminar el Plan si el empleador cree que la situación lo requiere. Si usted ha elegido participar en el Plan, se le notificará por escrito si hay alguna enmienda importante o si el Plan se termina. Si se termina el plan, el empleador dejará de deducir las contribuciones de su salario para pagar los programas de bienestar social. Sin embargo, todas las deducciones salariales anteriores se usarán para pagar los programas de bienestar social que usted ha elegido.

CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN PROVOCAR LA PÉRDIDA DE BENEFICIOS

El Plan contiene numerosas restricciones sobre el tipo y la cantidad de beneficios pagables y las circunstancias en las que paga. Usted debe revisar los folletos de beneficios y otros materiales relevantes para obtener más información. Es posible que pierda la cobertura bajo el Plan si el empleador pone fin al Plan o lo enmienda para reducir o eliminar su cobertura. Usted puede perder el derecho a los beneficios si, entre otras cosas:

- Usted revoca su elección para participar;
- Usted termina su empleo con el empleador;
- Usted no puede hacer las contribuciones requeridas;
- Usted no presenta reclamos de beneficios de manera oportuna;
- Usted hace reclamos de beneficios fraudulentos;
- Usted deja de ser un empleado elegible; o

- El Plan termina.

RESPONSABILIDAD POR PRODUCTOS / SERVICIOS

El empleador no garantiza y no se hace responsable de la naturaleza o calidad de los productos o servicios prestados a través de cualquier proveedor de atención médica o un programa debido a que estos productos y servicios son proporcionados por personal y agencias fuera del control del Empleador.

NINGUNA GARANTÍA DE EMPLEO

El Plan no es un contrato de trabajo. Nada de lo contenido en este documento ni en el folleto de beneficios le da el derecho de ser retenido en el servicio del empleador o interfiere con el derecho del empleador a cumplir con usted o de suspender el servicio en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS ERISA

Como participante en el Plan, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado de 1974 ("ERISA"). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre su plan y beneficios

Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, como los lugares de trabajo y sedes sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluyendo contratos de seguros y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de EE.UU. y está disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

Obtener, mediante solicitud por escrito al Administrador del Plan, las copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluyendo contratos de seguros y los acuerdos de negociación colectiva, y copias del último informe anual (Formulario serie 5500) y el resumen descriptivo del plan. El Administrador del Plan puede hacer un cargo razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan está obligado por ley a entregar a cada participante del plan con una copia de este informe anual de síntesis.

Continuar la Cobertura del Plan de Salud de Grupo

Continuar la cobertura de salud para usted, su cónyuge y dependientes si hay una pérdida de la cobertura bajo el Plan como resultado de un evento que califica. Usted, su cónyuge o dependientes es posible que tenga que pagar por dicha cobertura. Revise esta descripción resumida del plan y de los documentos que rigen el Plan sobre las normas para sus derechos de cobertura de continuación COBRA.

Acciones prudentes por los Fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que administran su Plan, denominados "agentes fiduciarios" del Plan, tienen el deber de hacerlo prudentemente y en interés de usted y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluyendo su empleador, su sindicato, o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de alguna manera de impedir que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza los derechos según ERISA.

Hacer Valer sus Derechos

Si su reclamo de un beneficio de bienestar es negado o ignorado, en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a saber por qué se hizo esto, para obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo, y de apelar cualquier denegación, dentro de ciertos plazos.

Según ERISA, hay pasos que usted puede tomar para hacer valer los derechos anteriores. Por ejemplo, si usted solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual del Plan y no los recibe dentro de 30 días, usted puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podrá exigir al administrador del Plan que le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que los reciba, a menos que éstos no se hayan enviado por razones ajenas al control del Administrador del Plan. Si usted tiene un reclamo de beneficios que se rechaza o se ignora, en todo o en parte, usted puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si usted está en desacuerdo con la decisión o la falta de respuesta respecto a la situación calificada de una orden de relaciones domésticas o una orden de manutención médica infantil, puede presentar una demanda en un tribunal federal. Si sucediera que los fiduciarios del Plan hacen uso indebido del dinero del Plan o si se le discrimina por hacer valer sus derechos, usted puede solicitar la asistencia del Departamento de Trabajo de EE.UU., o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona que usted demandó que pague estos costos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenar que usted pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si encuentra que su reclamo es frívolo.

Ayuda con sus Preguntas

Si usted tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor (Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de EE.UU.), que aparece en su directorio telefónico o a la Division of Technical Assistance and Inquires, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor (División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del

Departamento de Trabajo de EE.UU.), 200 Constitution Avenue NW, Washington, DC 20210 EE.UU. También puede obtener algunas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

ANEXO A
FIVE BELOW, INC WELFARE BENEFIT PLAN

PROGRAMAS DE BIENESTAR SOCIAL

Los siguientes programas de bienestar social se tratarán como comprendidos en el Plan:

Medical Plan

Limited Medical Plan

Dental Plan

Dependent Care Reimbursement Account (DCRA) Plan

Health Care Flexible Spending Account

Life Insurance Plan

Long-Term Disability Plan

Prescription Drug Plan

Short-Term Disability Plan

Vision Plan

Premium Conversion Plan

ANEXO B
FIVE BELOW, INC WELFARE BENEFIT PLAN
EMPLEADORES QUE PARTICIPAN

Además de Five Below, Inc., Los Empleadores participantes siguientes han adoptado el Plan:

No hay otros Empleadores que participan en el Plan.