



2025 Annual Notices

Helping you make informed choices
about your employee benefits.



January 1, 2025 – December 31, 2025

Legal Notices

Patient Protections Disclosure

The Vincit Group plan generally allows the designation of a primary care provider. You have the right to designate any primary care provider who participates in our network and who is available to accept you or your family members. For children, you may designate a pediatrician as the primary care provider.

You do not need prior authorization from the plan or from any other person (including a primary care provider) in order to obtain access to obstetrical or gynecological care from a health care professional in our network who specializes in obstetrics or gynecology. The health care professional, however, may be required to comply with certain procedures, including obtaining prior authorization for certain services, following a pre-approved treatment plan, or procedures for making referrals. For a list of participating health care professionals who specialize in obstetrics or gynecology, contact BlueCross BlueShield of Tennessee at **800.565.9140**.

Women's Health & Cancer Rights Act

If you have had or are going to have a mastectomy, you may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 ("WHCRA"). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient, for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under the plan. If you would like more information on WHCRA benefits, please call your Plan Administrator at **423.475.8904**.

Newborns' and Mothers' Health Protection Act

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under Federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a provider obtain authorization from the plan or insurance issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours).

Premium Assistance Under Medicaid and the Children’s Health Insurance Program (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you’re eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren’t eligible for Medicaid or CHIP, you won’t be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a state listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are **not** currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **877.KIDS.NOW** or www.insurekidsnow.gov to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren’t already enrolled. This is called a “special enrollment” opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call **866.444.EBSA (3272)**.

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of July 31, 2024. Contact your state for more information on eligibility.

<p>ALABAMA – Medicaid http://myalhipp.com 855.692.5447</p>	<p>GEORGIA – Medicaid GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp 678.564.1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra 678.564.1162, Press 2</p>
<p>ALASKA – Medicaid The AK Health Insurance Premium Payment Program http://myakhipp.com/ 866.251.4861 CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>	<p>INDIANA – Medicaid Health Insurance Premium Payment Program Family and Social Services Administration http://www.in.gov/fssa/dfr/ 800.403.0864 All other Medicaid https://www.in.gov/medicaid/ 800.457.4584</p>
<p>ARKANSAS – Medicaid http://myarhipp.com 855.MyARHIPP (855.692.7447)</p>	<p>IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki) Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid 800.338.8366 Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki 800.257.8563 HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp 888.346.9562</p>
<p>CALIFORNIA – Medicaid Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp 916.445.8322 Fax: 916.440.5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov</p>	<p>KANSAS – Medicaid https://www.kancare.ks.gov/ 800.792.4884 HIPP Phone: 800.967.4660</p>
<p>COLORADO – Medicaid and CHIP Health First Colorado (Colorado’s Medicaid Program) https://www.healthfirstcolorado.com Member Contact Center: 800.221.3943 State Relay 711 Child Health Plan Plus (CHP+) https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Customer Service: 800.359.1991 State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI) https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 855.692.6442</p>	<p>KENTUCKY – Medicaid Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx 855.459.6328 KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP: https://kynect.ky.gov 877.524.4718 Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>
<p>FLORIDA – Medicaid www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html 877.357.3268</p>	

LOUISIANA – Medicaid
www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp 888.342.6207 (Medicaid hotline) or 855.618.5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid
Enrollment: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US 800.442.6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium: https://www.maine.gov/dhhs/of/ applications-forms 800.977.6740 TTY: Maine relay 711
MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
https://www.mass.gov/masshealth/pa 800.862.4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid
https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ 800.657.3672
MISSOURI – Medicaid
http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm 573.751.2005
MONTANA – Medicaid
http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP 800.694.3084 Email: HSHIPPProgram@mt.gov
NEBRASKA – Medicaid
http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 855.632.7633 Lincoln: 402.473.7000 Omaha: 402.595.1178
NEVADA – Medicaid
http://dhcnp.nv.gov 800.992.0900
NEW HAMPSHIRE – Medicaid
https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/ health-insurance-premium-program 603.271.5218 Toll free number for the HIPP program: 800.852.3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP
Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid 800.356.1561 CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html 800.701.0710 (TTY: 711) Premium Assistance: 609.631.2392
NEW YORK – Medicaid
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ 800.541.2831
NORTH CAROLINA – Medicaid
https://dma.ncdhhs.gov 919.855.4100
NORTH DAKOTA – Medicaid
https://www.hhs.nd.gov/healthcare 844.854.4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP
http://www.insureoklahoma.org 888.365.3742

OREGON – Medicaid and CHIP
http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx 800.699.9075
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP
https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html 800.692.7462 CHIP Website: https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx CHIP Phone: 800.986.KIDS (5437)
RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
http://www.eohhs.ri.gov 855.697.4347 or 401.462.0311 (Direct Rlte Share Line)
SOUTH CAROLINA – Medicaid
http://www.scdhhs.gov 888.549.0820
SOUTH DAKOTA – Medicaid
http://dss.sd.gov 888.828.0059
TEXAS – Medicaid
https://www.hhs.texas.gov/services/financial/ health-insurance-premium-payment-hipp-program 800.440.0493
UTAH – Medicaid and CHIP
Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP) https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov 888.222.2542 Adult Expansion: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT – Medicaid
https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program 800.250.8427
VIRGINIA – Medicaid and CHIP
https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/ health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid and Chip: 800.432.5924
WASHINGTON – Medicaid
https://www.hca.wa.gov/ 800.562.3022
WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
https://dhhr.wv.gov/bms/ or http://mywvhipp.com/ Medicaid: 304.558.1700 CHIP Toll-free: 855.MyWVHIPP (855.699.8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP
https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm 800.362.3002
WYOMING – Medicaid
https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ 800.251.1269

To see if any other states have added a premium assistance program since July 31, 2024, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
866.444.EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
877.267.2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebbsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.

HIPAA Notice of Privacy Practices Reminder

Protecting Your Health Information Privacy Rights

Vincit Group is committed to the privacy of your health information. The administrators of the Vincit Group plan (the “Plan”) use strict privacy standards to protect your health information from unauthorized use or disclosure.

The Plan’s policies protecting your privacy rights and your rights under the law are described in the Plan’s Notice of Privacy Practices. You may receive a copy of the Notice of Privacy Practices by contacting Human Resources.

HIPAA Special Enrollment Rights

Vincit Group Plan Notice of Your HIPAA Special Enrollment Rights

Our records show that you are eligible to participate in the Vincit Group plan (to actually participate, you must complete an enrollment form and may be required to pay part of the premium through payroll deduction).

A federal law called HIPAA requires that we notify you about an important provision in the plan – your right to enroll in the plan under its “special enrollment provision” if you acquire a new dependent, or if you decline coverage under this plan for yourself or an eligible dependent while other coverage is in effect and later lose that other coverage for certain qualifying reasons.

Loss of Other Coverage (Excluding Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program). If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while other health insurance or group health plan coverage is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing toward your or your dependents’ other coverage). However, you must request enrollment within 30 days after your or your dependents’ other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

Loss of Coverage for Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program. If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while Medicaid coverage or coverage under a state children’s health insurance program is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents’ coverage ends under Medicaid or a state children’s health insurance program.

New Dependent by Marriage, Birth, Adoption, or Placement for Adoption. If you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your new dependents. However, you must request enrollment within 30 days after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

Eligibility for Premium Assistance Under Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program. If you or your dependents (including your spouse) become eligible for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children’s health insurance program with respect to coverage under this plan, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents’ determination of eligibility for such assistance.

To request special enrollment or to obtain more information about the plan’s special enrollment provisions, contact Rebecca Hulgan – Senior Director of HR & Compliance - [423.475.8904](tel:423.475.8904).

Important Warning

If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent, you must complete our form to decline coverage. On the form, you are required to state that coverage under another group health plan or other health insurance coverage (including Medicaid or a state children’s health insurance program) is the reason for declining enrollment, and you are asked to identify that coverage. If you do not complete the form, you and your dependents will not be entitled to special enrollment rights upon a loss of other coverage as described above, but you will still have special enrollment rights when you have a new dependent by marriage, birth, adoption, or placement for adoption, or by virtue of gaining eligibility for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children’s health insurance program with respect to coverage under this plan, as described above. If you do not gain special enrollment rights upon a loss of other coverage, you cannot enroll yourself or your dependents in the plan at any time other than the plan’s annual open enrollment period, unless special enrollment rights apply because of a new dependent by marriage, birth, adoption, or placement for adoption, or by virtue of gaining eligibility for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children’s health insurance program with respect to coverage under this plan.

Notice of Creditable Coverage

Important Notice from Vincit Group About Your Prescription Drug Coverage and Medicare

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with Vincit Group and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether or not you want to join a Medicare drug plan. If you are considering joining, you should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

There are two important things you need to know about your current coverage and Medicare's prescription drug coverage:

1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.
2. Vincit Group has determined that the prescription drug coverage offered by the BCBST medical plans are, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is therefore considered Creditable Coverage. Because your existing coverage is Creditable Coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan. **The Symetra MEC Plans prescription drug coverage is not expected to pay out as much as a standard Medicare Part D prescription drug plan. As a result, the prescription coverage offered through the Symetra MEC Plan would be considered Non-Creditable Coverage.*

When Can You Join a Medicare Drug Plan?

You can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare and each year from October 15 to December 7.

However, if you lose your current creditable prescription drug coverage, through no fault of your own, you will also be eligible for a two (2) month Special Enrollment Period (SEP) to join a Medicare drug plan.

What Happens to Your Current Coverage if You Decide to Join a Medicare Drug Plan?

If you decide to join a Medicare drug plan, your current Vincit Group coverage will not be affected. For most persons covered under the Plan, the Plan will pay prescription drug benefits first, and Medicare will determine its payments second. For more information about this issue of what program pays first and what program pays second, see the Plan's summary plan description or contact Medicare at the telephone number or web address listed below.

If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your current Vincit Group coverage, be aware that you and your dependents may not be able to get this coverage back.

When Will You Pay a Higher Premium (Penalty) to Join a Medicare Drug Plan?

You should also know that if you drop or lose your current coverage with Vincit Group and don't join a Medicare drug plan within 63 continuous days after your current coverage ends, you may pay a higher premium (a penalty) to join a Medicare drug plan later.

If you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage, your monthly premium may go up by at least 1% of the Medicare base beneficiary premium per month for every month that you did not have that coverage. For example, if you go nineteen months without creditable coverage, your premium may consistently be at least 19% higher than the Medicare base beneficiary premium. You may have to pay this higher premium (a penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following October to join.

For More Information About This Notice or Your Current Prescription Drug Coverage:

Contact the person listed below for further information. **NOTE:** You'll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through Vincit Group changes. You also may request a copy of this notice at any time.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage:

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the "Medicare & You" handbook. You'll get a copy of the handbook in the mail every year from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug plans.

For More Information About Medicare Prescription Drug Coverage:

- Visit www.medicare.gov
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the "Medicare & You" handbook for their telephone number) for personalized help
- Call 800.MEDICARE (800.633.4227). TTY users should call 877.486.2048.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 800.772.1213 (TTY 800.325.0778).

Remember: Keep this Creditable Coverage notice. If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and, therefore, whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).

Date: **October 1, 2024**
Name of Entity/Sender: **Vincit Group**
Contact: **Rebecca Hulgan**
Senior Director of HR & Compliance
Address: **412 Georgia Ave Suite 300**
Chattanooga TN 37403
Phone Number: **423.475.8904**

COBRA General Notice

Model General Notice of COBRA Continuation Coverage Rights

(For use by single-employer group health plans)

**** Continuation Coverage Rights Under COBRA****

Introduction

You're getting this notice because you recently gained coverage under a group health plan (the Plan). This notice has important information about your right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan. **This notice explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it.** When you become eligible for COBRA, you may also become eligible for other coverage options that may cost less than COBRA continuation coverage.

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should review the Plan's Summary Plan Description or contact the Plan Administrator.

You may have other options available to you when you lose group health coverage. For example, you may be eligible to buy an individual plan through the Health Insurance Marketplace. By enrolling in coverage through the Marketplace, you may qualify for lower costs on your monthly premiums and lower out-of-pocket costs. Additionally, you may qualify for a 30-day special enrollment period for another group health plan for which you are eligible (such as a spouse's plan), even if that plan generally doesn't accept late enrollees.

What is COBRA continuation coverage?

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when it would otherwise end because of a life event. This is also called a "qualifying event." Specific qualifying events are listed later in this notice. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified beneficiary." You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

If you're an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced, or
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

If you're the spouse of an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;

- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

When is COBRA continuation coverage available?

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee;
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrator within 60 days after the qualifying event occurs. You must provide this notice to: Rebecca Hulan – Senior Director of HR & Compliance. Any notice you provide must state the name of the plan or plans under which you lost or are losing coverage, the name and address of the employee covered under the plan, the name(s) and address(es) of the qualified beneficiary(ies), and the qualifying event and the date it happened. The Plan Administrator will direct you to provide the appropriate documentation to show proof of the event.

How is COBRA continuation coverage provided?

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that generally lasts for 18 months due to employment termination or reduction of hours of work. Certain qualifying events, or a second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended:

Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability would have to have started at some time before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of COBRA continuation coverage.

Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

Are there other coverage options besides COBRA Continuation Coverage?

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through the Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, **Children’s Health Insurance Program (CHIP)**, or other group health plan coverage options (such as a spouse’s plan) through what is called a “special enrollment period.” Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at www.healthcare.gov.

Can I enroll in Medicare instead of COBRA continuation coverage after my group health plan coverage ends?

In general, if you don’t enroll in Medicare Part A or B when you are first eligible because you are still employed, after the Medicare initial enrollment period, you have an 8-month special enrollment period¹ to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of

- The month after your employment ends; or
- The month after group health plan coverage based on current employment ends.

If you don’t enroll in Medicare and elect COBRA continuation coverage instead, you may have to pay a Part B late enrollment penalty and you may have a gap in coverage if you decide you want Part B later. If you elect COBRA continuation coverage and later enroll in Medicare Part A or B before the COBRA continuation coverage ends, the Plan may terminate your continuation coverage. However, if Medicare Part A or B is effective on or before the date of the COBRA election, COBRA coverage may not be discontinued on account of Medicare entitlement, even if you enroll in the other part of Medicare after the date of the election of COBRA coverage.

If you are enrolled in both COBRA continuation coverage and Medicare, Medicare will generally pay first (primary payer) and COBRA continuation coverage will pay second. Certain plans may pay as if secondary to Medicare, even if you are not enrolled in Medicare.

For more information visit <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

If you have questions

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor’s Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA’s website.) For more information about the Marketplace, visit www.healthcare.gov.

Keep your Plan informed of address changes

To protect your family’s rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

Plan contact information

Rebecca Hulgán
Senior Director of HR & Compliance
412 Georgia Ave Suite 300
Chattanooga TN 37403
423.475.8904

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

Marketplace Notice

Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage

PART A: General Information

Even if you are offered health coverage through your employment, you may have other coverage options through the Health Insurance Marketplace (“Marketplace”). To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the Health Insurance Marketplace and health coverage offered through your employment.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers “one-stop shopping” to find and compare private health insurance options in your geographic area.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium and other out-of-pocket costs, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that is not considered affordable for you and doesn’t meet certain minimum value standards (discussed below). The savings that you’re eligible for depends on your household income. You may also be eligible for a tax credit that lowers your costs.

Does Employer Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that is considered affordable for you and meets certain minimum value standards, you will not be eligible for a tax credit, or advance payment of the tax credit, for your Marketplace coverage and may wish to enroll in your employment-based health plan. However, you may be eligible for a tax credit, and advance payments of the credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing, if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that is considered affordable for you or meet minimum value standards. If your share of the premium cost of all plans offered to you through your employment is more than 9.12%¹ of your annual household income, or if the coverage through your employment does not meet the “minimum value” standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit, and advance payment of the credit, if you do not enroll in the employment-based health coverage. For family members of the employee, coverage is considered affordable if the employee’s cost of premiums for the lowest-cost plan that would cover all family members does not exceed 9.12% of the employee’s household income.^{1 2}

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered through your employment, then you may lose access to whatever the employer contributes to the employment-based coverage. Also, this employer contribution -as well as your employee contribution to employment-based coverage- is generally excluded from income for federal and state income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis. In addition, note that if the health coverage offered through your employment does not meet the affordability or minimum value standards, but you accept that coverage anyway, you will not be eligible for a tax credit. You should consider all of these factors in determining whether to purchase a health plan through the Marketplace.

When Can I Enroll in Health Insurance Coverage through the Marketplace?

You can enroll in a Marketplace health insurance plan during the annual Marketplace Open Enrollment Period. Open Enrollment varies by state but generally starts November 1 and continues through at least December 15.

Outside the annual Open Enrollment Period, you can sign up for health insurance if you qualify for a Special Enrollment Period. In general, you qualify for a Special Enrollment Period if you’ve had certain qualifying life events, such as getting

¹ Indexed annually; see <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> for 2023.

² An employer-sponsored or other employment-based health plan meets the “minimum value standard” if the plan’s share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs. For purposes of eligibility for the premium tax credit, to meet the “minimum value standard,” the health plan must also provide substantial coverage of both inpatient hospital services and physician services.

married, having a baby, adopting a child, or losing eligibility for other health coverage. Depending on your Special Enrollment Period type, you may have 60 days before or 60 days following the qualifying life event to enroll in a Marketplace plan.

There is also a Marketplace Special Enrollment Period for individuals and their families who lose eligibility for Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage on or after March 31, 2023, through July 31, 2024. Since the onset of the nationwide COVID-19 public health emergency, state Medicaid and CHIP agencies generally have not terminated the enrollment of any Medicaid or CHIP beneficiary who was enrolled on or after March 18, 2020, through March 31, 2023. As state Medicaid and CHIP agencies resume regular eligibility and enrollment practices, many individuals may no longer be eligible for Medicaid or CHIP coverage starting as early as March 31, 2023. The U.S. Department of Health and Human Services **is offering a temporary Marketplace Special Enrollment period to allow these individuals to enroll in Marketplace coverage.**

Marketplace-eligible individuals who live in states served by [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) and either submit a new application or update an existing application on [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) between March 31, 2023 and July 31, 2024, and attest to a termination date of Medicaid or CHIP coverage within the same time period, are eligible for a 60-day Special Enrollment Period. **That means that if you lose Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023, and July 31, 2024, you may be able to enroll in Marketplace coverage within 60 days of when you lost Medicaid or CHIP coverage.** In addition, if you or your family members are enrolled in Medicaid or CHIP coverage, it is important to make sure that your contact information is up to date to make sure you get any information about changes to your eligibility. To learn more, visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) or call the Marketplace Call Center at **800.318.2596**. TTY users can call **855.889.4325**.

What about Alternatives to Marketplace Health Insurance Coverage?

If you or your family are eligible for coverage in an employment-based health plan (such as an employer-sponsored health plan), you or your family may also be eligible for a Special Enrollment Period to enroll in that health plan in certain circumstances, including if you or your dependents were enrolled in Medicaid or CHIP coverage and lost that coverage. Generally, you have 60 days after the loss of Medicaid or CHIP coverage to enroll in an employment-based health plan, but if you and your family lost eligibility for Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023 and July 10, 2023, you can request this special enrollment in the employment-based health plan through September 8, 2023. Confirm the deadline with your employer or your employment-based health plan.

Alternatively, you can enroll in Medicaid or CHIP coverage at any time by filling out an application through the Marketplace or applying directly through your state Medicaid agency.

Visit <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> for more details.

How Can I Get More Information?

For more information about your coverage offered by your employer, please check your summary plan description or contact The Vincit Group Human Resources Department.

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.

PART B: Information About Health Coverage Offered by Your Employer

This section contains information about any health coverage offered by your employer. If you decide to complete an application for coverage in the Marketplace, you will be asked to provide this information. This information is numbered to correspond to the Marketplace application.

3. Employer name The Vincit Group		4. Employer Identification Number (EIN) 62-1723130	
5. Employer address 412 Georgia Ave, Suite 300		6. Employer phone number (423) 771-4966	
7. City Chattanooga	8. State TN	9. ZIP code 37403	
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Candace Wiley			
11. Phone number (if different from above)		12. Email address Candace.wiley@vincitgroup.com	

Here is some basic information about health coverage offered by this employer:

- As your employer, we offer a health plan to:

All employees. Eligible employees are:

Some employees. Eligible employees are:

- With respect to dependents:

We do offer coverage. Eligible dependents are:

We do not offer coverage.

If checked, this coverage meets the minimum value standard, and the cost of this coverage to you is intended to be affordable, based on employee wages.

****Even if your employer intends your coverage to be affordable, you may still be eligible for a premium discount through the Marketplace. The Marketplace will use your household income, along with other factors, to determine whether you may be eligible for a premium discount. If, for example, your wages vary from week to week (perhaps you are an hourly employee or you work on a commission basis), if you are newly employed mid-year, or if you have other income losses, you may still qualify for a premium discount.**

If you decide to shop for coverage in the Marketplace, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) will guide you through the process. Here's the employer information you'll enter when you visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) to find out if you can get a tax credit to lower your monthly premiums.

Disclaimer

The amount the plan pays for covered services provided by non-network providers is based on a maximum allowable amount for the specific service rendered. Although your plan stipulates an out-of-pocket maximum for out-of-network services, please note the maximum allowed amount for an eligible procedure may not be equal to the amount charged by your out-of-network provider. Your out-of-network provider may bill you for the difference between the amount charged and the maximum allowed amount. This is called balance billing and the amount billed to you can be substantial. The out-of-pocket maximum outlined in your policy will not include amounts in excess of the allowable charge and other non-covered expenses as defined by your plan. The maximum reimbursable amount for non-network providers can be based on a number of schedules such as a percentage of reasonable and customary or a percentage of Medicare. The plan document or carrier's master policy is the controlling document, and this Benefit Highlight does not include all of the terms, coverage, exclusions, limitations, and conditions of the actual plan language. Contact your claims payer or insurer for more information.

This document is an outline of the coverage proposed by the carrier(s), based on information provided by your company. It does not include all of the terms, coverage, exclusions, limitations, and conditions of the actual contract language. The policies and contracts themselves must be read for those details. Policy forms for your reference will be made available upon request.

The intent of this document is to provide you with general information regarding the status of, and/or potential concerns related to, your current employee benefits environment. It does not necessarily fully address all of your specific issues. It should not be construed as, nor is it intended to provide, legal advice. Questions regarding specific issues should be addressed by your general counsel or an attorney who specializes in this practice area.

**SUMMARY ANNUAL REPORT FOR
THE VINCIT COMPANY, LLC 401(K) PLAN**

This is a summary of the annual report for the THE VINCIT COMPANY, LLC 401(K) PLAN (Employer Identification Number 62-1723130, Plan Number 001) for the plan year 01/01/2023 through 12/31/2023. The annual report has been filed with the Employee Benefits Security Administration, as required under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

Basic Financial Statement

Benefits under the plan are provided by insurance contracts and a trust fund. Plan expenses were \$1,352,911. These expenses included \$157,844 in administrative expenses and \$1,195,067 in benefits paid to participants and beneficiaries, and \$0 in other expenses. A total of 5823 persons were participants in or beneficiaries of the plan at the end of the plan year, although not all of these persons had yet earned the right to receive benefits.

The value of plan assets, after subtracting liabilities of the plan, was \$17,272,984 as of the end of the plan year, compared to \$13,652,923 as of the beginning of the plan year. During the plan year the plan experienced a change in its net assets of \$3,620,061. This change includes unrealized appreciation or depreciation in the value of plan assets; that is, the difference between the value of the plan's assets at the end of the year and the value of the assets at the beginning of the year or the cost of assets acquired during the year. The plan had total income of \$4,972,972, including employer contributions of \$316,494, employee contributions of \$1,436,451, other contributions/other income of \$458,334, and earnings from investments of \$2,761,693.

Your Rights to Additional Information

You have the right to receive a copy of the full annual report, or any part thereof, on request. The items listed below are included in that report:

1. An accountant's report.
2. Financial information and information on payments to service providers.
3. Assets held for investment.
4. Insurance information, including sales commissions paid by insurance carriers.
5. Information regarding any common or collective trusts, pooled separate accounts, master trusts or 103-12 investment entities in which the plan participates.

To obtain a copy of the full annual report, or any part thereof, write or call the plan administrator, at 412 GEORGIA AVE., SUITE 300, CHATTANOOGA, TN 37403 and phone number, 423-265-7090. The charge to cover copying costs will be \$5.00 for the full annual report, or \$0.25 per page for any part thereof.

You also have the right to receive from the plan administrator, on request and at no charge, a statement of the assets and liabilities of the plan and accompanying notes, or a statement of income and expenses of the plan and accompanying notes, or both. If you request a copy of the full annual report from the plan administrator, these two statements and accompanying notes will be included as part of that report. The charge to cover copying costs given above does not include a charge for the copying of these portions of the report because these portions are furnished without charge.

You also have the legally protected right to examine the annual report at the main office of the plan: 412 GEORGIA AVE., SUITE 300, CHATTANOOGA, TN 37403, and at the U.S. Department of Labor in Washington, D.C., or to obtain a copy from the U.S. Department of Labor upon payment of copying costs. Requests to the Department should be addressed to: Public Disclosure Room, Room N-1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average less than one minute per notice (approximately 3 hours and 11 minutes per plan). Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Office of the Chief Information Officer, Attention: Departmental Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-1301, Washington, DC 20210 or email DOL_PRA_PUBLIC@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0040.

OMB Control Number 1210-0040 (expires 03/31/2026)

SUMMARY ANNUAL REPORT

For VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES EMPLOYEE BENEFITS PLAN

This is a summary of the annual report of the VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES EMPLOYEE BENEFITS PLAN, EIN 62-1723130, Plan No. 501, for period 01/01/2023 through 12/31/2023. The annual report has been filed with the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, as required under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES has committed itself to pay certain self-insured Medical claims incurred under the terms of the plan.

Insurance Information

The plan has contracts with UNUM LIFE INSURANCE COMPANY OF AMERICA, SYMETRA LIFE INSURANCE COMPANY, STANDARD INSURANCE COMPANY and LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH AMERICA to pay Medical, Dental, Vision, Life Insurance, Short-term Disability, Long-term Disability, Accidental Death and Dismemberment, Employee Assistance Program, Critical Illness and Accident claims incurred under the terms of the plan. The total premiums paid for the plan year ending 12/31/2023 were \$1,185,692.

Because they are so called "experience-rated" contracts, the premium costs are affected by, among other things, the number and size of claims. Of the total insurance premiums paid for the plan year ending 12/31/2023, the premiums paid under such "experience-rated" contracts were \$472,615 and the total of all benefit claims paid under these contracts during the plan year was \$358,310.

Your Rights To Additional Information

You have the right to receive a copy of the full annual report, or any part thereof, on request. The items listed below are included in that report:

- insurance information, including sales commissions paid by insurance carriers;

To obtain a copy of the full annual report, or any part thereof, write or call the office of VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES at 412 GEORGIA AVENUE, SUITE 300, CHATTANOOGA, TN, 37403 or by telephone at 423-702-7763.

You also have the legally protected right to examine the annual report at the main office of the plan (VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES, 412 GEORGIA AVENUE, SUITE 300, CHATTANOOGA, TN, 37403) and at the U.S. Department of Labor in Washington, D.C., or to obtain a copy from the U.S. Department of Labor upon payment of copying costs. Requests to the Department should be addressed to: Public Disclosure Room, Room N1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average less than one minute per notice (approximately 3 hours and 11 minutes per plan). Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Office of the Chief Information Officer, Attention: Departmental Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-1301, Washington, DC 20210 or email DOL_PRA_PUBLIC@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0040.

OMB Control Number 1210-0040 (expires 03/31/2026)

Symetra Medical Plans

IMPORTANT: This is a fixed indemnity policy, NOT health insurance

This fixed indemnity policy may pay you a limited dollar amount if you're sick or hospitalized. You're still responsible for paying the cost of your care.

- The payment you get isn't based on the size of your medical bill.
- There might be a limit on how much this policy will pay each year.
- This policy isn't a substitute for comprehensive health insurance.
- Since this policy isn't health insurance, it doesn't have to include most Federal consumer protections that apply to health insurance.

Looking for comprehensive health insurance?

- Visit **HealthCare.gov** or call **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) to find health coverage options.
- To find out if you can get health insurance through your job, or a family member's job, contact the employer.

Questions about this policy?

- For questions or complaints about this policy, contact your State Department of Insurance. Find their number on the National Association of Insurance Commissioners' website (naic.org) under "Insurance Departments."
- If you have this policy through your job, or a family member's job, contact the employer.

This benefit guide prepared by



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting





Avisos anuales de 2025

Lo ayudamos a tomar decisiones informadas sobre sus beneficios como empleado.



1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Avisos legales

Aviso sobre las protecciones de los pacientes

El plan de The Vincit Group suele permitir la designación de un médico de cabecera. Usted tiene derecho a designar a cualquier médico de cabecera que trabaje en nuestra red y tenga disponibilidad para atenderlo tanto a usted como a sus familiares. En el caso de los hijos, puede designar a un pediatra como médico de cabecera.

No necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (ni siquiera de un médico de cabecera) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en dichas áreas. No obstante, es posible que el profesional de atención médica deba cumplir con ciertos procedimientos, lo que incluye obtener una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o cumplir con los procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud dentro de nuestra red que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con BlueCross BlueShield of Tennessee al **800-565-9140**.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en la consulta entre el médico y el paciente, para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- la cirugía y la reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico;
- las prótesis; y
- el tratamiento para las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos por el plan. Si quiere obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con su Administrador del Plan al **423-475-8904**.

Ley de Protección de la Salud de las Madres y los Recién Nacidos (*Newborns' and Mothers' Health Protection Act*)

Por lo general, los emisores de los planes de cobertura médica colectivos y los seguros de cobertura médica no podrán, conforme a la ley federal, restringir los beneficios correspondientes a la duración de la internación hospitalaria en relación con el parto, ya sea para la madre o para el niño recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal no suele prohibirle al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido que, luego de consultar con la madre, dé de alta a ella o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). Cualquiera sea el caso, los planes y las aseguradoras no podrán, conforme a la ley federal, exigirle a un proveedor que obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una internación que no supere las 48 (o 96) horas.

Asistencia para el pago de primas de Medicaid y el Programa de Seguro de Cobertura Médica para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos califican para Medicaid o CHIP y usted califica para una cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de primas que podría ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no califican para Medicaid o CHIP, no calificará para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero podría comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguro de salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que figuran a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP que corresponda según su estado para averiguar si puede recibir ayuda para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes **no** están inscritos actualmente en Medicaid ni CHIP, y cree que usted o uno de sus dependientes podrían calificar para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitar estos beneficios. Si califica, consulte si existe un programa estatal que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes califican para la asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP y también califican para el plan de su empleador, su empleador deberá permitir su inscripción en su plan si aún no la ha hecho. Esto se conoce como una oportunidad de «inscripción especial», y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de elegibilidad para recibir la asistencia para el pago de primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo a través de www.askebsa.dol.gov o llame al **866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, podría calificar para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de cobertura médica de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

<p>ALABAMA: Medicaid http://myalhipp.com 855-692-5447</p>	<p>GEORGIA: Medicaid Sitio web de HIPP de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp 678-564-1162, presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra 678-564-1162, presiona 2</p>
<p>ALASKA: Medicaid El Programa de Pago para Primas de Seguros de Cobertura Médica de Alaska http://myakhipp.com/ 866-251-4861 CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>	<p>INDIANA: Medicaid Programa de pago para las primas del seguro de cobertura médica Administración de servicios sociales y familia http://www.in.gov/fssa/dfr/ 800-403-0864 Todos los demás Medicaid https://www.in.gov/medicaid/ 800-457-4584</p>
<p>ARKANSAS: Medicaid http://myarhipp.com 855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki) Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid 800-338-8366 Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki 800-257-8563 HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp 888-346-9562</p>
<p>CALIFORNIA: Medicaid Programa de Pago de Primas de Seguros de Cobertura Médica (HIPP, <i>Health Insurance Premium Payment Program</i>) http://dhcs.ca.gov/hipp 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p>	<p>KANSAS: Medicaid https://www.kancare.ks.gov/ 800-792-4884 Teléfono de HIPP: 800-967-4660</p>
<p>COLORADO: Medicaid y CHIP Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) https://www.healthfirstcolorado.com Centro de atención al socio: 800-221-3943 Retransmisor del estado: 711 Child Health Plan Plus (CHP+) https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio al cliente: 800-359-1991 Retransmisor del estado: 711 Programa de seguros de salud con opción de ampliación (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 855-692-6442</p>	<p>KENTUCKY: Medicaid Programa de pago de primas del seguro médico integrado de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx 855.459.6328 KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP: https://kynect.ky.gov/ 877-524-4718 Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>
<p>FLORIDA: Medicaid www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html 877-357-3268</p>	

LOUISIANA: Medicaid www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp 888-342-6207 (línea directa de Medicaid) u 855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE: Medicaid Inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US 800-442-6003 TTY: Retransmisor de Maine: 711 Prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/of/ applications-forms 800-977-6740 TTY: Retransmisor de Maine: 711
MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP https://www.mass.gov/masshealth/pa 800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspreassistance@accenture.com
MINNESOTA: Medicaid https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ 800-657-3672
MISSOURI: Medicaid http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm 573-751-2005
MONTANA: Medicaid http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP 800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov
NEBRASKA: Medicaid http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA: Medicaid http://dhcnp.nv.gov 800-992-0900
NEW HAMPSHIRE: Medicaid https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/ health-insurance-premium-program 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 800-852-3345, extensión: 15218 Correo electrónico DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NEW JERSEY: Medicaid y CHIP Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid 800-356-1561 CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html 800-701-0710 (TTY: 711) Teléfono de asistencia para el pago de primas: 609-631-2392
NEW YORK: Medicaid https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ 800-541-2831
NORTH CAROLINA: Medicaid https://dma.ncdhhs.gov 919-855-4100
NORTH DAKOTA: Medicaid https://www.hhs.nd.gov/healthcare 844-854-4825
OKLAHOMA: Medicaid y CHIP http://www.insureoklahoma.org 888-365-3742

OREGON: Medicaid y CHIP http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx 800-699-9075
PENNSYLVANIA: Medicaid y CHIP https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html 800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx Teléfono de CHIP: 800-986-KIDS (5437)
RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP http://www.eohhs.ri.gov 855-697-4347 o 401-462-0311 (Línea directa Rlte Share)
SOUTH CAROLINA: Medicaid http://www.scdhhs.gov 888-549-0820
SOUTH DAKOTA: Medicaid http://dss.sd.gov 888-828-0059
TEXAS: Medicaid https://www.hhs.texas.gov/services/financial/ health-insurance-premium-payment-hipp-program 800-440-0493
UTAH: Medicaid y CHIP Seguro de salud de Utah Premium Partnership (UPP) https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov 888-222-2542 Expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Programa de posibilidad de ampliación de Medicaid Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT: Medicaid https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program 800.250.8427
VIRGINIA: Medicaid y CHIP https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/ health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid y Chip: 800-432-5924
WASHINGTON: Medicaid https://www.hca.wa.gov/ 800-562-3022
WEST VIRGINIA: Medicaid y CHIP https://dhr.wv.gov/bms/ o http://mywvhipp.com/ Medicaid: 304-558-1700 Línea gratuita de CHIP: 855-MyWVHIPP (855-699-8447)
WISCONSIN: Medicaid y CHIP https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm 800-362-3002
WYOMING: Medicaid https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ 800-251-1269

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de julio de 2024 o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Departamento del Trabajo de EE. UU.
Administración de Seguridad de Beneficios
de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros para los servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
877-267-2323, opción 4 del menú, extensión: 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) («PRA», *Paperwork Reduction Act*), ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto («OMB», *Office of Management and Budget*). El Departamento señala que un organismo federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA, que dicha recopilación tenga un número de control actualmente válido de la OMB y que el público no tenga la obligación de responder una recopilación de información, salvo que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos («U.S.C.», *United States Code*), artículo 3507. Asimismo, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos («U.S.C.», *United States Code*), 3512.

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es de un promedio aproximado de siete minutos por persona. Se recomienda a los interesados que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, lo que incluye sugerencias para reducir este tiempo, al Departamento del Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de autorización de la PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o que envíen un correo electrónico a ebesa.opr@dol.gov y mencionen el número de control OMB 1210-0137.

Recordatorio del aviso sobre las prácticas de privacidad en virtud de la Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Proteger su derecho a la privacidad en cuanto a su información médica

Vincit Group está comprometido con la privacidad de su información médica. Los administradores del plan de Vincit Group (el «Plan») usan estándares de privacidad estrictos para proteger su información de salud de cualquier uso no autorizado o divulgación.

Las políticas del Plan que protegen su derecho a la privacidad y sus derechos en virtud de la ley están descritas en el Aviso sobre las prácticas de privacidad del Plan. Comuníquese con Recursos Humanos para recibir una copia del Aviso sobre las prácticas de privacidad.

Derechos especiales de inscripción en virtud de la HIPAA

Aviso del Plan de Vincit Group sobre sus derechos de inscripción especial en virtud de la HIPAA

Nuestros registros muestran que usted califica para inscribirse en el plan de Vincit Group (para participar, debe completar un formulario de inscripción, y es posible que deba pagar una parte de la prima a través de una deducción a la nómina).

Una ley federal llamada HIPAA exige que lo notifiquemos sobre una cláusula importante en el plan: su derecho a inscribirse en el plan bajo la «cláusula de inscripción especial» si adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para usted mismo o para un dependiente calificado mientras otra cobertura está en efecto y luego pierde dicha cobertura por ciertos motivos calificados.

Pérdida de otra cobertura (lo que excluye a Medicaid o un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños). Si rechaza su inscripción o la de un dependiente calificado (lo que incluye a su cónyuge) porque cuenta con la cobertura de otro seguro de cobertura médica o de un plan de cobertura médica colectivo, podrá inscribirse a sí mismo y sus dependientes en este plan si sus dependientes ya no califican para la otra cobertura (o si el empleador deja de aportar para su cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción hasta 30 días después de que finalice su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de hacer aportes para la otra cobertura).

Pérdida de cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños. Si rechaza su inscripción o la de un dependiente calificado (lo que incluye a su cónyuge) porque cuenta con la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños, podrá inscribirse a sí mismo y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes ya no califican para dichas coberturas. Sin embargo, debe solicitar su inscripción hasta 60 días después de que termine su cobertura o la de sus dependientes brindada por Medicaid o un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños.

Nuevos dependientes por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para la adopción, puede inscribirse a sí mismo y sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar su inscripción hasta 30 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para la adopción.

Elegibilidad para asistencia para el pago de primas de Medicaid o un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños. Si usted o sus dependientes (lo que incluye a su cónyuge) califican para un subsidio para el pago de primas de Medicaid o de un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños en relación con la cobertura de este plan, podrá inscribirse a sí mismo y sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción hasta 60 días después de que usted o sus dependientes hayan calificado para dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información sobre las cláusulas de inscripción especial del plan, comuníquese con Rebecca Hulkan, directora superior de RR. HH. y Cumplimiento al [423-475-8904](tel:423-475-8904).

Advertencia importante

Si rechaza la inscripción para sí mismo o un dependiente calificado, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, debe declarar que posee la cobertura de otro plan de cobertura médica colectivo o de otro seguro de cobertura médica (lo que incluye a Medicaid o un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños) y que ese es el motivo por el cual rechaza la inscripción, y debe identificar dicha cobertura. Si no completa el formulario, usted y sus dependientes no tendrán el derecho a una inscripción especial en caso de perder la cobertura como se describe anteriormente, pero aun así tendrá derechos de inscripción especial cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción, o por calificar para un subsidio para el pago de primas a través de Medicaid o un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños en relación con la cobertura de este plan, según lo descrito anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especial ante la pérdida de otra cobertura, no podrá inscribirse a sí mismo ni a sus dependientes en el plan en otro momento que no sea el período de Inscripción abierta anual, a menos que tenga derechos de inscripción especial por tener un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción, o por calificar para un subsidio para el pago de primas a través de Medicaid o un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños en relación con la cobertura de este plan.

Aviso de cobertura acreditable

Aviso importante de Vincit Group sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso atentamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Vincit Group y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debería comparar su cobertura actual (por ejemplo, cuáles son los medicamentos que están cubiertos y a qué costo) con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen una cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final del aviso, encontrará información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto de su cobertura de medicamentos recetados.

Existen dos aspectos importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. A partir de 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se puso a disposición de todos sus socios. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan, por lo menos, el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más elevada.
2. Vincit Group ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece los planes de cobertura médica de BCBST cubran, en promedio para todos los participantes del plan, lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se la considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. **No se espera que los planes de cobertura de medicamentos recetados de Symetra MEC ofrezcan tanta cobertura como los planes de medicamentos recetados estándar de Medicare Parte D. Como resultado, la cobertura de medicamentos recetados ofrecidos a través de los planes Symetra MEC se considerarán una cobertura no acreditable.*

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando califique para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos recetados actual por causas ajenas a su voluntad, también calificará para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucederá con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Vincit Group no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, el Plan pagará los beneficios de los medicamentos recetados primero y Medicare determinará su pago luego. Para saber cuál programa paga primero y cuál paga después, consulte el resumen de la descripción del plan o comuníquese con Medicare al número de teléfono o el sitio web que se detallan a continuación.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y da de baja su cobertura actual de Vincit Group, tenga en cuenta que es posible que usted y sus familiares dependientes no recuperen esta cobertura.

¿En qué casos deberá abonar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que, si da de baja o pierde su cobertura actual con Vincit Group y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días subsiguientes a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una multa) para poder inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si durante 63 días seguidos o más usted no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual podrá aumentar al menos un 1 % de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser consecuentemente, al menos, un 19 % más alta que la prima básica de un beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados:

Comuníquese con la persona que aparece a continuación. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de Vincit Group cambia. Asimismo, podrá solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

Encontrará más información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen una cobertura de medicamentos recetados en el manual *Medicare y usted*. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. También es posible que los encargados de los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa estatal de asistencia para seguros de salud (*State Health Insurance Assistance Program*) al número de teléfono que se indica en el interior de la contraportada del manual *Medicare y usted* para obtener asistencia personalizada.
- Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para saber más sobre esta ayuda adicional, visite la página web del Seguro Social www.socialsecurity.gov o llama al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar una prima más alta (una multa).

Fecha:	1 de octubre de 2024
Nombre de la entidad/Remitente:	Vincit Group
Contacto:	Rebecca Hulgan, directora sénior de RR. HH. y Cumplimiento
Dirección:	412 Georgia Ave Suite 300 Chattanooga TN 37403
Número de teléfono:	423-475-8904

Aviso general de COBRA

Modelo de aviso general de los derechos de cobertura de continuación en virtud de COBRA (Para uso de planes de cobertura médica colectivos de un empleador único)

Derechos de cobertura de continuación en virtud de COBRA

Introducción

Está recibiendo este aviso porque recientemente accedió a la cobertura de un plan de cobertura médica colectivo (el «Plan»). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una prolongación temporaria de la cobertura de su Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo usted y su grupo familiar pueden disponer de ella, y qué debe hacer para proteger su derecho a dicha continuación.** Si califica para COBRA, quizás también califique para otras opciones de cobertura que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA se creó por ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria («COBRA», *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*) de 1985. Usted y otros miembros de su grupo familiar pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando, de lo contrario, terminaría la cobertura del plan de cobertura médica colectivo. Si desea obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de las leyes federales, consulte la Descripción resumida del plan o comuníquese con el Administrador del plan.

Podría tener otras opciones disponibles al perder la cobertura del plan de cobertura médica colectivo. Por ejemplo, podría calificar para comprar un plan individual a través del Mercado de seguro de salud. Si adquiere una cobertura a través del Mercado, quizás califique para acceder a primas mensuales más bajas y costos de desembolso menores. Además, quizás califique para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de cobertura médica colectivo para el cual califique (como un plan de cónyuge) aunque dicho plan no acepte inscritos fuera de plazo.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una prolongación de la cobertura del Plan que, de lo contrario, finalizaría debido a un evento de vida. Este evento también se denomina «evento calificado». Encontrará eventos calificados específicos más adelante en este aviso. Tras un evento calificado, a cada «beneficiario calificado» se le ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan a causa del evento calificado. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación de COBRA deberán pagarla.

Si es un empleado, pasará a ser un beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos calificados:

- Reducción de sus horas de empleo.
- Terminación de su empleo por un motivo que no sea una conducta grave

Si es cónyuge de un empleado, pasará a ser beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos calificados:

- Deceso de su cónyuge.
- Reducción de las horas de empleo de su cónyuge.
- Terminación del empleo de su cónyuge por un motivo que no sea una conducta grave.
- Su cónyuge califica para recibir beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- Divorcio o separación legal de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios calificados si pierden su cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos calificados:

- Deceso del padre empleado o la madre empleada.
- Reducción del horario laboral del padre empleado o la madre empleada.

- Terminación del empleo del padre empleado o la madre empleada por un motivo que no sea una conducta grave.
- El padre empleado o la madre empleada califica para recibir beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- Divorcio o separación legal de los padres.
- El hijo deja de calificar para la cobertura del Plan como «hijo dependiente».

¿Cuándo se puede disponer de la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que ocurrió un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificados:

- Terminación de empleo o reducción del horario laboral.
- Deceso del empleado.
- El empleado califica para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para recibir la cobertura como hijo dependiente), debe notificárselos al Administrador del Plan dentro de un período de 60 días a partir de la fecha del evento calificado. Deberá notificar sobre el evento calificado a: Rebecca Hulgán, directora sénior de RR. HH. y Cumplimiento. Los avisos que proporcione deben incluir el nombre del plan (o los planes) cuya cobertura perdió o está perdiendo, el nombre y la dirección del empleado cubierto por el plan, los nombres y las direcciones de los beneficiarios calificados, el evento calificado y la fecha del evento. El administrador del plan se dirigirá a usted para brindarle la documentación adecuada que compruebe el evento.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?

Cuando se notifica al Administrador del Plan sobre un evento calificado ocurrido, se le ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado gozará de manera independiente del derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir esta cobertura de continuación en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una prolongación temporaria de la cobertura debido a la terminación del empleo o la reducción del horario laboral y, en general, dura 18 meses. Algunos eventos calificados o un segundo evento calificado durante el período de cobertura inicial pueden otorgarle al beneficiario el derecho a recibir un máximo de hasta 36 meses de cobertura.

También hay maneras en que este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA pueda extenderse:

Prolongación del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA por discapacidad

Si el Seguro Social determina que usted o un familiar cubierto por el Plan sufre una discapacidad y se lo comunica al Administrador del Plan oportunamente, usted y todo su grupo familiar pueden recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad debería haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar, como mínimo, hasta que finalice el período de 18 meses de esta cobertura de continuación.

Prolongación del período de 18 meses de cobertura de continuación por un segundo evento calificado

Si durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA sucede otro evento calificado en su grupo familiar, su cónyuge y sus hijos dependientes podrán recibir hasta 18 meses más de cobertura de continuación adicionales, hasta 36 meses como máximo, si le notifica de manera apropiada al Plan que ocurrió un segundo evento calificado. Esta prolongación puede estar a disposición del cónyuge y de cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA si el empleado o el exempleado fallece; accede a beneficios de Medicare (de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si un hijo dependiente deja de calificar para el Plan como hijo dependiente. Se podrá disponer de esta prolongación solo si el segundo evento calificado le hubiera hecho perder la cobertura del Plan al cónyuge o al hijo dependiente si el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, usted y su grupo familiar podrían tener otras opciones de cobertura a través del Mercado de seguro de salud, Medicare, Medicaid, **el Programa de Seguro de Cobertura Médica para Niños (CHIP)** u otras opciones de planes de cobertura médica colectivos (como el plan del cónyuge) a través de lo que se llama un «período de inscripción especial». Algunas de estas opciones podrían ser más económicas que la cobertura de continuación de COBRA. Para obtener más información sobre estas opciones, visite www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de optar por la cobertura de continuación de COBRA cuando finalice la cobertura de mi plan colectivo?

En general, si no se inscribe en la parte A o B de Medicare la primera vez que califica porque aún está contratado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tendrá un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comenzará:

- El mes siguiente a la finalización de la relación laboral; o
- el mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de cobertura médica colectivo basado en el empleo actual, lo que ocurra primero.

Si no se inscribe en Medicare y, en su lugar, elige la cobertura de continuación de COBRA, quizás deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B, y quizás haya una interrupción de la cobertura si se decide por la parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y, luego, se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la cobertura de continuación de COBRA, el Plan podría cancelar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia el día que elige COBRA, o antes, es posible que la cobertura de COBRA no se interrumpa por tener derecho a Medicare, aunque se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha en que eligió la cobertura de COBRA.

Si está inscrito en la cobertura de continuación de COBRA y en Medicare, en general, Medicare pagará primero (pagador primario) y la cobertura de continuación de COBRA pagará segundo. Aunque no esté inscrito en Medicare, algunos planes quizás paguen como segundos de Medicare.

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

¿Tiene preguntas?

Por cualquier pregunta sobre su Plan o sobre sus derechos a la cobertura de continuación de COBRA, debe dirigirse al contacto o los contactos que figuran a continuación. Para saber más sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados («ERISA», *Employee Retirement Income Security Act*), lo que incluye COBRA, la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (*Patient Protection and Affordable Care Act*) y otras leyes que afectan los planes de cobertura médica colectivos, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, *Employee Benefits Security Administration*) del Departamento del Trabajo de EE. UU. de su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los teléfonos de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están publicados en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.healthcare.gov.

Recuerde notificar al Plan si cambia de dirección

Para proteger los derechos de su grupo familiar, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de dirección de sus familiares. Asimismo, debe conservar una copia, para su archivo, de todas las notificaciones que envíe al administrador del plan.

Información de contacto del Plan

Rebecca Hulgan
Directora sénior de RR. HH. y Cumplimiento
412 Georgia Ave Suite 300
Chattanooga TN 37403
423-475-8904

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

Aviso del Mercado

Nuevas opciones de cobertura del Mercado de seguro de salud y tu cobertura médica

PARTE A: Información general

Aunque le ofrezcan una cobertura médica por su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura disponibles a través del Mercado de seguro de salud (el «Mercado»). Para ayudarlo en el momento de evaluar opciones para usted y su grupo familiar, este aviso brinda información básica sobre el Mercado de seguro de salud y la cobertura médica ofrecida por su empleo.

¿Qué es el Mercado de seguro de salud?

El objetivo del Mercado es ayudarlo a encontrar un seguro de cobertura médica que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado representa un «punto único de compra» para encontrar y comparar opciones de seguros de cobertura médica privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguros de cobertura médica con el Mercado?

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de desembolso, pero solo si su empleador no ofrece una cobertura o si la cobertura que ofrece no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (descritos a continuación). Los ahorros para los que califique dependerán de su ingreso familiar. Además, es posible que califique para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para ahorrar en primas a través del Mercado?

Sí. Si su empleador ofrece una cobertura médica que debería ser asequible para usted y que cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no calificará para un crédito fiscal, o para un pago anticipado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado, y quizás desee inscribirse en su plan de cobertura médica basado en el empleo. Sin embargo, podría calificar para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que disminuyan el valor de su prima mensual o reduzcan ciertos gastos compartidos si su empleador no le ofrece una cobertura o si la cobertura que ofrece no cumple con ciertos estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes ofrecidos a través de su empleo representa más del 9,12 % de sus ingresos familiares anuales o si la cobertura a través de su empleo no cumple con los estándares de «valor mínimo» que establece la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, podría calificar para un crédito fiscal y un pago anticipado del crédito si no se inscribe en la cobertura médica basada en el empleo. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas pagadas por el empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los familiares no supera el 9,12 % de los ingresos familiares del empleado.^{1 2}

Nota: Si adquiere un plan de cobertura médica a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida a través de su empleo, podría perder el acceso a cualquier monto que el empleador aporte para la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte de su empleador, así como su aporte como empleado para la cobertura basada en el empleo, suelen excluirse de sus ingresos para calcular los impuestos federales y estatales a la renta. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado se hacen después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura médica ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo y acepta dicha cobertura de todas formas, no calificará para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores a la hora de decidir si desea adquirir un plan de cobertura médica a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en un seguro de cobertura médica a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro de cobertura médica del Mercado durante el período de Inscripción abierta anual del Mercado. La Inscripción abierta varía según el estado, pero suele comenzar el 1 de noviembre y continuar hasta, al menos, el 15 de diciembre.

¹ Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para el 2023.

² Un plan de cobertura médica patrocinado por el empleador u otro plan de cobertura médica basado en el empleo cumple con el «estándar de valor mínimo» si el plan se hace cargo de, al menos, el 60 % del total de los costos de los beneficios autorizados cubiertos por el plan. A efectos de la elegibilidad para un crédito fiscal para la prima, para cumplir con el «estándar de valor mínimo», el plan de cobertura médica también debe brindar una cobertura sustancial tanto para servicios hospitalarios de internación como para servicios de médicos.

Fuera del período de Inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro de cobertura médica si califica para un Período de inscripción especial. En general, califica para un período de Inscripción especial si atraviesa ciertos eventos de vida calificados como casarse, tener un hijo, adoptar un hijo o perder la calificación por otra cobertura de salud. Según su tipo de Período de inscripción especial, puede tener hasta 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificado para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de inscripción especial del Mercado para las personas y sus grupos familiares que dejen de calificar para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Cobertura Médica para Niños (CHIP) desde el 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública nacional por el COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se haya inscrito desde el 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias de Medicaid y CHIP reanuden sus prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, muchas personas dejarán de calificar para la cobertura de Medicaid o CHIP desde el 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un Período de inscripción especial del Mercado temporario para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas que califiquen para el Mercado, que vivan en estados cubiertos por [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), que envíen una solicitud nueva o actualicen una solicitud existente en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y que declaren una fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período calificarán para un Período de inscripción especial de 60 días. **Esto significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, podrá inscribirse en una cobertura del Mercado dentro de un período de 60 días a partir de la fecha en que haya perdido la cobertura de Medicaid o CHIP.**

Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante que verifique que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al centro de atención telefónica del Mercado al **800-318-2596**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **855-889-4325**.

¿Qué ocurre con las alternativas al seguro de cobertura médica del Mercado?

Si usted o su grupo familiar califican para la cobertura de un plan de cobertura médica basado en el empleo (como un plan de cobertura médica patrocinado por el empleador), usted o su grupo familiar también podrían calificar para un Período de inscripción especial para inscribirse en dicho plan de cobertura médica en algunas circunstancias, como si usted o sus dependientes pierden la cobertura de Medicaid o CHIP en la que estaban inscritos. Generalmente, tendrá 60 días a partir de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de cobertura médica basado en el empleo, pero, si usted o su grupo familiar dejaron de calificar para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, podrá solicitar esta inscripción especial en el plan de cobertura médica basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de cobertura médica basado en el empleo.

También puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento si completa una solicitud a través del Mercado o la solicita directamente a través de su agencia estatal de Medicaid.

Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más información.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con su departamento de Recursos Humanos.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, lo que incluye su elegibilidad para obtener una cobertura a través del Mercado y su costo. Puede obtener más información en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), como una solicitud en línea para obtener un seguro de cobertura médica e información de contacto del Mercado de seguro de salud en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que ofrece su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica que ofrezca su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, le pedirán esta información. Esta información está numerada para que coincida con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador The Vincit Group		4. Número de identificación del empleador (EIN) 62-1723130	
5. Dirección del empleador 412 Georgia Ave, Suite 300		6. Número de teléfono del empleador (423) 771-4966	
7. Ciudad Chattanooga	8. Estado TN	9. Código postal 37403	
10. ¿Con quién puedo hablar sobre la cobertura médica para empleados en este trabajo? Candace Wiley			
11. Número de teléfono (si difiere del que antecede)		12. Dirección de correo electrónico Candace.wiley@vincitgroup.com	

Esta es información básica sobre la cobertura médica que ofrece este empleador:

- En nuestro carácter de empleador, ofrecemos un plan de cobertura médica para:

Todos los empleados. Los empleados calificados son:

Algunos empleados. Los empleados calificados son:

- Con respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes calificados son:

No ofrecemos cobertura.

- Si está marcada, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y se pretende que el costo de esta cobertura sea asequible, según los salarios del empleado.

****Aunque su empleador tenga la intención de que su cobertura sea asequible, quizá califique para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado determinará si califica para un descuento en la prima tomando en consideración su ingreso familiar, junto con otros factores. Si, por ejemplo, sus salarios varían entre semanas (porque trabaja por hora o comisión), si lo contratan a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, quizá puedas calificar para un descuento en la prima.**

Si decide comprar una cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará en el proceso. Estos son los datos del empleador que debe ingresar cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede acceder a un crédito fiscal para bajar sus primas mensuales.

Exención de responsabilidad

El monto que el plan paga por servicios cubiertos prestados por proveedores fuera de la red está basado en el monto máximo autorizado para los servicios específicos prestados. Si bien su plan estipula un desembolso máximo para los servicios fuera de la red, tenga en cuenta que el monto máximo autorizado para un procedimiento calificado puede no ser igual al que le cobre su proveedor fuera de la red. Su proveedor fuera de la red puede cobrarle la diferencia entre el monto cobrado y el monto máximo autorizado. Esto se conoce como facturación de saldo, y el monto que se le facture puede ser significativo. El desembolso máximo descrito en su póliza no incluirá los montos que excedan el cargo autorizado ni ningún otro gasto no cubierto conforme a lo definido en su plan. El monto máximo reembolsable para proveedores fuera de la red puede estar basado en ciertos cálculos, como un porcentaje razonable y habitual o un porcentaje de Medicare. El documento del plan o la póliza principal de la aseguradora será el documento dominante, y esta Descripción de los beneficios no incluye todos los términos, las coberturas, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones del plan real. Para obtener más información, comuníquese con el pagador de reclamos o con su aseguradora.

Este documento es un resumen de la cobertura propuesta por la(s) aseguradora(s) según la información provista por su empresa. No incluye todos los términos, las coberturas, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones del contrato real. Para conocer dicha información, deberá leer los contratos y las pólizas. Los formularios de las pólizas estarán disponibles a petición para su referencia.

El objetivo de este documento es proporcionar información general sobre el estado de su entorno actual de beneficios para empleados, así como posibles problemas relacionados con este. No aborda necesariamente todas las cuestiones específicas. No pretende brindar asesoramiento legal ni debe ser considerado como tal. Su asesor general o un abogado especializado en dicha área deben responder sus preguntas sobre cuestiones específicas.

RESUMEN DEL INFORME ANUAL PARA EL PLAN 401(K) DE THE VINCIT COMPANY, LLC

Este es un resumen del informe anual para el PLAN 401(K) DE THE VINCIT COMPANY, LLC (Número de identificación del empleador 62-1723130, Plan número 001) para el año del plan 01/01/2023 hasta 31/12/2023. El informe anual ha sido completado con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, según lo solicitado en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA).

Estado contable básico

Los beneficios de acuerdo con el plan se brindan según contratos de aseguradoras y un fondo de fideicomiso. Los gastos del plan fueron de \$1 352 911. Estos gastos incluyen \$157 844 en gastos administrativos y \$1 195 067 en beneficios pagados a los participantes y beneficiarios, y \$0 en otros gastos. Un total de 5823 personas fueron participantes o beneficiarios del plan al final del año del plan, aunque no todas estas personas obtuvieron el derecho a recibir beneficios.

El valor de los activos del plan, luego de haber restado los pasivos del plan, fue de \$17 272 984 al final del año del plan, en comparación con \$13 652 923 al principio del año del plan. Durante el año del plan, el plan atravesó un cambio en su patrimonio neto de \$3 620 061. Este cambio incluye la valorización y desvalorización no realizada en el valor de los activos del plan; es decir, la diferencia entre el valor de los activos del plan al final del año y el valor de los activos al principio del año o el costo de los activos adquiridos durante el año. El plan obtuvo un ingreso total de \$4 972 972, incluyendo los aportes del empleador de \$316 494, los aportes del empleado de \$1 436 451, otros aportes o ingresos de \$458 334, y ganancias de inversiones de \$2 761 693.

Su derecho a obtener información adicional

Tiene el derecho de recibir una copia del informe anual completo, o a parte de este, si lo solicita. Los siguientes aspectos se incluyen en ese informe:

1. El informe de un contador.
2. Información financiera e información sobre los pagos a los proveedores de servicios.
3. Activos válidos para inversiones.
4. Información sobre el seguro, incluidas las comisiones de ventas que pagan las aseguradoras.
5. Información sobre cualquier fideicomiso común o colectivo, cuentas separadas conjuntas, fideicomiso principal o entidades de inversión 103-12 en las que el plan participa.

Para obtener una copia del informe anual completo, o de cualquier parte de este, escriba o llame al administrador del plan en 412 GEORGIA AVENUE, SUITE 300, CHATTANOOGA, TN, 37403 o llame al 423-265-7090. El cargo para cubrir los gastos de las copias será de \$5,00 por el informe anual completo o de \$0,25 por cualquier página del mismo.

Usted también tiene el derecho de recibir del administrador del plan, según lo solicite y sin cargo alguno, un estado de los activos y pasivos del plan y las notas adicionales, o un estado de ingresos y gastos del plan y las notas adicionales, o ambos. Si solicita una copia del informe anual completo al administrador del plan, estos dos estados y las notas adicionales se incluirán como parte de dicho informe. El cargo para cubrir los costos de las copias mencionado anteriormente no incluye el cargo por las copias de estas partes del informe ya que estas partes están incluidas sin costo alguno.

Usted también tiene el derecho de protección legal para examinar el informe anual en la oficina principal del plan: 412 GEORGIA AVE., SUITE 300, CHATTANOOGA, TN 37403, y en el Departamento del Trabajo de EE. UU. en Washington, D.C. o de obtener una copia del Departamento del Trabajo de EE. UU. si paga los costos por copia. Las solicitudes al Departamento deben estar dirigidas a: Sala de divulgación al público, Habitación N1513, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento del Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) («PRA», *Paperwork Reduction Act*), ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto («OMB», *Office of Management and Budget*). El Departamento señala que un organismo federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA, que dicha recopilación tenga un número de control actualmente válido de la OMB y que el público no tenga la obligación de responder una recopilación de información, salvo que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos («U.S.C.»), *United States Code*, artículo 3507. Asimismo, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos («U.S.C.»), *United States Code*, 3512.

Se estima que el tiempo necesario para recopilar la información es de un promedio de menos de un minuto por aviso (aproximadamente 3 h y 11 min por plan). Se recomienda a los interesados que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, lo que incluye sugerencias para reducir este tiempo, al Departamento del Trabajo de EE. UU., oficina del director de Información. Atención: Oficial de autorización, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-1301, Washington, DC 20210 o que envíen un correo electrónico a DOL_PRA_PUBLIC@dol.gov y mencionen el número de control OMB 1210-0040.

Número de control OMB 1210-0040 (vence el 31/03/2026)

RESUMEN DEL INFORME ANUAL

Para los PLANES DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS DE VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES

Este es un resumen del informe anual de los PLANES DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS DE VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES, EIN 62-1723130, Plan N.º 501, del 01/01/2023 al 12/31/2023. Se envió el informe anual a la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de EE. UU., conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA).

VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES se compromete a pagar determinados reclamos médicos autoasegurados que se hayan producido conforme a los términos del plan.

Información del seguro

El plan tiene contratos con UNUM LIFE INSURANCE COMPANY OF AMERICA, SYMETRA LIFE INSURANCE COMPANY, STANDARD INSURANCE COMPANY y LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH AMERICA para pagar reclamos por médicos, odontológicos, oftalmológicos, de seguro de vida, por discapacidad a corto y largo plazo, por muerte accidental y desmembramiento, por programas de asistencia al empleado, por accidentes y por enfermedades críticas que se hayan producido conforme a los términos del plan. El total de las primas pagadas durante el año del plan que finalizó el 31/12/2023 fue de \$1 185 692.

Ya que se trata de contratos con «tarificación a posteriori», el costo de las primas depende, entre otros aspectos, de la cantidad y la dimensión de los reclamos. Del total de primas por seguros pagadas durante el año del plan que finalizó el 31/12/2023, las que se pagaron por contratos con «tarificación a posteriori» representaron \$472 615 y el total de todos los reclamos de beneficios que se pagaron por estos contratos durante el año del plan representó \$358 310.

Su derecho a obtener información adicional

Tiene el derecho de recibir una copia del informe anual completo, o a parte de este, si lo solicita. Los siguientes aspectos se incluyen en ese informe:

- información sobre el seguro, incluidas las comisiones de ventas que pagan las aseguradoras.

Para obtener una copia del informe anual completo, o de cualquier parte de este, escriba a la oficina de VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES que está ubicada en 412 GEORGIA AVENUE, SUITE 300, CHATTANOOGA, TN, 37403 o llame al 423-702-7763.

También tiene el derecho protegido por ley de revisar el informe anual en la oficina principal del plan (VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES, 412 GEORGIA AVENUE, SUITE 300, CHATTANOOGA, TN, 37403) y en el Departamento del Trabajo de EE. UU. en Washington, D.C. o de obtener una copia del Departamento del Trabajo de EE. UU. si paga los costos por copia. Las solicitudes al Departamento deben estar dirigidas a: Sala de divulgación al público, Habitación N1513, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento del Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) («PRA», *Paperwork Reduction Act*), ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto («OMB», *Office of Management and Budget*). El Departamento señala que un organismo federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA, que dicha recopilación tenga un número de control actualmente válido de la OMB y que el público no tenga la obligación de responder una recopilación de información, salvo que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos («U.S.C.», *United States Code*), artículo 3507. Asimismo, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos («U.S.C.», *United States Code*), 3512.

Se estima que el tiempo necesario para recopilar la información es de un promedio de menos de un minuto por aviso (aproximadamente 3 h y 11 min por plan). Se recomienda a los interesados que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, lo que incluye sugerencias para reducir este tiempo, al Departamento del Trabajo de EE. UU., oficina del director de Información. Atención: Oficial de autorización, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-1301, Washington, DC 20210 o que envíen un correo electrónico a DOL_PRA_PUBLIC@dol.gov y mencionen el número de control OMB 1210-0040.

Número de control OMB 1210-0040 (vence el 31/03/2026)

Planes de cobertura médica Symetra

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, **NO** una cobertura médica

Esa póliza de indemnización fija podría pagar un monto limitado en dólares si se enferma o lo internan. Sigue siendo responsable del pago del costo de su atención.

- El pago que obtiene no se basa en el tamaño de su factura médica.
- Puede que haya un límite en la cantidad que esta póliza podría pagar por año.
- Esta póliza no sustituye a un seguro de cobertura médica integral.
- Ya que esta póliza no es un seguro de cobertura médica, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que aplican a un seguro de cobertura médica.

¿Busca un seguro de cobertura médica integral?

- Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para obtener opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener cobertura médica a través de su trabajo o el trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o reclamos sobre esta póliza, comuníquese con su Departamento estatal de seguros. Encuentre el número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ([naic.org](https://www.naic.org)) en la sección «Departamentos de seguros».
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo o el trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

Esta guía de beneficios ha sido elaborada por



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting

