

**MODELO DE AVISO GENERAL SOBRE LOS DERECHOS A LA CONTINUACIÓN  
DE LA COBERTURA DE COBRA**  
**(Para uso exclusivo de los planes grupales de salud patrocinados por un empleador único)**

**\*\* DERECHOS DE CUBIERTA POR COBRA \*\***

**Introducción**

Usted ha recibido el presente aviso debido a que en fecha reciente ha empezado a tener cobertura bajo un plan grupal de salud (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, la cual es una ampliación temporal de la cobertura bajo el Plan. **Este aviso brinda generalmente una explicación sobre la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger el derecho de acceso a la misma.**

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado mediante una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted cuando, de otro modo, usted perdiera su cobertura grupal de salud. Asimismo, también puede estar disponible para otros miembros de su familia que se encuentran cubiertos por el Plan cuando, de otro modo, ellos hubieran perdido su cobertura grupal de salud. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y en virtud de las leyes federales, debe revisar la Descripción del Resumen del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

**¿En qué consiste la continuación de la cobertura de COBRA?**

La continuación de la cobertura de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan médico cuando la cobertura, de otro modo, finalizara por un suceso conocido como “**evento calificador**”. Los eventos calificadores específicos se encuentran detallados más adelante en el presente aviso. Después de un evento calificador, se debe ofrecer a toda persona que es “**beneficiaria calificada**” la continuación de la cobertura de COBRA. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si la cobertura bajo el Plan se pierde como resultado del suceso calificador.

Si usted es un empleado, se convierte en beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a cualquiera de los siguientes sucesos calificadores:

- Reducción de las horas de trabajo, o
- Terminación de su empleo por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta.

Si usted es el(la) cónyuge de un empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a cualquiera de los siguientes sucesos calificadores:

- Fallecimiento de su cónyuge;
- Reducción de la horas de trabajo de su cónyuge;

- Terminación del empleo de su cónyuge por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta.
- Su cónyuge se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas); o
- Divorcio o separación legal de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convierten en beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido a la ocurrencia de cualquiera de los siguientes sucesos calificadoros:

- Fallecimiento del padre empleado;
- Reducción de la horas de trabajo del padre empleado;
- Terminación del empleo del padre empleado por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta.
- El padre empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas); o
- Divorcio o separación legal de los padres; o
- El hijo ya no es elegible para la cobertura según el Plan en calidad de “hijo dependiente”.

*[Si el Plan brinda cobertura de salud para jubilados, agregue el siguiente párrafo:]*

A veces, presentar un proceso de quiebra de conformidad con el título 11 del Código de los Estados Unidos puede constituir un suceso calificador. Si se presenta un proceso de quiebra con respecto a *[ingrese el nombre del empleador que patrocina el plan]*, y dicho proceso origina la pérdida de cobertura de algún empleado jubilado cubierto bajo el Plan, el empleado jubilado se convertirá en beneficiario calificado con relación a la quiebra. El(la) cónyuge del empleado jubilado, cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes también pueden convertirse en beneficiarios calificados si el proceso de quiebra origina la pérdida de cobertura bajo el Plan.

### **¿Cuándo se encuentra disponible la cobertura de COBRA?**

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados sólo después de haber notificado al Administrador del Plan que ha ocurrido un evento calificador. Cuando un suceso calificador es la terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo, fallecimiento del empleado, *[agregue si el Plan brinda cobertura de salud para jubilados: inicio de procedimiento de bancarrota con respecto del empleador,]* o el empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B, o ambas), el empleado debe notificar al Administrador del Plan el suceso calificador.

## **Debe notificar algunos eventos calificadoros**

**Para los otros eventos calificadoros (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o que un hijo dependiente pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro en un plazo de 60 días a partir después de la fecha en que ocurra el suceso calificador. Usted debe enviar este aviso a: *[Ingrese el nombre de la parte correspondiente]. [Agregue la descripción de cualquier trámite adicional del Plan para este aviso, incluyendo una descripción de cualquier información o documentación requerida.]***

## **¿Cómo se brinda la cobertura de COBRA?**

Una vez que el Administrador del Plan recibe aviso sobre la ocurrencia de un suceso calificador, se le ofrecerá a cada uno de los beneficiarios calificados la continuación de la cobertura de COBRA. Cada beneficiario calificado tendrá derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de COBRA constituye una continuación temporal de la cobertura. Cuando el evento calificador es el fallecimiento de un empleado, el empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B, o ambas), su divorcio o separación legal o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente en calidad de hijo dependiente, la continuación de la cobertura de COBRA es por un periodo máximo de 36 meses. Cuando el suceso calificador es el término del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado, y el empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes de ocurrir el suceso calificador, la continuación de la cobertura COBRA para los beneficiarios calificados que no sea el empleado se prolonga hasta 36 meses después de la fecha de la acreditación en Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto se hace acreedor a Medicare 8 meses antes de la fecha de término de su empleo, la continuación de la cobertura de COBRA para su cónyuge e hijos puede prolongarse hasta 36 meses a partir de la fecha de acreditación en Medicare, lo que equivale a 28 meses después de la fecha de ocurrir el suceso calificador (36 meses menos 8 meses). Por otro lado, cuando el suceso calificador es el término del empleo o la reducción de horas de trabajo del empleado, la continuación de la cobertura de COBRA generalmente sólo tiene una duración máxima de 18 meses. Existen dos formas de ampliar un periodo de 18 meses la continuación de la cobertura de COBRA.

## ***Ampliación por incapacidad por un periodo de 11 meses de la continuación de la cobertura***

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o algún miembro de su familia cubierto por el Plan se encuentra incapacitado y usted notifica este hecho al Administrador del Plan en forma oportuna, (el participante deberá notificar al administrador dentro de 60 días después de haber recibido la notificación de Seguro Social) a usted y a toda su familia puede corresponderle hasta 11 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, hasta por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haberse iniciado en algún momento antes de cumplirse el día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe prolongarse como

mínimo hasta finalizar el periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura. *[Agregue la descripción de cualquier trámite adicional del Plan para este aviso, incluyendo una descripción de cualquier información o documentación requerida, el nombre de la parte correspondiente a quien se debe enviar el aviso, y el plazo de entrega del aviso.]*

### ***Ampliación por el segundo suceso calificador del periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura***

Si su familia experimenta otro suceso calificador mientras se encuentra recibiendo 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA, el(la) cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica oportunamente al Plan el segundo evento calificador. La presente ampliación puede estar disponible para el(la) cónyuge y cualquiera de los hijos dependientes que se encuentren recibiendo la continuación de la cobertura si el empleado o ex empleado fallece, se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas) o se divorcia o separa legalmente o si los hijos dependientes dejan de ser elegibles según el Plan en calidad de hijos dependientes, pero únicamente si el suceso hubiera originado que el(la) cónyuge o hijo dependiente pierda la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer hecho calificador.

### **Si tiene preguntas**

Las preguntas referentes a su Plan o a sus derechos a la continuación de la cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que se describen más adelante. Para obtener mayor información sobre sus derechos en virtud de ERISA, incluyendo COBRA, Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA), y otras leyes que afectan los planes grupales de salud, comuníquese con la oficina regional o de Distrito más cercana del Departamento de Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador de los Estados Unidos (EBSA) de su área o visite el sitio web de EBSA en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y números telefónicos de las oficinas regionales y de distrito de EBSA se encuentran disponibles a través del sitio web de EBSA.)

### **Mantenga informado al Plan sobre los cambios de dirección**

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

### **Información de contacto del Plan**

*[Ingrese el nombre del plan grupal de salud y el nombre (o cargo), dirección y número de teléfono de la parte o partes a quienes se les puede solicitar información sobre el plan y la continuación de la cobertura de COBRA.]*