

Manual de Beneficios del Asociado de 2022

*Descripción Resumida del
Plan para Asociados de
Puerto Rico*

Contenido

Plan Médico

Plan Dental

Seguro de vida y seguros
por incapacidad

Plan de Compra de Acciones
para Asociados

Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico
...¡y mucho más!

Efectivo el **1º enero de 2022**

Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico efectivo el **1º febrero de 2022**



Bienvenido a tu Manual de Beneficios del Asociado de 2022

Aquí es donde encontrarás las Descripciones Resumidas del Plan de Salud y Bienestar para Asociados de Puerto Rico (el Plan) y el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico.

También encontrarás el prospecto del Plan de Compra de Acciones para Asociados.

Para obtener una lista completa del contenido del Manual, revisa la tabla de contenido. Este Manual es un gran recurso para ayudarte a explorar y entender tus beneficios.



Mucha información. Fácil de encontrar.

Cuando descargas el Manual de Beneficios del Asociado de 2022 en [One.Walmart.com](https://one.walmart.com), obtienes las respuestas a tus preguntas al alcance de tu mano.

Simplemente accede el PDF con Adobe Reader y en la barra de herramientas haz clic en "Editar". Luego haz clic en "Buscar" e ingresa la palabra o frase que describa lo que estás buscando, por ejemplo "copago". ¡Fácil!

Índice

Plan de Salud y Bienestar para Asociados

Elegibilidad e inscripción	4	Seguro de vida opcional para dependientes	74
El plan médico	36	Seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D)	80
El plan dental	44	Seguro por accidentes en viajes de negocios	88
COBRA	50	Seguro por incapacidad a corto plazo	94
Resources for Living®	58	Seguro por incapacidad a largo plazo	100
Seguro de vida patronal	62	Reclamaciones y apelaciones	110
Seguro de vida opcional para asociados	68	Información legal	126

Plan de Compra de Acciones para Asociados	140
---	-----

Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico	154
------------------------------------	-----

Para más información	176
----------------------	-----

La información obtenida en llamadas a Walmart, Inc. o a cualquier proveedor de servicios del Plan no descarta ninguna disposición o limitación del Plan. La información ofrecida o las declaraciones hechas en una llamada o en un correo electrónico no garantizan el pago de beneficios. Además, las cotizaciones de beneficios hechas por teléfono se basan totalmente en la información provista en ese momento. Si se descubre información pertinente adicional, esta podría afectar el pago de tu reclamación. Todos los beneficios están sujetos a elegibilidad, pago de primas, limitaciones y todas las exclusiones esbozadas en los documentos pertinentes del Plan, incluidas las pólizas de seguro. Puedes solicitar una copia de los documentos que rigen a estos planes escribiendo a: Custodian of Records, Benefits Customer Service, 508 SW 8th Street, Bentonville, AR 727163500.

Elegibilidad e inscripción

Plan de Salud y Bienestar para Asociados	6
Elegibilidad del asociado	6
Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para beneficios médicos y dentales	7
Elegibilidad de dependientes	9
Documentación legal para la cubierta de dependientes	10
Dependientes que no son elegibles	11
Cuándo un dependiente deja de ser elegible	11
Cuándo inscribirse para recibir beneficios	11
Cuándo entra en vigor la cubierta	12
Si dejas la compañía y te recontratan	13
Fechas de vigencia de los beneficios del Plan	13
Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo	14
El pago de tus beneficios	17
Tarifas relacionadas con el uso del tabaco	18
Continuación de beneficios si te vas de licencia	18
Continuación de la cubierta mientras te encuentras incapacitado	19
Eventos de cambio de estatus	19
Si cambia la clasificación de tu puesto de trabajo	22
Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra	23
Órdenes de Manutención Médica Calificada de Menores (QMCSO)	34
Cuándo termina la cubierta del Plan	34

Si tienes Medicare o serás elegible para Medicare en los próximos 12 meses, cuentas con más opciones para tu cubierta de medicamentos recetados. Consulta la página 134 del capítulo de [Información legal](#) para más detalles.

Elegibilidad e inscripción

RECURSOS		
Find What You Need	En línea	Otros recursos
<ul style="list-style-type: none"> Inscribirte en los beneficios de Walmart Notificar a tu representante de RH no más de 60 días después de un evento de cambio de estatus 	Visita: One.Walmart.com/Enroll	Llama a tu representante de Recursos Humanos o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065
Notificar a tu representante de RH si tienes preguntas sobre las deducciones de nómina para tus beneficios		Llama a tu representante de Recursos Humanos o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065
Pagar las primas de los beneficios mientras estás de licencia		Consulta Continuación de beneficios si te vas de licencia en este capítulo para más detalles. Si se requiere que pagues las primas para mantener la cubierta al día, el no hacerlo dará como resultado la cancelación de la cubierta. Para realizar el pago, puedes hacerlo con una tarjeta de débito o crédito de Visa, MasterCard o Discover llamando al 800-421-1362 y solicitando un representante que hable español. También puedes enviar un cheque o giro postal pagadero a “Associates Health and Welfare Trust” a: Walmart People Services P.O. Box 1039 Department 3001 Lowell, Arkansas 72745 Para asegurar el registro de tu pago a tiempo, no olvides incluir en el cheque o giro postal tu número de WIN (ID de Walmart) y lugar de trabajo (número de unidad).

Lo que debes saber sobre la elegibilidad y la inscripción

- Puedes inscribirte durante el periodo de inscripción inicial como asociado recién elegible, durante el periodo de inscripción anual y cuando tengas un evento de cambio de estatus.
- La clasificación de tu puesto de trabajo (o los cambios a dicha clasificación) determinan el comienzo de tu periodo de inscripción inicial.
- No se pueden cambiar, añadir ni cancelar los beneficios de seguro médico, dental, por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) y por incapacidad a largo plazo fuera del periodo de inscripción anual, salvo que ocurra un evento de cambio de estatus.
- Puedes inscribirte o darte de baja de los beneficios de seguro de vida en cualquier momento, pero si te inscribes fuera de tu periodo de inscripción inicial, tendrás que presentar una evidencia de buena salud.

Plan de Salud y Bienestar para Asociados

El Plan de Salud y Bienestar para Asociados (el Plan) es un plan abarcador de beneficios para los asociados que ofrece beneficios de seguro médico, dental, AD&D, seguro por accidentes en viajes de negocios, seguro de vida, por incapacidad y de Resources for Living (Recursos de vida: asistencia y bienestar de empleados) a los asociados elegibles y sus dependientes elegibles. La elegibilidad de estos beneficios se describe en este capítulo y los términos y condiciones de estos beneficios se describen en los capítulos correspondientes de este Manual de Beneficios del Asociado de 2022. Walmart Inc. (la compañía) patrocina este Plan.

Serás inscrito automáticamente para ciertos beneficios del Plan en tu fecha de contratación o en una fecha posterior. Sin embargo, en el caso de otros beneficios, es necesario que te inscribas para que la cubierta entre en vigor. Consulta la sección de [Fecha de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) de este capítulo para ver los detalles sobre los periodos de inscripción inicial y sobre cuándo entra en vigor la cubierta de todos los beneficios disponibles del Plan.

Elegibilidad del asociado

Los beneficios para los cuales cualificas dependen de una serie de factores que pueden incluir la fecha de contratación, el promedio de horas que trabajas por semana y la clasificación de tu puesto de trabajo en el sistema de nómina de Walmart, Inc. Además, para la mayoría de los beneficios es posible que tengas que cumplir con un periodo de espera de elegibilidad. Consulta la sección de [Fecha de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) en este capítulo para ver una lista de los beneficios para los cuales cualificas y el periodo de espera para la elegibilidad de beneficios conforme a la clasificación de tu puesto.

Nuestra expectativa es que utilices información correcta y precisa cuando solicites o te inscribas en los beneficios. De no hacerlo, podrías estar sujeto a perder los beneficios y el empleo. Para revisar la política de Walmart sobre la deshonestidad intencional, consulta la Declaración de Ética en [One.Walmart.com](#). Consulta la sección de [Documentación legal para la cubierta de dependientes](#) más adelante en este capítulo para información sobre los documentos que podrían pedirte para verificar la elegibilidad de tus dependientes.

NOTA: La elegibilidad para beneficios se determina según las reglas de elegibilidad detalladas en este *Manual de Beneficios del Asociado*. En la medida en que cualquier información provista por otras fuentes difiera del Manual de Beneficios del Asociado, regirán las reglas de elegibilidad del *Manual de Beneficios del Asociado*.

ELEGIBILIDAD DE ASOCIADOS EXENTOS

A fin de ser elegible para beneficios como asociado exento, tienes que estar clasificado en el sistema de nómina de la compañía como asociado exento o asociado exento en adiestramiento.

ELEGIBILIDAD DE ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO

A fin de ser elegible para beneficios como asociado que trabaja por hora a tiempo completo, tienes que estar clasificado en el sistema de nómina de la compañía como asociado no exento a tiempo completo.

ELEGIBILIDAD DE ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL

A fin de ser elegible para beneficios como asociado que trabaja por hora a tiempo parcial, tienes que estar clasificado en el sistema de nómina de la compañía como asociado no exento a tiempo parcial.

A fin de ser elegible para inscripción en los beneficios médicos y/o dentales, es necesario que trabajes un promedio de, por lo menos, 30 horas a la semana, con las siguientes excepciones:

- Si te contrataron antes del 15 de enero de 2011, no es necesario que trabajes un mínimo de horas a la semana.
- Si te contrataron después del 15 de enero de 2011 y antes del 1 de febrero de 2012, es necesario que trabajes un promedio de, por lo menos, 24 horas a la semana.
- Si te contrataron en o después del 1 de febrero de 2012, es necesario que trabajes un promedio de, por lo menos, 30 horas a la semana.

Si eres un asociado no exento a tiempo parcial, se revisará el número de horas trabajadas para determinar tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales. Para información adicional, consulta la sección de [Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para beneficios médicos y dentales](#).

ELEGIBILIDAD DE ASOCIADOS TEMPOREROS

A fin de ser elegible para beneficios como asociado temporero, tienes que estar clasificado en el sistema de nómina de la compañía como asociado temporero.

A fin de ser elegible para inscripción en los beneficios médicos y dentales, es necesario que trabajes un promedio de, por lo menos, 30 horas a la semana.

Si eres un asociado no exento a tiempo parcial, se revisará el número de horas trabajadas para determinar tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales. Para información adicional, consulta la sección titulada [Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para beneficios médicos y dentales](#).

ASOCIADOS QUE NO SON ELEGIBLES

No serás elegible para el Plan si caes en cualquiera de las categorías a continuación, aunque hayas sido reclasificado por un tribunal, por el IRS, por el Departamento de Hacienda de Puerto Rico o por el Departamento del Trabajo de EE.UU. como empleado de hecho de la compañía o de cualquier subsidiaria participante:

- Un empleado subcontratado
- Un extranjero no residente (excepto el seguro de vida opcional para asociados, el seguro de vida opcional para dependientes, el seguro por muerte accidental, seguro por incapacidad y el seguro por accidentes en viajes de negocios, y a menos que cuente con la cubierta de una póliza específica de seguro para expatriados o ciudadanos de otros países que son empleados de la compañía)
- Un contratista independiente
- Un consultor
- Un asociado que reside fuera de Puerto Rico
- Un asociado que no está clasificado como asociado de la compañía o sus subsidiarias participantes
- Un asociado que está inscrito en la Parte D de Medicare (aplica solo a la elegibilidad para las opciones del plan médico y dental del Plan) o
- Un asociado que participa en un convenio colectivo, en la medida que el convenio no disponga la participación en este Plan.

Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para beneficios médicos y dentales



En esta sección encontrarás las descripciones de dos verificaciones de elegibilidad llevadas a cabo para determinar la elegibilidad para los beneficios médicos y dentales (y otros beneficios) en el caso de asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros, como sigue:

- Verificación inicial cuando hayas estado empleado por 52 semanas para determinar elegibilidad.
- Verificación anual para determinar elegibilidad para beneficios médicos y dentales en el próximo año natural.

VERIFICACIÓN INICIAL DE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS MÉDICOS Y DENTALES

Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o un asociado temporero contratado antes del 15 de enero de 2011, no

tienes que trabajar un mínimo de horas a la semana a fin de ser elegible para los beneficios médicos y dentales. Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero contratado en o después del 15 de enero de 2011, tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales se determina durante el periodo de medición inicial. El periodo de medición inicial es el periodo de 52 semanas consecutivas a partir de tu fecha de contratación, durante el cual se revisa el promedio de tus horas trabajadas.

Si trabajas un promedio de, por lo menos, 30 horas a la semana (24 horas a la semana en el caso de asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros que fueron contratados en o después del 15 de enero de 2011 y antes del 1 de febrero de 2012) durante el periodo de revisión de 52 semanas y sin una interrupción en el empleo de más de 13 semanas, serás elegible para beneficios médicos y dentales al cierre de un periodo de medición inicial. Específicamente, tu elegibilidad para para beneficios médicos y dentales comenzará en el primer día del segundo mes natural posterior a tu fecha de aniversario de un año. Por ejemplo, si te contrataron el 16 de abril de 2021, se calculará el promedio de horas trabajadas desde ese día hasta el 15 de abril de 2022. Si cumples con el requisito de promedio de horas trabajadas durante este periodo de medición inicial, tu cubierta comenzaría el 1 de junio de 2022 (suponiendo que te inscribas a tiempo).

La cubierta médica y dental para asociados que cumplen con el requisito de promedio de horas trabajadas continúa hasta el final del segundo año natural inmediatamente después de año natural que incluye la fecha de contratación. En el ejemplo anterior, tu cubierta (si te inscribes a tiempo) debe continuar hasta el final del año 2023. Entonces estarías sujeto a las verificaciones anuales de elegibilidad, según se describe a continuación.

Si dejas la compañía y te recontratan

Para fines de la verificación de elegibilidad inicial, si regresas al empleo como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero en el término de 13 semanas después de dejar la compañía durante el periodo de medición inicial, serás tratado como si no te hubieses ido por el resto del periodo de medición. Se utilizarán todas las horas trabajadas durante el periodo de medición al calcular el promedio de horas. Por ejemplo, si tienes una interrupción en el empleo de cuatro semanas durante el periodo de medición de 52 semanas, se calcularán tus horas promedio durante las 48 semanas en las cuales trabajaste en lugar de 52. Si regresas al empleo como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero después de 13 semanas o más, serás tratado como recién contratado.

Si das por terminado tu empleo después de completarse el periodo de medición inicial y regresas a trabajar como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero en el término de 13 semanas y antes del final del segundo

año natural inmediatamente después de año natural que incluye tu fecha de contratación (para fines de este párrafo, este es el “periodo de elegibilidad”), retendrás tu estatus de elegibilidad previo hasta el final del periodo de elegibilidad. Si te recontractan después de finalizado el periodo de elegibilidad, tu estatus de elegibilidad se basará en la verificación de elegibilidad anual.

Las siguientes reglas aplican si estás inscrito en los beneficios médicos antes de dar por terminado tu empleo, si regresas a la compañía en el término de 13 semanas y si regresas durante tu periodo de elegibilidad:

- Si regresas durante el mismo año natural en el que diste por terminado tu empleo, se te inscribirá automáticamente en tu cubierta anterior (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan Médico para Asociados [PMA].) Si regresas en el término de 30 días, no se reiniciará el deducible anual ni tu máximo desembolso personal en el Plan Médico para Asociados para el año natural en el cual das por terminado tu empleo. Si regresas después de 30 días, tu deducible anual y máximo desembolso personal se reiniciarán y serás responsable de cumplir con el deducible aplicable y máximo desembolso personal en su totalidad.
- Si regresas durante el año natural inmediatamente después del año natural en el que diste por terminado tu empleo, se te inscribirá automáticamente en tu cubierta anterior (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan Médico para Asociados). Se reiniciarán tu deducible anual y máximo desembolso personal y serás responsable de cumplir con el deducible aplicable y máximo desembolso personal en su totalidad.

Tendrás 60 días después de volver al empleo para darte de baja o cambiar la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente. Si regresas después de 13 semanas, serás considerado como asociado nuevo y estarás sujeto a la verificación de 60 días y verificación inicial de elegibilidad para los beneficios médicos antes de ser elegible.

VERIFICACIÓN ANUAL DE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS MÉDICOS Y DENTALES

Si no eres elegible para cubierta médica en el próximo año natural, según la verificación de elegibilidad inicial descrita en la sección anterior (o si no estabas sujeto a esas reglas) y tienes una clasificación de asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, estarás sujeto a una verificación de elegibilidad anual a fin de establecer tu elegibilidad para beneficios médicos en el próximo año natural. También estarás sujeto a la verificación de elegibilidad anual si fuiste contratado originalmente como asociado exento o asociado no exento a tiempo completo y trabajaste un año o más antes de cambiar al estatus de tiempo parcial o temporero.

El periodo de medición de la verificación anual de elegibilidad para beneficios será el de las 52 semanas que

preceden a una fecha designada anualmente a principios de octubre, antes del periodo de inscripción anual de cada año natural. Por ejemplo, la verificación anual anterior a la inscripción anual que ocurre en el otoño de 2022 (para el año natural 2023) revisará las horas trabajadas por el asociado desde el 5 de octubre de 2021 hasta el 4 de octubre de 2022. Si cumples con el requisito de promedio de horas (24 o 30 horas a la semana, dependiendo de la fecha de contratación) durante el periodo de 52 semanas, serás elegible para inscribirte en los beneficios médicos y dentales durante el periodo de inscripción anual a fin de tener cubierta en el 2023.

Si no cumples con el requisito de horas promedio a la semana en la verificación anual de elegibilidad, tu cubierta podría continuar por un periodo de tiempo, tal como se describe en la sección de **Si no satisfaces la verificación anual de elegibilidad para beneficios médicos y dentales**.

Si tienes preguntas sobre la verificación anual de elegibilidad, notifica a tu representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**.

Si satisfaces la verificación anual de elegibilidad para beneficios médicos y dentales

Si eres un asociado a tiempo parcial o temporero actualmente inscrito en la cubierta médica y dental, y satisfaces la verificación anual de elegibilidad para beneficios en octubre, permanecerás inscrito en la cubierta médica y dental por el resto del año en curso. Recibirás los materiales de la inscripción anual y serás elegible para inscripción en los beneficios médicos y dentales en el próximo año.

A fin de determinar si eres elegible para beneficios médicos y dentales en años subsiguientes, estarás sujeto a la verificación de elegibilidad anual cada año, siempre y cuando sigas siendo un asociado no exento a tiempo parcial o un asociado temporero.

Si no satisfaces la verificación anual de elegibilidad para beneficios médicos y dentales

Si eres un asociado no exento tiempo parcial o temporero actualmente inscrito en la cubierta médica y dental, pero no satisfaces la verificación anual de elegibilidad en octubre, tu elegibilidad continuará hasta el final del año en curso, en el cual ocurrió la verificación de elegibilidad. No serás elegible para los beneficios médicos y dentales durante el año próximo a menos que cambie la clasificación de tu puesto y cumplas con los requisitos de elegibilidad de la nueva clasificación. Recibirás una carta que explica tus opciones según la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria (Ley COBRA) para continuar con tu cubierta médica y dental cuando termine el año natural en curso. (Consulta el capítulo sobre **COBRA** para obtener información adicional.)

Cada año estarás sujeto a la verificación de elegibilidad anual a fin de determinar si eres elegible para beneficios

médicos y dentales en años subsiguientes, siempre y cuando sigas siendo un asociado no exento a tiempo parcial o un asociado temporero.

SI TOMAS TIEMPO LIBRE DURANTE EL PERIODO DE MEDICIÓN ANUAL

Si tomas algún tipo de tiempo libre sin paga que no sea una licencia aprobada, según se describe más adelante, se utilizará el periodo de tiempo libre sin paga para calcular tus horas promedio en los periodos de medición inicial y anual (incluso cuando sea cero) en los que ocurra la ausencia.

Si tu ausencia es una licencia aprobada (incluido el servicio de jurado, una licencia bajo la Ley de Licencia Médico Familiar de 1993 [FMLA] o una licencia militar, entre otras), el cálculo de horas promedio trabajadas se basará en el número de semanas durante el periodo de medición de 52 semanas en las que no estabas de licencia. Por ejemplo, si tomas dos semanas de licencia aprobada durante el periodo de medición de 52 semanas, se calcularán tus horas promedio trabajadas durante 50 semanas en lugar de 52.

Si dejas la compañía y te recontratan

Para fines de las verificaciones de elegibilidad anuales, si regresas al empleo como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero en el término de 13 semanas después de dejar la compañía durante el periodo de medición anual, serás tratado como si no te hubieses ido por el resto del periodo de medición. Se utilizarán todas las horas trabajadas durante el periodo de medición al calcular el promedio de horas trabajadas. Por ejemplo, si tienes una interrupción en el empleo de cuatro semanas durante el periodo de medición de 52 semanas, se calcularán tus horas promedio durante las 48 semanas en las cuales trabajaste en lugar de las 52 semanas. Si regresas al empleo como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero después de 13 semanas o más, serás tratado como recién contratado.

Si das por terminado tu empleo después de completarse el periodo de medición inicial y regresas a trabajar como

asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero en el término de 13 semanas y antes del final del año natural inmediatamente después de año natural que incluye el último periodo de medición anual (para fines de este párrafo, este es el “periodo de elegibilidad”), retendrás tu estatus de elegibilidad previo hasta el final del periodo de elegibilidad. Si te recontratan en el término de 13 semanas y después del final del periodo de elegibilidad, tu estatus de elegibilidad se basará en la verificación de elegibilidad anual que corresponde al año natural en el que regresas al trabajo.

Si estás inscrito en los beneficios médicos y dentales antes de dar por terminado tu empleo, regresas a la compañía en el término de 13 semanas y regresas durante tu periodo de elegibilidad según se define en el párrafo anterior, se te inscribirá automáticamente en tu cubierta anterior (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan).

Tendrás 60 días después de volver al empleo para darte de baja o cambiar la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente. Si regresas después de 13 semanas, serás considerado como asociado nuevo y estarás sujeto a la verificación de elegibilidad inicial para los beneficios médicos y dentales antes de ser elegible.

NOTA: Si tienes preguntas sobre la verificación anual de elegibilidad, notifica a tu representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**.

Elegibilidad de dependientes

Si eres un asociado exento o asociado no exento a tiempo completo elegible para los beneficios del Plan, también puedes inscribir a tu cónyuge/pareja e hijos dependientes, según se definen a continuación. Para fines del Manual de Beneficios del Asociado, el término “dependiente” incluye tu cónyuge/pareja. Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero elegible para los beneficios del Plan, puedes inscribirte, pero no puedes inscribir a tus dependientes.

CLASIFICACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO	SE PUEDE ELEGIR CUBIERTA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES (SEGÚN SE DEFINEN A CONTINUACIÓN)
<ul style="list-style-type: none"> • Exento • No exento a tiempo completo • No exento a tiempo parcial • Temporero 	<ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge/pareja • Hijos dependientes • No puede inscribir dependientes

DEFINICIONES: DEPENDIENTES ELEGIBLES	
CÓNYUGE/PAREJA	<ul style="list-style-type: none"> Tu cónyuge, siempre y cuando no estén legalmente separados Tu pareja de hecho (o “pareja”), siempre y cuando tú y tu pareja de hecho: <ul style="list-style-type: none"> – Estén en una relación exclusiva y comprometida similar a la de un matrimonio y hayan estado en dicha relación durante un mínimo de 12 meses – No estén casados entre sí ni con ninguna otra persona – Cumplan con la edad mínima para el matrimonio en el estado en que residen y cuenten con la competencia mental para participar en un contrato – No estén emparentados de manera que prohibiría un matrimonio legal en el estado en que residen y – No estén en la relación únicamente para fines de recibir los beneficios. Cualquier otra persona con la cual estés unida en una relación legal reconocida que ofrezca algunos o todos los derechos del matrimonio en el estado o país en el cual fue creada la relación (también denominado “pareja”)
HIJOS DEPENDIENTES	<ul style="list-style-type: none"> Tus hijos dependientes hasta el final del mes en que cumplan 26 años. Tus hijos dependientes son: <ul style="list-style-type: none"> – Tus hijos biológicos – Tus hijos adoptados o colocados en tu hogar para adopción – Tus hijastros o hijos de tu pareja elegible; no obstante: <ul style="list-style-type: none"> • La elegibilidad terminará si ocurre un divorcio o un cambio en el estatus de pareja, incluso cuando el(la) hijo(a) sea menor de 26 años • La elegibilidad terminará si fallece tu cónyuge o pareja, incluso cuando el(la) hijo(a) sea menor de 18 años • La elegibilidad continuará hasta la edad de 26 años en el caso de fallecer tu cónyuge o pareja si, al momento de la muerte: i) el(la) hijo(a) ha cumplido los 18 años y ii) el(la) hijo(a) está inscrito(a) en el Plan – Tus hijos de crianza – Una persona que esté bajo tu custodia o tutoría legal, siempre y cuando resida contigo como miembro del núcleo familiar y que proveas más de la mitad de su sustento

Si una persona es tu dependiente elegible y deja de satisfacer la definición de dependiente elegible, dicha persona ya no será elegible para la cubierta del Plan y es necesario que informes el cambio. Consulta la sección de **Quando un dependiente deja de ser elegible** más adelante en este capítulo para más detalles. De no informar el cambio, podrías estar sujeto a perder los beneficios y el empleo.

Si una orden del tribunal dispone que pagues la cubierta médica y dental de tu hijo(a), esta persona deberá ser un dependiente elegible según se definió arriba. Para obtener información adicional sobre cómo el Plan maneja una Orden de Manutención Médica Calificada de Menores (QMCSO, por sus siglas en inglés), consulta la sección de **Órdenes de Manutención Médica Calificada de Menores (QMCSO)** más adelante en este capítulo.

SI TU HIJO(A) NO PUEDE MANTENERSE A SÍ MISMO(A)

Si tu hijo(a) está inscrito(a) en la cubierta del Plan Médico para Asociados, podría continuar su cubierta después del final del mes en que cumple 26 años si:

- Está incapacitado(a) física o mentalmente para mantenerse a sí mismo(a) y
- Su médico provee evidencia médica por escrito de la incapacidad de tu hijo(a) de mantenerse a sí mismo(a).

Podría añadirse cubierta adicional si tu hijo(a) experimenta un evento de cambio de estatus válido. Para información adicional sobre eventos de cambio de estatus, consulta la sección de **Eventos de cambio de estatus** en este capítulo.

Documentación legal para la cubierta de dependientes

El Plan se reserva el derecho de llevar a cabo una auditoría de verificación de elegibilidad de dependientes. Es posible que tengas que presentar documentación legal para probar la elegibilidad de tu dependiente. Es responsabilidad del asociado presentar la documentación escrita según lo solicita el Plan. Si no provees la documentación necesaria a tiempo, el Plan tiene derecho a cancelar la cubierta de tu dependiente. Es responsabilidad del asociado notificar al Plan de cualquier cambio en la elegibilidad de sus dependientes.

A continuación algunos ejemplos de documentación válida:

Cónyuge: Copia de certificado de matrimonio o registro de matrimonio informal en el país o estado. Si el matrimonio no ocurrió durante el año natural en curso, también se requiere una planilla de declaración de impuestos radicada en conjunto, o una copia de ambas planillas si radicaron por separado.

Pareja de hecho: Copia de una declaración jurada (firmada por ti y tu pareja) o registro de unión civil o pareja de hecho y uno de los documentos que siguen como prueba de la relación:

- Prueba de residencia compartida por medio de un estado de cuenta de hipoteca conjunta o contrato de alquiler conjunto
- Título o registro de automóvil que muestre titularidad conjunta
- Estado de cuenta conjunta de cheques, bancaria o de inversiones*
- Estado de cuenta de crédito conjunta*
- Testamento o póliza de seguro que designa a la otra persona como beneficiario primario

*Estos documentos deben estar fechados en el término de 60 días a partir de la solicitud de documentación.

Hijo(a): Copia de los documentos que siguen, según corresponda:

- **Hijo(a) biológico(a) o legalmente adoptado(a):** Certificado de nacimiento emitido por el estado o país que indica el nombre del asociado o la orden firmada del tribunal.
- **Hijastro(a):** Certificado de nacimiento emitido por el estado o el condado que indica el nombre de los padres y una copia del certificado de matrimonio. Si el matrimonio no ocurrió durante el año natural en curso, también se requiere una planilla de declaración de impuestos radicada en conjunto, o una copia de ambas planillas si radicaron por separado.
- **Hijo(a) de tu pareja de hecho:** Certificado de nacimiento emitido por el estado o país y evidencia de relación de pareja de hecho establecida.
- **Hijo(a) de crianza:** Carta firmada por un agente de servicios sociales que confirme que el menor ha sido colocado bajo tu custodia.
- **Hijo(a) que está bajo tu custodia legal:** Orden firmada del tribunal.

Dependientes que no son elegibles

Tu dependiente no es elegible para la cubierta del Plan si él o ella:

- Reside fuera de Puerto Rico (no aplica a seguro de vida opcional para dependientes o AD&D), excepto si tu dependiente está estudiando en una universidad en Estados Unidos y es estudiante a tiempo completo
- Está cubierto(a) por un plan para expatriados
- Es un inmigrante indocumentado
- No es un dependiente elegible según se define bajo Elegibilidad de dependientes en la página anterior
- Es un asociado de Walmart que ya está inscrito en la cubierta del Plan (no aplica a seguro de vida opcional para dependientes o AD&D)

- Es un dependiente de otro asociado de Walmart que ya está inscrito en la cubierta del Plan (no aplica a seguro de vida opcional para dependientes o AD&D)
- Está inscrito en la Parte D de Medicare (aplica solo a la elegibilidad para las opciones de plan médico)

Cuándo un dependiente deja de ser elegible

Si tu dependiente está inscrito en la cubierta del Plan y pierde su elegibilidad, es necesario que notifiques a tu representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR llamando al **787-653-1065**, no más de 60 días a partir de la fecha en la que dicho dependiente deja de ser elegible. Si notificas a tu representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR dentro de este marco de tiempo, el Plan enviará un aviso de elección que te permitirá elegir la continuación de cubierta conforme a la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1990 (Ley COBRA). Para recibir la continuación de cubierta de COBRA, deberás elegir dicha cubierta a través del administrador de COBRA en el plazo de 60 días naturales a partir de la fecha que tu dependiente pierde la cubierta, o, de ser después, la fecha del aviso de elección. Consulta el capítulo sobre **COBRA** para obtener información adicional.

La falta de notificación a tu representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR llamando al **787-653-1065** cuando tu dependiente deja de ser elegible para cubierta podría considerarse una tergiversación de los hechos materiales, lo que podría conllevar la cancelación de la cubierta. Si tu dependiente deja de ser elegible para cubierta y no notificas al Plan llamando al representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR, podrías ser responsable de cualquier cargo pagado por el Plan después de la fecha en que tu dependiente dejó de ser elegible.

Cuándo inscribirse para recibir beneficios

Una vez hayas completado cualquier periodo de espera de elegibilidad y hayas cumplido con cualquier otro requisito, incluidos los requisitos de trabajo activo descritos a continuación, puedes inscribirte para beneficios durante el periodo de inscripción inicial. Tu “periodo de inscripción inicial” es la primera vez que eres elegible para inscripción. Las fechas del periodo de inscripción inicial varían según la clasificación del puesto de trabajo y podrían cambiar si tu clasificación cambia, siempre y cuando ya no hayas tenido un “periodo de inscripción inicial” mientras estabas en el puesto del cual te trasladas. Para más información, consulta la sección de **Fecha de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** más adelante en este capítulo y la tabla que corresponde a la clasificación de tu puesto de trabajo. Si no te inscribes durante tu periodo inicial de inscripción, no serás elegible para los beneficios

indicados a continuación hasta el próximo periodo de inscripción anual, a menos que ocurra un evento de cambio de estatus según se describe en la sección de Eventos de cambio de estatus en este capítulo:

- Seguro médico (sujeto a la verificación de elegibilidad anual descrita en la sección de **Verificación anual de elegibilidad para beneficios médicos y dentales** que aparece anteriormente en este capítulo)
- Seguro dental (sujeto a la verificación de elegibilidad anual descrita en la sección de **Verificación anual de elegibilidad para beneficios médicos y dentales** que aparece anteriormente en este capítulo)
- Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)
- Incapacidad a largo plazo (LTD) (consulta la excepción importante respecto a “inscripción tardía” descrita abajo)

Puedes añadir o darte de baja del seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes (o añadir cubierta) en cualquier momento. Consulta la información importante respecto a “inscripción tardía” a continuación.

Inscripción tardía Si no te inscribes en el plan de incapacidad a largo plazo, el seguro de vida opcional para asociados o el seguro de vida opcional para dependientes durante tu periodo de inscripción inicial, y luego eliges cubierta en una fecha posterior, según lo permite el Plan, esto se considerará una “inscripción tardía” y estarás sujeto a los requisitos de evidencia de buena salud antes de que la cubierta pueda ser aprobada y vigente. Si te inscribes en el seguro de vida opcional para asociados o el seguro de vida opcional para dependientes durante tu periodo de inscripción inicial por una cantidad mayor o igual a la cantidad garantizada, y luego aumentas la cubierta para ti o tu cónyuge/pareja, si es elegible, en una fecha posterior, también estarás sujeto a los requisitos de evidencia de buena salud. Para más información, consulta la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** más adelante en este capítulo y la tabla que corresponde a la clasificación de tu puesto de trabajo.

CÓMO ESCOGER UN NIVEL DE CUBIERTA

Si inscribes a tus dependientes elegibles en el Plan, tendrán la misma cubierta que escoges para ti mismo. Puedes cambiar la cubierta durante el periodo de inscripción anual o cuando experimentes un evento de cambio de estatus. Consulta la sección de **Eventos de cambio de estatus** más adelante en este capítulo.

Conforme a los planes médicos y dentales, los asociados exentos y no exentos a tiempo completo pueden elegir uno de los siguientes niveles de cubierta:

- Asociado solo
- Asociado + cónyuge/pareja
- Asociado + hijo(s) o
- Asociado + familia.
- Los asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros pueden elegir cubierta como asociado solo, pero no para sus dependientes.

CONFIRMACIÓN DE TU INSCRIPCIÓN

Una vez te hayas inscrito en la cubierta, puedes ver tu confirmación de beneficios en **One.Walmart.com/Enroll**. Si ves un error respecto a los beneficios para los cuales te inscribiste, debes comunicarte de inmediato con tu representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN

Quando te inscribas en el plan médico, recibirás una tarjeta de identificación (ID) del Plan Médico de Asociados (Plan Médico para Asociados) en tu dirección postal. Tu tarjeta del plan médico también servirá como la tarjeta de farmacia.

Si te inscribes en el Plan Dental para Asociados (el “plan dental”) recibirás una tarjeta de identificación (ID) del plan dental por separado en tu dirección postal.

Puedes actualizar tu dirección o la de tus dependientes menores de 21 años contactando a tu representante de RH. Si tu dependiente tiene 21 años de edad o más, el dependiente tiene que llamar a tu representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para actualizar su información.

Cuándo entra en vigor la cubierta

Consulta la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** en este capítulo para ver los detalles sobre las fechas de vigencia.

Si no estás trabajando el día (incluido si estás de licencia) en que entra en vigor tu cubierta de seguro médico, dental, por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), Resources for Living (Recursos de Vida), seguro por accidentes en viajes de negocios o seguro de vida patronal, tu cubierta entrará en vigor en el primer día que estés en “trabajo activo” según se define a continuación, siempre y cuando estés inscrito para el beneficio y hayas pagado las primas correspondientes. No se requiere inscripción ni primas para Resources for Living, seguro por accidentes en viajes de negocios, incapacidad a corto plazo o seguro de vida patronal.

Si no estás trabajando el día (incluido si estás de licencia y que no sea un día de vacaciones) en que entra en vigor tu cubierta de seguro de vida opcional para asociados,

seguro de vida opcional para dependientes o seguro por incapacidad a largo plazo (LTD), tu cubierta entrará en vigor en el primer día que estés "en trabajo activo" según se define a continuación, siempre y cuando estés inscrito para el beneficio y hayas pagado las primas correspondientes.

"TRABAJO ACTIVO" O "ACTIVO EN EL TRABAJO"

Para efectos de cubierta médica, dental, AD&D y Resources for Living, en "trabajo activo" (o "activo en el trabajo") significa que tu estatus es de asociado activo y que te has reportado a tu primer día de trabajo en la compañía, aun cuando no estés en el trabajo el día que comienza la cubierta (por ejemplo, debido a una enfermedad).

En el caso de seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociado, seguro de vida opcional para dependientes y seguro por accidentes en viajes de negocio, estar activo en el trabajo significa que estás en estatus activo y no de licencia.

Para todo tipo de cubierta por incapacidad, estar activo en el trabajo significa que has trabajado horas durante el periodo de nómina que precede si eres un asociado no exento o has ganado un sueldo durante el periodo de nómina que precede si eres un asociado exento.

REINSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA

Si actualmente tienes cubierta y eres elegible para beneficios durante el próximo año natural, pero no te inscribes activamente para esos beneficios durante la inscripción anual, tú y cualquier dependiente serán automáticamente reinscritos en las opciones de cubierta más similares a las que tienes en la actualidad. Para más información, consulta los materiales de inscripción anual provistos y publicados en línea en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Llama a tu representante de Recursos Humanos o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para más detalles.

Si no te inscribes de forma activa durante el periodo de inscripción anual y te reinscriben automáticamente como se menciona anteriormente, no podrás cambiar esta cubierta excepto durante una inscripción anual subsiguiente, a menos que ocurra un evento de cambio de estatus.

Si no te reinscribes durante la inscripción anual, se considerará que has aceptado la reinscripción automática y se harán los ajustes correspondientes a las deducciones de nómina.

Si dejas la compañía y te reconstratan

ASOCIADOS EXENTOS Y NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO

Si estás inscrito en los beneficios médicos y dentales antes de dar por terminado tu empleo, y regresas a la compañía en el término de 13 semanas, se te reinscribirá automáticamente en tu cubierta anterior (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan).

Tendrás 60 días después de regresar al empleo para darte de baja o cambiar la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente.

Si regresas después de 13 semanas, serás considerado como asociado nuevo.

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL Y ASOCIADOS TEMPOREROS

Para información sobre los beneficios si dejas la compañía y te reconstratan consulta la sección [Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para beneficios médicos y dentales](#) incluida anteriormente en este capítulo.

Fechas de vigencia de los beneficios del Plan

Las siguientes tablas de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) indican las fechas en que entran en vigor las cubiertas cuando te inscribes durante tu periodo inicial de inscripción y estás activo en el trabajo, tal como se define anteriormente. Si das por terminado tu empleo antes de inscribirte en los beneficios durante el periodo de inscripción inicial, no serás elegible para inscripción. Cada beneficio está sujeto a términos y condiciones específicas. Consulta el capítulo correspondiente del Manual de Beneficios del Asociado para ver los detalles.

Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO

NOTA: No confundas el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia. Para la mayoría de los beneficios deberás inscribirte en la cubierta antes de la fecha de vigencia.

Plan	Periodos de inscripción y fechas de vigencia	
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro médico • Seguro dental • AD&D 	<p>Periodo de inscripción inicial: Debes inscribirte en la cubierta entre la fecha del primer cheque de nómina y el día antes de la fecha en que entra en vigor la cubierta</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta: La cubierta entrará en vigor el primer día del mes natural en el que cae tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo.</p>	<p>Si eliges cubierta, tu elección deberá permanecer en efecto hasta el final del año natural, que incluye la fecha de vigencia de la cubierta y no puede ser cambiada hasta la inscripción anual del próximo año calendario o hasta que experimentes un evento de cambio de estatus, según se describe en la sección de Eventos de cambio de estatus de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de vida patronal 	<p>Te inscriben automáticamente el primer día del mes natural en el que caiga tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Resources for Living</i> (Recursos de Vida) • Seguro por accidentes en viajes de negocios • Incapacidad a corto plazo 	<p>Te inscriben automáticamente en la fecha de contratación.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de vida opcional para asociados • Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Periodo de inscripción inicial: Deberás inscribirte en la cubierta entre la fecha de tu primer cheque de nómina y el día antes del primer día del mes natural en el que caiga tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta:</p> <p>Si te inscribes durante el periodo de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si te inscribes en la cantidad de emisión garantizada, la cubierta entra en vigor en lo que ocurra último entre: 1) la fecha en que te inscribes o 2) el primer día del mes natural en el que caiga tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo. • Si te inscribes por una cantidad mayor que la garantizada, la cubierta para ti y tu cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en lo que ocurra último entre: 1) la fecha en que Prudential aprueba la cubierta o 2) el primer día del mes natural en el que caiga tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo. <p>Si te inscribes después del periodo de inscripción inicial: Puedes inscribirte, aumentar o darte de baja de la cubierta después del periodo de inscripción inicial y en cualquier momento durante el año, pero la cubierta (incluido un aumento de la misma) estaría sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y/o para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe.</p>	

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO	
NOTA: No confundas el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia. Para la mayoría de los beneficios deberás inscribirte en la cubierta antes de la fecha de vigencia.	
Plan	Periodos de inscripción y fechas de vigencia
<ul style="list-style-type: none"> Plan de incapacidad a largo plazo (LTD) (incluye beneficios mejorados) 	<p>Periodo de inscripción inicial: Deberás inscribirte en la cubierta entre la fecha de tu primer cheque de nómina y el día antes del primer día del mes natural en el que caiga tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes durante el periodo de inscripción inicial: La cubierta entra en vigor en el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación. Si te inscribes después del periodo de inscripción inicial: Tu cubierta estará sujeta a la aprobación de Lincoln. Te requerirán evidencia de buena salud y, posiblemente, tendrás que someterte a un examen médico por cuenta propia. <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en la cubierta después de un evento de cambio de estatus y se aprueba, la misma entra en vigor el primer día del periodo de nómina posterior a la fecha en que Lincoln aprueba tu cubierta. Si te inscribes durante el periodo de inscripción anual y se aprueba, la cubierta entrará en vigor el 1 de enero del próximo año. Si no se aprueba, podrías ser elegible para inscribirte durante la próxima inscripción anual o después de un evento de cambio de estatus, pero sujeto a los mismos requisitos de evidencia de buena salud.
NOTA: Algunos beneficios tienen como condición que cumplas con la definición de trabajo activo. Para más información, consulta la sección de “Trabajo activo” o “activo en el trabajo” en este capítulo.	

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL Y ASOCIADOS TEMPOREROS	
NOTA: No confundas el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia. Para la mayoría de los beneficios deberás inscribirte en la cubierta antes de la fecha de vigencia.	
Plan	Periodos de inscripción y fechas de vigencia de la cubierta
<ul style="list-style-type: none"> Seguro médico Seguro dental 	<p>Periodo de inscripción inicial: Debes inscribirte en la cubierta entre la fecha después de tu aniversario de 52 semanas y el día antes del día 60 después de la fecha del aniversario de 52 semanas.*</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta: La cubierta entra en vigor el primer día del segundo mes natural posterior a tu fecha de aniversario de 52 semanas.*</p> <p>Si eliges cubierta, tu elección deberá permanecer en efecto hasta el final del año natural que incluye la fecha de vigencia de la cubierta y no se puede cambiar hasta la inscripción anual del próximo año natural o hasta que experimentes un evento de cambio de estatus, según se describe en la sección de Eventos de cambio de estatus de este capítulo.</p> <p>*A fin de ser elegibles para la cubierta médica y dental, los asociados no exentos a tiempo parcial y los asociados temporeros, tienen que trabajar el número de horas requerido y pasar las verificaciones de elegibilidad iniciales y anuales (según aplique) descritas bajo Elegibilidad del asociado que aparece anteriormente en esta sección. Los asociados no exentos a tiempo parcial y los asociados temporeros contratados antes del 15 de enero de 2011 están exentos de este requisito.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad a corto plazo Resources for Living (Recursos de Vida) Seguro por accidentes en viajes de negocios 	Walmart te inscribe automáticamente a tu fecha de contratación.
NOTA: Los asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros pueden elegir cubierta para el asociado, pero no para sus dependientes.	

ASOCIADOS EXENTOS	
Incluye los asociados exentos en adiestramiento	
NOTA: No confundas el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia. Para la mayoría de los beneficios deberás inscribirte en la cubierta antes de la fecha de vigencia.	
Plan	Periodos de inscripción y fechas de vigencia de la cubierta
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro médico • Seguro dental • AD&D 	<p>Periodo de inscripción inicial: Debes inscribirte en la cubierta entre la fecha del primer cheque de nómina y antes del día 60 de empleo, medido a partir de la fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta: Tu cubierta entra en vigor desde la fecha de contratación.</p> <p>Si eliges cubierta, tu elección deberá permanecer en efecto hasta el final del año natural que incluye la fecha de vigencia de la cubierta y no se puede cambiar hasta la inscripción anual del próximo año natural o hasta que experimentes un evento de cambio de estado, según se describe en la sección de Eventos de cambio de estatus de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Resources for Living (Recursos de Vida) • Seguro de vida patronal • Seguro por accidentes en viajes de negocios • Incapacidad a corto plazo 	Walmart te inscribe automáticamente a tu fecha de contratación.
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de vida opcional para asociados • Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Periodo de inscripción inicial: Debes inscribirte en la cubierta entre la fecha del primer cheque de nómina y antes del día 60 de empleo, medido a partir de la fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta:</p> <p>Si te inscribes durante el periodo de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si te inscribes en la cantidad de emisión garantizada, la cubierta entra en vigor en la fecha en que te inscribes. • Si te inscribes por una cantidad mayor que la garantizada, la cubierta para ti y tu cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. <p>Si te inscribes después del periodo de inscripción inicial: Puedes inscribirte, aumentar o darte de baja de la cubierta después del periodo de inscripción inicial y en cualquier momento durante el año, pero la cubierta (incluido un aumento de la misma) estaría sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y/o para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de incapacidad a largo plazo (LTD) (incluye beneficios mejorados) 	<p>Periodo de inscripción inicial: Debes inscribirte en la cubierta entre la fecha del primer cheque de nómina y antes del día 60 de empleo, medido a partir de la fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si te inscribes durante el periodo de inscripción inicial: La cubierta entra en vigor en la fecha de contratación. • Si te inscribes después del periodo de inscripción inicial: Tu cubierta estará sujeta a la aprobación de Lincoln. Te requerirán evidencia de buena salud y, posiblemente, tendrás que someterte a un examen médico por cuenta propia. <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en la cubierta después de un evento de cambio de estatus y se aprueba, tu cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina posterior a la fecha en que Lincoln aprueba tu cubierta – Si te inscribes durante el periodo de inscripción anual y se aprueba, tu cubierta entrará en vigor el 1 de enero del próximo año. – Si no se aprueba, podrías ser elegible para inscribirte durante la próxima inscripción anual o después de un evento de cambio de estatus, pero sujeto a los mismos requisitos de evidencia de buena salud.
NOTA: Algunos beneficios tienen como condición que cumplas con la definición de trabajo activo. Para más información consulta la sección de “Trabajo activo” o “activo en el trabajo” en este capítulo.	

El pago de tus beneficios

Cuando te inscribes en el Plan, se retienen deducciones del cheque de nómina por la cantidad de las primas a fin de pagar la cubierta que elegiste. El primer cheque de nómina después de la fecha de vigencia de cubierta, por lo general reflejará las deducciones por cada día en el cual tuviste cubierta durante ese periodo de nómina. Si el periodo de nómina abarca dos años naturales, tus deducciones reflejarán la cantidad del año previo hasta el 31 de diciembre y la nueva cantidad para el nuevo año, prorrateada por el número de días cubiertos desde el 1 de enero hasta el final del periodo de nómina.

Las deducciones de nómina por beneficios en cualquier periodo de nómina son para cubrir el costo de la cubierta provista durante dicho periodo. Por lo tanto, si te pagan bisemanalmente, tus deducciones pagan la cubierta del periodo de dos semanas que es el periodo de nómina. Por ejemplo, si el periodo de nómina es del 1 al 14 de abril, las deducciones de nómina por beneficios hechas para ese periodo de nómina son las deducciones por la cubierta durante ese periodo de nómina, suponiendo que todas las primas estén al día hasta el final de ese periodo. Si tienes un atraso en el pago de las primas por cualquier razón, tendrás la cubierta de beneficios solo hasta la fecha en que estén al día las primas. Las deducciones se basan en periodos de nómina bisemanales.

Si tus deducciones de nómina no son suficientes para pagar alguna parte de la prima, serás responsable de pagar cualquier prima vencida en la medida de que la prima se hubiese pagado con una deducción de nómina. Si debes primas de beneficios, se deducirán dichas primas de cualquier cheque emitido por la compañía (por ej., tiempo libre con paga, incentivos, etc.), incluido durante o después de una licencia; la deducción se hará después de los impuestos según permitido por ley.

Verifica siempre tu estado de ingresos y deducciones en el talonario de pago para ver si se están haciendo las deducciones correctas. Puedes ver el talonario de tu pago de nómina el lunes antes del día de paga accediendo a Online Paystub en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Si piensas que el talonario no refleja correctamente la cubierta y las deducciones, llama a tu representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**. Se tomarán en consideración las solicitudes de revisión de las primas pagadas si se presentan no más de un año después de la fecha de un posible sobrepago. Se realizará una conciliación de las primas de hasta un máximo de tres años.

CUANDO ES NECESARIO HACER ARREGLOS ESPECIALES PARA MANTENER LA CUBIERTA

Si tus deducciones de nómina no son suficientes para pagar alguna parte de la prima vencida, serás responsable, independientemente de tu estatus laboral, de hacer los arreglos para pagar cualquier prima vencida de la

misma manera en que la prima se hubiese pagado con una deducción de nómina. Estos términos aplican a los siguientes beneficios:

- Seguro médico
- Seguro dental
- Seguro de vida opcional para asociados
- Seguro de vida opcional para dependientes
- Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Los pagos de las primas para cubierta durante un periodo de nómina vencen al cierre de dicho periodo. No efectuar los pagos de las primas a la fecha de vencimiento podría dar por resultado la cancelación de la cubierta por incumplimiento en el pago de las primas.

A fin de evitar la interrupción o cancelación de la cubierta, se puedes efectuar los pagos de las primas con una tarjeta de débito o crédito de Visa, MasterCard o Discover, llamando a People Services al **800-421-1362** y solicitando hablar con un representante que hable español. Para confirmar la cantidad de la prima vencida, llama a People Services.

También puedes efectuar los pagos de las primas con cheque o giro postal pagadero a "Associates' Health and Welfare Trust" y enviarlos a:

Walmart People Services
P.O. Box 1039
Department 3001
Lowell, AR 72745

Para asegurarte de que te acrediten debidamente el pago enviado, incluye tu nombre y número de WIN con el pago. Ten presente que el procesamiento de los pagos toma de 10 a 14 días.

Si se cancela tu cubierta debido al incumplimiento en el pago de las primas y:

- Eres un asociado activo, no podrás inscribirte de nuevo hasta la próxima inscripción anual o hasta que ocurra un evento de cambio de estatus válido. Sin embargo, puedes inscribirte en el seguro de vida opcional en cualquier momento siempre y cuando sigas siendo elegible.
- Estás en licencia y regresas a trabajo activo en el término de un año a partir del primer día de licencia, te reinscribirán automáticamente en la misma cubierta (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan). La cubierta entrará en vigor el primer día del período de nómina en el cual regresas a trabajo activo.
- Si estás en licencia y regresas a trabajo activo después de un año a partir del primer día de licencia, te considerarán asociado recién elegible y tendrás que cumplir con cualquier requisito de elegibilidad aplicable para poder inscribirte en la cubierta.

CONSECUENCIAS CONTRIBUTIVAS DE LOS BENEFICIOS PARA PAREJAS

Las parejas de hecho, por lo general, no cualifican como cónyuges o dependientes para efectos de contribuciones sobre ingresos. Por lo tanto, el valor de la cubierta médica y dental provista por la compañía para tu pareja o los hijos de tu pareja por lo general se considerará como ingreso imputado y estará sujeto a contribuciones. Este valor está sujeto a cambios de un año a otro en la medida que cambien los valores subyacentes de los beneficios. Se retendrán contribuciones y otras deducciones de tu cheque de nómina y el valor de dichos beneficios se incluirá en el Formulario W-2. Durante un periodo en el cual mantienes beneficios con ingreso imputado para tu pareja, pero en el cual no recibes un cheque de nómina de la compañía, la compañía se reserva el derecho de cobrarte directamente tu parte de la obligación del impuesto FICA.

Por lo general, los residentes de Puerto Rico no están sujetos a impuestos federales sobre ingresos. No obstante, podría haber consecuencias conforme a las leyes tributarias de Puerto Rico si optas por cubrir a una pareja de hecho. Si eres un empleado de Puerto Rico, debes consultar con un asesor profesional de impuestos acerca de las consecuencias tributarias de incluir a una pareja de hecho como dependiente para fines de cubierta del Plan.

Tarifas relacionadas con el uso del tabaco

Puedes recibir tarifas más bajas por no fumar en las cubiertas médicas y de medicamentos recetados, seguro de vida opcional para asociados y seguro de vida opcional para dependientes para un cónyuge si:

- Tú y tu cónyuge/pareja asegurada no usan tabaco y se consideran "libres de tabaco", o
- Tú y tu cónyuge/pareja asegurada usan tabaco y completan la participación en un programa de tu elección para dejar de fumar entre la fecha de inscripción anual y el 31 de diciembre de 2022. Como alternativa, si llamas al programa de Cesación de fumar disponible por medio de MCS Solutions al **855-830-9887**, opción 3, las primeras ocho visitas a un psicólogo estarán cubiertas sin copago. El programa colaborará contigo (y si deseas, tu médico) para encontrar un programa adecuado para ti.

"Libre de tabaco" significa que tú (o tu cónyuge/pareja asegurada) no usan tabaco de ningún tipo: cigarrillos, puros, tabaco de pipa o rapé (de aspirar) o de mascar. Para fines de establecer tarifas por no fumar, "libre de tabaco" también significa que no usas cigarrillos electrónicos ni dispositivos similares que dispensan nicotina.

Te pedirán que certifiques tu uso del tabaco en la inscripción inicial para determinar si eres elegible para

tarifas "libre de tabaco" en el periodo de elegibilidad inicial, y cada año en la inscripción anual para determinar si eres elegible para dichas tarifas en el próximo año natural.

La declaración que sigue aparece en la pantalla cuando te inscribes para los beneficios y respondas las preguntas acerca del uso de tabaco:

"Nuestra expectativa es que solicites o te inscribas en los beneficios con la información correcta y precisa. De no ser así, podrías estar sujeto a perder los beneficios y el empleo".

Para revisar la política de Walmart sobre la deshonestidad intencional, consulta la Declaración de Ética en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Si recibimos un informe de abuso, realizaremos una investigación de ética.

Ten presente que tu elegibilidad para tarifas libre de tabaco puede establecerse solo durante la inscripción inicial y en la inscripción anual. Si dejas de fumar durante el año, no serás elegible para dichas tarifas hasta el próximo año natural.



IMPORTANTE

Si te inscribes por primera vez, deberás completar de forma activa la sesión de inscripción en línea en [One.Walmart.com/Enroll](https://www.walmart.com) a fin de recibir las tarifas para asociados "libres de tabaco".

Continuación de beneficios si te vas de licencia

Mientras estés en una licencia de la Ley de Licencia Médico Familiar de 1993 [FMLA], una licencia militar u otra licencia aprobada bajo la ley federal o local, retendrás cualquier cubierta médica, dental, seguro de vida opcional para asociados o dependientes, AD&D y Resources for Living que tenías el día inmediatamente anterior al primer día de la licencia. Se mantendrá la cubierta, por lo general, bajo los mismos términos y condiciones que hubieran existido si hubieses continuado trabajando durante la licencia.

Durante la licencia serás responsable de pagar cualquier prima vencida en la medida de que la prima se hubiese pagado con una deducción de nómina. Consulta la sección de [Cuando es necesario hacer arreglos para mantener la cubierta](#) que aparece anteriormente en este capítulo.

Si cancelas la cubierta durante una licencia FMLA, personal o militar y regresas al trabajo, puedes comunicarte con tu representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** no más de 60 días después de regresar al trabajo a fin de restablecer

la cubierta. Para obtener información adicional consulta la sección de **Si te vas de licencia** en los capítulos correspondientes a los beneficios antes mencionados.

Las decisiones sobre licencias son tomadas por la compañía, no por el Plan.

Contacta a tu representante de RH si tienes dudas sobre la aplicación de la política sobre las licencias FMLA, personal o militar.

EL PAGO DE LOS BENEFICIOS MIENTRAS ESTÁS DE LICENCIA

Para continuar la cubierta de beneficios mientras estás de licencia, es necesario que pagues las primas después de impuestos. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras estás de licencia, consulta **Cuando es necesario mantener arreglos especiales para mantener la cubierta** que aparece anteriormente en este capítulo.

Si estás de licencia y debes primas de beneficios, se deducirán dichas primas de cualquier cheque emitido por la compañía (por ej., tiempo libre con paga, incentivos, etc.) y la deducción será después de los impuestos según permitido por ley.

Continuación de la cubierta mientras te encuentras incapacitado

Si estás recibiendo beneficios por incapacidad y deseas continuar la cubierta de otros beneficios ofrecidos por el Plan, esta tabla describe cómo se manejan los costos de cubierta:

PARA MANTENER LA CUBIERTA DE ESTOS BENEFICIOS	
<ul style="list-style-type: none"> Seguro médico Seguro dental 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes AD&D
MIENTRAS ESTÁS RECIBIENDO...	
<ul style="list-style-type: none"> Beneficios por incapacidad a corto plazo Beneficios por incapacidad a largo plazo 	<p>Las primas de la cubierta anterior no se deducirán de tus cheques de beneficios por incapacidad a corto o a largo plazo porque no se emiten por medio del sistema de nómina de la compañía.</p> <p>NOTA: No tendrás que pagar las primas del plan por incapacidad de largo plazo de ningún pago de beneficios que recibas de este seguro.*</p>
<p>*Si recibes otros ingresos, incluidos los bonos, a través de los sistemas de nómina de la compañía mientras estés recibiendo beneficios por incapacidad, te retendrán las primas de LTD de dichos ingresos.</p>	

Eventos de cambio de estatus

Se pueden cambiar ciertos beneficios durante cualquier momento del año, pero hay otros que solo se pueden cambiar durante el periodo de inscripción anual o si ocurre un evento de cambio de estatus, como sigue:

- Los beneficios de seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes pueden añadirse o cancelarse en cualquier momento.
- Las cubiertas de seguro médico (Plan Médico para Asociados), dental y AD&D pueden cambiarse solo durante la inscripción anual, salvo que ocurra un evento de cambio de estatus.
- El seguro de incapacidad a largo plazo puede añadirse o cancelarse solo durante la inscripción anual, salvo que ocurra un evento de cambio de estatus. Si te das de baja de la cubierta después de un evento de cambio de estatus, el cambio entrará en vigor el día después de darte de baja.

Puedes hacer ciertos cambios a la cubierta si experimentas un evento de cambio de estatus. Un evento de cambio de estatus para fines de esta Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) es un evento de vida u otro evento aprobado por las regulaciones federales que te permite hacer cambios a tu cubierta fuera del periodo de inscripción anual o inicial. Cualquier cambio que hagas como respuesta a un evento de vida, deberá estar directamente relacionado con el impacto de dicho evento en tus beneficios y elegibilidad. En otras palabras, tiene que haber una relación lógica entre el evento que ocurre y el cambio que solicitas, y el evento de vida que ocurre también tiene que hacer a una persona elegible o inelegible para cubierta. En las regulaciones federales esto se llama la “regla de coherencia” (“the consistency rule”).

Por ejemplo, si te divorcias de tu cónyuge, esa persona pierde elegibilidad para los beneficios del Plan en la fecha del divorcio, pero tus otros dependientes permanecen elegibles para los beneficios del Plan. Por lo tanto, solo puedes cancelar los beneficios de tu cónyuge. No se permitiría cambiar la cubierta de otro dependiente debido a este evento.

Cuando tienes un evento de cambio de estatus (incluido un evento de vida o la pérdida o añadidura de otra cubierta según se describe a continuación), cualquier cambio en la cubierta deberá hacerse en el término de 60 días del evento.

Los eventos de cambio de estatus incluyen:

- Eventos que cambian el estado civil:
 - Matrimonio
 - Muerte de cónyuge
 - Divorcio (que incluye la finalización de un matrimonio de hecho en los estados que requieren una sentencia de divorcio para finalizar un matrimonio de hecho reconocido) o

- Anulación del matrimonio o
- Separación legal
- Eventos que cambian tu estado civil de unión de hecho:
 - Comienzo de una unión de hecho
 - Finalización de una unión de hecho o
 - Muerte de tu pareja de hecho.
- Eventos que cambian el estado de una relación legal con una persona que no sea un cónyuge o pareja de hecho, según se especifica en la definición de pareja:
 - Comienzo de la relación legal
 - Finalización de la relación legal o
 - Muerte de la persona con la cual tienes una relación legal.
- Eventos que cambian el número de dependientes:
 - Nacimiento
 - Adopción
 - Colocación en tu hogar para adopción
 - Muerte de un dependiente
 - Obtención de la custodia de un dependiente
 - Pérdida de la custodia de un dependiente para el cual un juez te había otorgado custodia o tutoría legal previamente
 - El resultado de una prueba de paternidad o
 - Cuando una persona dependiente pierde elegibilidad, como por ejemplo al final del mes en que cumple 26 años o
 - Si recibes documentación válida que establece la elegibilidad de un dependiente que antes se consideraba inelegible
- Cambios de empleo que experimentas o experimenta tu cónyuge/pareja o dependiente:
 - Irte o regresar de una licencia aprobada
 - Obtención o pérdida de cubierta debido a que comienza o termina el empleo
 - Un cambio de lugar de trabajo que afecta tu cubierta médica. Si el cambio afecta tus opciones de cubierta médica, tendrás 60 días naturales a partir del traslado para presentar una solicitud de cambio de cubierta. Si te trasladas a un lugar de trabajo en el cual se ven afectados tus beneficios médicos y no presentas una solicitud, se te inscribirá automáticamente en un plan predeterminado.

Los eventos de cambio de estatus también incluyen cambios en el costo o la cubierta y otros eventos, según se detalla en la siguiente sección.

OBTENCIÓN DE OTRA CUBIERTA

- Obtención de la cubierta bajo cualquier otro plan patronal.
- Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o un asociado temporero y te reducen las horas, de manera que trabajas un promedio de menos de 30 horas a la semana (independientemente de si la reducción de horas afecta tu

elegibilidad para beneficios médicos) y piensas inscribirte en otro plan que ofrece una cubierta mínima esencial que entra en vigor no más tarde del primer día del segundo mes posterior al mes en que terminaría tu cubierta médica del Plan, puedes darte de baja de la cubierta del Plan Médico para Asociados.

- Adiciones/mejoras a una opción de beneficios de este Plan.
- Elegibilidad bajo un plan gubernamental: Si tú, tu cónyuge/pareja o tus dependientes elegibles comienzan a cualificar para un plan gubernamental (que no sea Medicare, Medicaid, TRICARE o un plan estatal de salud para menores), solo podrás cancelar el Plan Médico para Asociados durante la inscripción anual.
- Si eres elegible para un Período de inscripción especial en un plan de salud cualificado a través de un servicio de Health Insurance Marketplace, o si buscas inscribirte en un plan de salud cualificado a través de un servicio de Marketplace durante el periodo de inscripción anual de Marketplace según se describe en la próxima página en **Cambios en la cubierta después de un evento de cambio de estatus**, puedes darte de baja del Plan Médico para Asociados conforme a las reglas establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos federal. Tú y cualquier dependiente que se dé de baja de la cubierta del plan deberá presentar evidencia de sus derechos de inscripción y declarar que tiene la intención de inscribirse en un plan de salud cualificado a través de un servicio de Marketplace que entrará en vigor no más tarde del día inmediatamente posterior al último día de cubierta con el Plan Médico para Asociados.

PÉRDIDA DE LA CUBIERTA

- Pérdida de la cubierta bajo cualquier otro plan patronal.
- Reducción de la cubierta bajo este Plan.
- Pérdida significativa de cubierta. El Plan determinará cuándo ha ocurrido una pérdida significativa de cubierta.
- Si tú o tus dependientes elegibles pierden la cubierta de un plan gubernamental, incluido Medicaid o un plan estatal de salud para menores, un plan de una institución educativa o un plan de un gobierno tribal, puedes añadir la cubierta del Plan Médico para Asociados en el término de 60 días después de perder dicha cubierta. (Esto no aplica a la pérdida de cubierta de un plan del Health Insurance Marketplace.)
- Puedes añadir cubierta médica o dental para ti y/o tus dependientes elegibles si:
 - Originalmente rechazaste la cubierta porque tú y tus dependientes tenían cubierta de COBRA y dicha cubierta ha terminado (la falta de pago de las primas no es suficiente para estos fines)
 - Tú y tus dependientes tenían cubierta médica que no era de COBRA y la otra cubierta ha terminado debido a la pérdida de elegibilidad para la misma o
 - Se han cancelado las aportaciones del patrono a la otra cubierta

CAMBIO DE COSTO

Es posible que puedas cambiar tu elección si cambia el costo de la cubierta de este u otro plan. El Plan determina cuándo ha ocurrido un cambio significativo en el costo y cuáles cambios de elección puedes hacer en respuesta al cambio de costo.

ORDEN JUDICIAL

Si una orden judicial producto de un divorcio, separación legal o anulación de matrimonio, o un cambio en la custodia legal (incluidas las Órdenes Calificadas de Cubierta Médica de Menores: consulta la sección sobre las **Órdenes de Manutención Médica Calificada de Menores (QMCSO)** más adelante en este capítulo) te obliga a proveer cubierta médica y dental a un hijo dependiente elegible, puedes añadir cubierta para el hijo (y para ti, si no tienes cubierta). Si la orden requiere que tu cónyuge, ex-cónyuge u otra persona provea cubierta médica y dental para tu hijo dependiente y esa otra cubierta en efecto se provee, puedes cancelar la cubierta para el hijo dependiente.

DERECHO A MEDICARE O MEDICAID

Si tú o tus dependientes elegibles están inscritos en el Plan Médico para Asociados, pueden darse de baja de esa cubierta si adquieren derecho a los beneficios de Medicare o Medicaid o a la cubierta de un plan estatal de salud para menores. Si tú, tu cónyuge/pareja o tus dependientes elegibles comienzan a cualificar para asistencia de Medicaid o de un plan estatal de salud para menores, deberás solicitar la cubierta del Plan en el término de no más de 60 días después de cualificar para la asistencia.

Para información sobre las circunstancias que te permiten cambiar los beneficios, llama a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**.

CAMBIOS EN LA CUBIERTA DESPUÉS DE UN EVENTO DE CAMBIO DE ESTATUS

Cuando ocurra un evento de cambio de estatus, deberás solicitar el cambio no más de 60 días a partir de la fecha del evento.

Salvo que de otra forma lo disponga el Plan, si añades un cónyuge/pareja u otro dependiente elegible a raíz a un evento de vida, cada persona estará sujeta a los términos y limitaciones aplicables del Plan.

El Plan se reserva el derecho de solicitar la documentación adicional necesaria para evidenciar el evento de cambio de estatus.

INSCRIPCIÓN ESPECIAL EN LA CUBIERTA MÉDICA SEGÚN LA LEY HIPAA

Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (Ley HIPAA, por sus siglas en inglés), también podrías tener el derecho a una inscripción especial

en la cubierta médica del Plan si pierdes otra cubierta o si adquieres un dependiente. Estos eventos se describen en la lista de eventos de cambio de estatus e incluyen:

- En el caso que rechaces tu inscripción o la de tus dependientes debido a que tienes otro seguro médico o cubierta médica grupal, es posible que puedas inscribirte e inscribir, si así lo deseas, a tus dependientes en este Plan si tú o tus dependientes dejan de ser elegibles para esa otra cubierta (o si el patrono cancela sus aportaciones a tu otra cubierta o la de tus dependientes). Tendrás que solicitar la inscripción no más de 60 días después de que termine tu otra cubierta o la de tus dependientes (o después de que el patrono cancele las aportaciones a la otra cubierta).
- En el caso de que tengas un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en tu hogar para adopción, es posible que puedas inscribirte e inscribir a tus dependientes elegibles. Es necesario que solicites la inscripción en el término de 60 días.
- En el caso de que tú o uno de tus dependientes deje de ser elegible para cubierta de Medicaid o de un plan estatal de salud para menores, o que tú o uno de tus dependientes comience a cualificar para asistencia de Medicaid o de un plan estatal de salud para menores, deberás solicitar la inscripción no más de 60 días después de terminarse la cubierta o de que comience la elegibilidad para la asistencia. Dicha cubierta entrará en vigor en la fecha en que te inscribes en el Plan.
- Para solicitar una inscripción especial y obtener más información, consulta la información sobre eventos de cambio de estatus en este capítulo o contacta a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**.

CÓMO CAMBIAR TUS ELECCIONES DEBIDO A UN EVENTO DE CAMBIO DE ESTATUS

Puedes hacer los cambios en línea en el término de 60 días en One.Walmart.com/Enroll para los cambios de estatus que se deben a estos eventos:

- Nacimiento
- Comienzo de una unión de hecho
- Comienzo de una relación legal con una persona que no sea tu cónyuge o pareja de hecho
- Divorcio o separación legal
- Obtención o pérdida de tu cubierta, la de tus dependientes o la de tu cónyuge/pareja elegible
- Matrimonio
- Finalización de una unión de hecho o
- Finalización de una relación legal con una persona que no sea tu cónyuge o pareja de hecho.

Para información sobre otros tipos de cambio de estatus, llama a tu representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**.

Si tu evento de cambio de estatus es el nacimiento de un hijo, el Plan aceptará los cargos de facturación del proveedor relacionados con el nacimiento como notificación de que se debe añadir al recién nacido como dependiente en tu cubierta, siempre que dichos cargos se presenten en el término de 60 días a partir del nacimiento.

Si deseas añadir un dependiente como resultado de un matrimonio, el comienzo de una unión de hecho o el comienzo de una relación legal con una persona que no sea tu cónyuge o pareja de hecho, pero la persona que se desea añadir como dependiente fallece antes de que notifiqués el evento de cambio de estatus, no se añadirá a la persona a tu cubierta como dependiente.

Los cambios a tu cubierta entrarán en vigor en la fecha del evento o el día después de la fecha del evento de cambio de estatus. Si el cambio es debido a una licencia sin paga, entrará en vigor a partir de la fecha en que comienza la licencia. Esto no aplica al seguro de vida opcional para asociados, el seguro de vida opcional para dependientes o el seguro por incapacidad a largo plazo; consulta las tablas de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) en este capítulo para obtener información sobre las fechas de vigencia.

Si no notificas a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR para realizar el cambio en el término de 60 días a partir del evento de cambio de estatus, no podrás añadir ni darte de baja de la cubierta hasta la próxima inscripción anual o hasta que ocurra otro evento de cambio de estatus.

Además, si el evento de cambio de estatus se debe a que tu dependiente dejó de ser elegible, el dependiente perderá el derecho a elegir cubierta de beneficios médicos y dentales conforme a la Ley COBRA si no notificas a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR en el término de 60 días. De igual manera, si el evento de cambio de estatus se debe a un divorcio, la finalización de una unión de hecho o la finalización de una relación legal con una persona que no sea tu cónyuge o pareja de hecho, tu ex-cónyuge/ex-pareja perderá el derecho de elegir cubierta de beneficios médicos y dentales de COBRA si no se notifica a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR en el término de 60 días. Para más información consulta el capítulo sobre [COBRA](#).

Si cambia la clasificación de tu puesto de trabajo

La transición de una clasificación de puesto de trabajo a otra podría afectar tu elegibilidad para ciertos beneficios.

Si tu clasificación es de asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero y cambia a tiempo completo, serás elegible para beneficios de tiempo completo según se describe en la tabla más adelante.

Si la clasificación de tu puesto cambia de asociado a tiempo completo a la de asociado a tiempo parcial o temporero, tu cónyuge/pareja ya no será elegible para la cubierta médica y dental, el seguro opcional para dependientes o el seguro AD&D. Ya no serás elegible para seguro de vida patronal u opcional para asociados. Si este cambio da como resultado que tu cónyuge/pareja u otro dependiente pierda su cubierta, consulta el capítulo de [COBRA](#) para ver cómo tú y tus dependientes elegibles pueden continuar la cubierta médica y dental.

NOTA: Si tu clasificación cambia a la de asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, consulta la sección anterior de este capítulo titulada [Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para beneficios médicos y dentales](#).

Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADOS TEMPOREROS QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO NO EXENTO A TIEMPO COMPLETO	
Transición de estatus	Detalles de la inscripción y fechas de vigencia de la cubierta
Has estado empleado continuamente por más de 52 semanas, y eras elegible para la cubierta médica y dental de Plan como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero inmediatamente antes de tu transición	<p>Tendrás 60 días para inscribirte a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurra la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si estás inscrito actualmente en la cubierta médica y dental (Premium), puedes aumentar el tipo de cubierta a la de asociado + cónyuge/pareja, asociado + hijo(s) o asociado + familia como resultado del cambio de clasificación de tu puesto. Si no estás inscrito actualmente en la cubierta médica y dental, no podrás inscribirte en la de asociado + cónyuge/pareja, asociado + hijo(s) o asociado + familia hasta la próxima inscripción anual o hasta que ocurra un evento de cambio de estatus válido. No puedes seleccionar cubierta para asociado solamente a raíz de un cambio en la clasificación del puesto de trabajo, ya que ya eras elegible para ese tipo de cubierta como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero. <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo, para ver las reglas que aplican si te inscribes en cubierta médica y dental después de tu periodo de inscripción inicial. Serás elegible para inscribirte en el plan Elite de cubierta médica y dental y en el plan AD&D. Para más información, consulta los respectivos capítulos de esta Descripción Resumida del Plan. Se te inscribirá automáticamente en el seguro de vida patronal el primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. Serás elegible para inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> Serás elegible para inscribirte en el plan Elite de cubierta médica y dental y en el plan AD&D. Para más información, consulta los respectivos capítulos de esta Descripción Resumida del Plan. Se te inscribirá automáticamente en el seguro de vida patronal el primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. Serás elegible para inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y te inscribes para la cantidad de emisión garantizada, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. Si te inscribes por una cantidad mayor que la garantizada, la cubierta estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en seguro de vida opcional para asociados o dependientes después de tu periodo de inscripción inicial. Serás elegible para inscribirte en la cubierta por incapacidad a largo plazo (LTD) como sigue: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el plan de incapacidad a largo plazo después de tu periodo de inscripción inicial. <p>*La cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción, dependiendo de tu elección y de la manera en que te inscribes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en línea en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. Si te inscribes llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, puedes optar para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha en que llenas el formulario de inscripción. Si optas para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición, las primas se deducirán de tu cheque de nómina después de los impuestos y de manera retroactiva a la fecha de vigencia.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADOS TEMPOREROS QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO NO EXENTO A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)	
Transición de estatus	Fechas de vigencia y detalles de la cubierta
Has estado empleado continuamente por más de 52 semanas y no eras elegible para la cubierta médica y dental del Plan como asociado no exento a tiempo parcial inmediatamente antes de tu transición	<ul style="list-style-type: none"> Serás elegible para inscribirte en la cubierta médica y/o dental. Para más información, consulta los capítulos de Plan médico y Plan dental. <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exento a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en cubierta médica y/o dental después de tu periodo de inscripción inicial. Serás elegible para inscribirte en el plan AD&D. Para más información, consulta el capítulo Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) en esta Descripción Resumida del Plan. Se te inscribirá automáticamente en el seguro de vida patronal el primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. Serás elegible para inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y te inscribes para la cantidad de emisión garantizada, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. Si te inscribes por una cantidad mayor que la garantizada, la cubierta estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de tu periodo de inscripción inicial. Serás elegible para inscribirte en la cubierta por incapacidad a largo plazo (LTD) como sigue: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y has estado empleado por más de 52 semanas a esa fecha, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el plan de incapacidad a largo plazo después de tu periodo de inscripción inicial. <p>*La cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción, dependiendo de tu elección y de la manera en que te inscribes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en línea en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. Si te inscribes llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, puedes optar para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha en que llenas el formulario de inscripción. Si optas para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición, las primas se deducirán de tu cheque de nómina después de los impuestos y de manera retroactiva a la fecha de vigencia.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADOS TEMPOREROS QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO NO EXENTO A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)	
Transición de estatus	Fechas de vigencia y detalles de la cubierta
Has estado empleado continuamente por más de 90 días pero menos de 52 semanas	<p>Tendrás 60 días para inscribirte a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurra la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> Serás elegible para inscribirte en la cubierta médica, dental y AD&D. Para más información, consulta los respectivos capítulos de esta Descripción Resumida del Plan. <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en cubierta médica, dental o AD&D después de tu periodo de inscripción inicial. Se te inscribirá automáticamente en el seguro de vida patronal el primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. Serás elegible para inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y te inscribes para la cantidad de emisión garantizada, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. Si te inscribes por una cantidad mayor que la garantizada, la cubierta para ti y tu cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en seguro de vida opcional para asociados o dependientes después de tu periodo de inscripción inicial. Serás elegible para inscribirte en la cubierta por incapacidad a largo plazo (LTD) como sigue: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor en la fecha que ocurra más tarde entre 1) el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación o 2) en la fecha de inscripción.* Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el plan de incapacidad a largo plazo después de tu periodo de inscripción inicial. <p>*La cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción, dependiendo de tu elección y de la manera en que te inscribes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en línea en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. Si te inscribes llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, puedes optar para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha en que llenas el formulario de inscripción. Si optas para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición, las primas se deducirán de tu cheque de nómina después de los impuestos y de manera retroactiva a la fecha de vigencia.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADOS TEMPOREROS QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO NO EXENTO A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)	
Transición de estatus	Fechas de vigencia y detalles de la cubierta
Has estado empleado continuamente por menos de 90 días	<p>Tendrás 60 días para inscribirte a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurra la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> Serás elegible para inscribirte en la cubierta médica, dental y AD&D. Para más información, consulta los respectivos capítulos de esta Descripción Resumida del Plan. <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en cubierta médica, dental y AD&D después de tu periodo de inscripción inicial. Se te inscribirá automáticamente en el seguro de vida patronal el primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. Serás elegible para inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y te inscribes para la cantidad de emisión garantizada, la cubierta entrará en vigor en la fecha que ocurra más tarde entre 1) el primer día del mes natural en el que cae tu día 89 de empleo continuo o 2) en la fecha de inscripción.* Si te inscribes por una cantidad mayor que la garantizada, la cubierta para ti y tu cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y/o para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si la aprueban, la cubierta entrará en vigor en la fecha que ocurra más tarde entre 1) el primer día del mes natural en el que cae el día 89 de empleo continuo o 2) la fecha en que Prudential aprueba tu cubierta. Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en seguro de vida opcional para asociados o dependientes después de tu periodo de inscripción inicial. Serás elegible para inscribirte en la cubierta por incapacidad a largo plazo (LTD) como sigue: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor en el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación. Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el plan de incapacidad a largo plazo después de tu periodo de inscripción inicial. <p>*La cubierta entra en vigor como sigue:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en línea o llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y antes del primer día del mes en el que cae tu día 89 de empleo continuo a tiempo completo, la cubierta entrará en vigor el primer día del mes natural en el que cae tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo. Si te inscribes en línea en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y después del primer día del mes en el que cae tu día 89 de empleo continuo a tiempo completo, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. Si te inscribes llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y después del primer día del mes en el que cae tu día 89 de empleo continuo a tiempo completo, puedes optar para que la cubierta entre en vigor el primer día del mes natural en el que cae tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo. En ese caso, las primas se deducirán de tu cheque de nómina, después de los impuestos y de manera retroactiva a la fecha de vigencia.

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADOS TEMPOREROS QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO EXENTO (CONTINUACIÓN)	
Transición de estatus	Fechas de vigencia y detalles de la cubierta
Has estado empleado continuamente por más de 52 semanas, y eras elegible para cubierta médica y dental del Plan como asociado no exento a tiempo parcial inmediatamente antes de tu transición	<p>Tendrás 60 días para inscribirte a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurra la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si estás inscrito actualmente en el seguro médico y dental, te cambiarán del plan Premium al plan Elite y podrás aumentar tu tipo de cubierta a la de asociado + cónyuge/pareja, asociado + hijo(s) o asociado + familia como resultado del cambio de clasificación de tu puesto. Si no estás inscrito actualmente en el seguro médico y dental, no podrás inscribirte en el plan Elite, solo en las cubiertas de asociado + cónyuge/pareja, asociado + hijo(s) o asociado + familia como resultado del cambio de clasificación de tu puesto, hasta la próxima inscripción anual o hasta que ocurra un evento de cambio de estatus válido. No puedes seleccionar cubierta para asociado solamente a raíz de un cambio en la clasificación del puesto de trabajo, ya que ya eras elegible para ese tipo de cubierta como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero. <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en cubierta médica y dental después de tu periodo de inscripción inicial. • Serás elegible para inscribirte en el plan AD&D. Para más información, consulta el capítulo Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) en esta Descripción Resumida del Plan. • Se te inscribirá automáticamente en el seguro de vida patronal el primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. • Serás elegible para inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y te inscribes para la cantidad de emisión garantizada, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. – Si te inscribes por una cantidad mayor que la garantizada, la cubierta estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. – Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de tu periodo de inscripción inicial. • Serás elegible para inscribirte en la cubierta por incapacidad a largo plazo (LTD) como sigue: <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el plan de incapacidad a largo plazo después de tu periodo de inscripción inicial. <p>*La cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción, dependiendo de tu elección y de la manera en que te inscribes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si te inscribes en línea en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. • Si te inscribes llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, puedes optar por que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha en que llenas el formulario de inscripción. Si optas para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición, las primas se deducirán de tu cheque de nómina después de los impuestos y de manera retroactiva a la fecha de vigencia.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADOS TEMPOREROS QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO EXENTO (CONTINUACIÓN)	
Transición de estatus	Fechas de vigencia y detalles de la cubierta
Has estado empleado continuamente por más de 52 semanas y no eras elegible para la cubierta médica y dental del Plan como asociado no exento a tiempo parcial inmediatamente antes de tu transición	<p>Tendrás 60 días para inscribirte a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurra la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serás elegible para inscribirte en el plan Elite de cubierta médica y dental. Para más información, consulta los capítulos de Plan médico y Plan dental. <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados exentos en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en cubierta médica o dental después de tu periodo de inscripción inicial. • Serás elegible para inscribirte en el plan AD&D. Para más información, consulta el capítulo Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) en esta Descripción Resumida del Plan. • Se te inscribirá automáticamente en el seguro de vida patronal el primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. • Serás elegible para inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y te inscribes para la cantidad de emisión garantizada, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. – Si te inscribes por una cantidad mayor que la garantizada, la cubierta estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. – Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados exentos en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de tu periodo de inscripción inicial. • Serás elegible para inscribirte en la cubierta por incapacidad a largo plazo (LTD) como sigue: <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y has estado empleado por más de 52 semanas a esa fecha, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados exentos en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el plan de incapacidad a largo plazo después de tu periodo de inscripción inicial. <p>*La cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción, dependiendo de tu elección y de la manera en que te inscribes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si te inscribes en línea en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. • Si te inscribes llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, puedes optar para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha en que llenas el formulario de inscripción. Si optas para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición, las primas se deducirán de tu cheque de nómina después de los impuestos y de manera retroactiva a la fecha de vigencia.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADOS TEMPOREROS QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO EXENTO (CONTINUACIÓN)	
Transición de estatus	Fechas de vigencia y detalles de la cubierta
Has estado empleado continuamente por menos de 52 días	<p>Tendrás 60 días para inscribirte a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurra la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serás elegible para inscribirte en el plan Elite de cubierta médica y/o dental. Para más información consulta los capítulos de Plan médico y Plan dental. <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados exentos en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en cubierta médica o dental después de tu periodo de inscripción inicial. • Serás elegible para inscribirte en el plan AD&D. Para más información, consulta el capítulo Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) en esta Descripción Resumida del Plan. • Se te inscribirá automáticamente en el seguro de vida patronal el primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. • Serás elegible para inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y te inscribes para la cantidad de emisión garantizada, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. – Si te inscribes por una cantidad mayor que la garantizada, la cubierta para ti y tu cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. – Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados exentos en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de tu periodo de inscripción inicial. • Serás elegible para inscribirte en la cubierta por incapacidad a largo plazo (LTD) como sigue: <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y has estado empleado por más de 52 semanas a esa fecha, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados exentos en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el plan de incapacidad a largo plazo después de tu periodo de inscripción inicial. <p>*La cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción, dependiendo de tu elección y de la manera en que te inscribes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si te inscribes en línea en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. • Si te inscribes llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, puedes optar para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha en que llenas el formulario de inscripción. Si optas para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición, las primas se deducirán de tu cheque de nómina después de los impuestos y de manera retroactiva a la fecha de vigencia.

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO EXENTO	
Transición de estatus	Fechas de vigencia y detalles de la cubierta
Has estado empleado continuamente por 90 días o más	<ul style="list-style-type: none"> La cantidad máxima de seguro de vida opcional para asociados que puedes seleccionar aumentará de \$200,000 a \$1,000,000. <ul style="list-style-type: none"> Si aumentas la cantidad de la cubierta, estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud y, posiblemente, tendrás que someterte a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. La cubierta del plan de incapacidad a largo plazo cambiará de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Si elegiste cubierta del plan de incapacidad a largo plazo (LTD) durante el periodo de inscripción inicial (cuando eras asociado no exento a tiempo completo), y no está en vigor al momento de tu transición, la cubierta entrará en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición. Si no elegiste cubierta del plan de incapacidad a largo plazo (LTD) durante el periodo de inscripción inicial (cuando eras asociado por no exento a tiempo completo), consulta la tabla de Asociados exentos en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el plan de incapacidad a largo plazo después de tu periodo de inscripción inicial.
Has estado empleado continuamente por menos de 90 días	<p>Tendrás 60 días para inscribirte a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> Serás elegible para inscribirte en el plan Elite de cubierta médica y dental. Para más información consulta los capítulos de Plan médico y Plan dental. <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Serás elegible para inscribirte en el plan AD&D. Para más información, consulta el capítulo Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) en esta Descripción Resumida del Plan. Se te inscribirá automáticamente en el seguro de vida patronal el primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. Serás elegible para inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y te inscribes para la cantidad de emisión garantizada, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. Si te inscribes por una cantidad mayor que la garantizada, la cubierta para ti y tu cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados exentos en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de tu periodo de inscripción inicial. Serás elegible para inscribirte en la cubierta por incapacidad a largo plazo (LTD) como sigue: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados exentos en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el plan de incapacidad a largo plazo después de tu periodo de inscripción inicial. <p>*La cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción, dependiendo de tu elección y de la manera en que te inscribes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes en línea en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. Si te inscribes llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, puedes optar para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha en que llenas el formulario de inscripción. Si optas para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición, las primas se deducirán de tu cheque de nómina después de los impuestos y de manera retroactiva a la fecha de vigencia.

ASOCIADOS EXENTOS QUE SE TRASLADAN A PUESTOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO	
Transición de estatus	Fechas de vigencia y detalles de la cubierta
En el término de 60 días a partir de tu fecha de contratación y antes de inscribirte en los beneficios	<p>Tendrás 60 días para inscribirte a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serás elegible para inscribirte en el seguro médico, dental y AD&D. Para más información consulta los respectivos capítulos de esta Descripción Resumida del Plan. • Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* • Serás elegible para inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y te inscribes para la cantidad de emisión garantizada, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. – Si te inscribes por una cantidad mayor que la garantizada, la cubierta para ti y tu cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te requerirán evidencia de buena salud para ti y para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico por cuenta propia. Si se aprueba, tu cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. – Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en seguro de vida opcional para asociados o dependientes después de tu periodo de inscripción inicial. • Serás elegible para inscribirte en el plan de incapacidad a largo plazo (LTD) como sigue: <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición. – Si no te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo completo en la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparece anteriormente en este capítulo para ver las reglas que aplican si te inscribes en el plan de incapacidad a largo plazo después de tu periodo de inscripción inicial. <p>*La cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción, dependiendo de tu elección y de la manera en que te inscribes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si te inscribes en línea en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. • Si te inscribes llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, puedes optar por que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha en que llenas el formulario de inscripción. Si optas para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición, las primas se deducirán de tu cheque de nómina después de los impuestos y de manera retroactiva a la fecha de vigencia.
En el término de 60 días a partir de tu fecha de contratación y de haberte inscrito para recibir beneficios	<p>Tendrás 60 días para inscribirte a partir de la fecha en que ocurre tu transición de estatus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las cantidades de seguro de vida opcional para asociados seleccionadas de más de \$200,000 se reducirán a \$200,000.
Más de 60 días después de tu fecha de contratación	<p>Si estás inscrito en los beneficios actualmente, tendrás 60 días para realizar una nueva inscripción a partir de la fecha en que ocurre tu transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las cantidades de seguro de vida opcional para asociados seleccionadas de más de \$200,000 se reducirán a \$200,000.

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO QUE SE TRASLADAN A PUESTOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O TEMPOREROS	
Transición de estatus	Fechas de vigencia y detalles de la cubierta
Has cumplido con tu periodo de espera de elegibilidad y eres elegible para cubierta del Plan inmediatamente antes de tu transición	<ul style="list-style-type: none"> • Si estás inscrito en la cubierta médica y/o dental del plan Elite, tu cubierta se cambiará automáticamente a la del plan Premium, y se ajustará a la cubierta para asociados solamente, a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurra tu transición. Las cubiertas de asociado + cónyuge/pareja, asociado + hijo(s) o asociado + familia no están disponibles para los asociados a tiempo parcial o temporeros. • Todas las demás cubiertas (seguro de vida, AD&D y por incapacidad a largo plazo) serán canceladas a partir del primer día del periodo de nómina después de que ocurre tu transición. Es posible que puedas convertir tu seguro de vida y el de tu dependiente a una póliza individual.
NO has cumplido con el periodo de espera de elegibilidad	<p>Tendrás 60 días para inscribirte a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serás elegible para inscribirte en la cubierta médica y dental. Serás elegible para inscribirte en la cubierta para asociados solamente. Para más información, consulta los respectivos capítulos de esta Descripción Resumida del Plan. <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y antes del primer día del mes en el que cae tu día 89 de empleo continuo, la cubierta entrará en vigor el primer día del mes natural en el que cae tu día número 89 de empleo continuo. – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición pero después del primer día del mes en el que cae tu día 89 de empleo continuo, la cubierta entrará en vigor el primer día del mes natural en el que cae tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo o en la fecha de inscripción.* • Si inscribiste a tu cónyuge/pareja en el seguro de vida opcional para dependientes, se cancelará su cubierta a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. • Si elegiste la cubierta del plan de incapacidad a largo plazo, se cancelará tu inscripción a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. <p>*La cubierta entra en vigor como sigue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si te inscribes en línea o llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y antes del primer día del mes en el que cae tu día 89 de empleo continuo a tiempo completo, la cubierta entrará en vigor el primer día del mes natural en el que caiga tu día número 89 de empleo continuo. • Si te inscribes en línea en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y después del primer día del mes en el que cae tu día 89 de empleo continuo, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. • Si te inscribes llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición y antes del primer día del mes en el que cae tu día 89 de empleo continuo a tiempo completo, puedes optar para que la cubierta entre en vigor el primer día del mes en el que cae tu día número 89 de empleo continuo. En ese caso, las primas se deducirán de tu cheque de nómina, después de los impuestos y de manera retroactiva a la fecha de vigencia.

ASOCIADOS EXENTOS QUE SE TRASLADAN A PUESTOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O TEMPOREROS	
Transición de estatus	Fechas de vigencia y detalles de la cubierta
Estás dentro de los 60 días a partir de tu fecha de contratación pero no te has inscrito en los beneficios	<p>Tendrás 60 días para inscribirte a partir de la fecha en que ocurre tu transición de estatus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serás elegible para inscribirte en la cubierta médica y dental. Serás elegible para inscribirte en la cubierta para asociados solamente. Para más información, consulta los respectivos capítulos de esta Descripción Resumida del Plan. <ul style="list-style-type: none"> – Si te inscribes en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que te inscribes o en la fecha de inscripción.* • Tu cubierta de seguro de vida patronal se cancelará a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. Es posible que puedas convertir tu seguro de vida patronal a una póliza individual. <p>*La cubierta entrará en vigor el primer día del período de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha de inscripción, dependiendo de tu elección y de la manera en que te inscribes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si te inscribes en línea en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, la cubierta entrará en vigor en la fecha de inscripción. • Si te inscribes llenando el formulario de inscripción en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición, puedes optar para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición o en la fecha en que llenas el formulario de inscripción. Si optas para que la cubierta entre en vigor en el primer día del periodo de nómina en el que ocurre la transición, las primas se deducirán de tu cheque de nómina después de los impuestos y de manera retroactiva a la fecha de vigencia.
Estás dentro de los 60 días a partir de tu fecha de contratación y te has inscrito en los beneficios	<p>Tendrás 60 días para realizar una nueva inscripción a partir de la fecha en que ocurre tu transición de estatus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si estás inscrito en cubierta médica y dental, tu cubierta se ajustará a la cubierta para el asociado solamente a partir del primer día del periodo de nómina en que ocurre tu transición. Las cubiertas de asociado + cónyuge/pareja, asociado + hijo(s) o asociado + familia no están disponibles para los asociados a tiempo parcial o temporeros. Si estás inscrito en cubierta del plan Elite, tu cubierta se cambiará automáticamente al plan Premium. Encontrarás los detalles sobre los beneficios disponibles para los asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros en las tablas de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparecen anteriormente en este capítulo. • Tu inscripción en la cubierta de seguro de vida patronal se cancelará a partir del primer día del periodo de nómina después que ocurre tu transición. Es posible que puedas convertir tu seguro de vida patronal a una póliza individual. • Si te inscribiste en el seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes o seguro AD&D se cancelará tu cubierta a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. Es posible que puedas convertir tu seguro de vida opcional para asociados y para dependientes en pólizas individuales. • Si elegiste la cubierta del plan de incapacidad a largo plazo, se cancelará tu inscripción a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición.
Más de 60 días después de tu fecha de contratación	<p>Si estás inscrito en los beneficios actualmente, tendrás 60 días para realizar una nueva inscripción a partir de la fecha en que ocurre tu transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si estás inscrito en cubierta médica y dental, tu cubierta se ajustará a la cubierta para el asociado solamente a partir del primer día del periodo de nómina en que ocurre tu transición. Las cubiertas de asociado + cónyuge/pareja, asociado + hijo(s) o asociado + familia no están disponibles para los asociados a tiempo parcial o temporeros. Si estás inscrito en cubierta del plan Elite, tu cubierta se cambiará automáticamente al plan Premium. Encontrarás los detalles sobre los beneficios disponibles para los asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros en las tablas de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo que aparecen anteriormente en este capítulo. • Tu inscripción en la cubierta de seguro de vida patronal se cancelará a partir del primer día del periodo de nómina después que ocurre tu transición. Es posible que puedas convertir tu seguro de vida patronal a una póliza individual. • Si te inscribiste en el seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes o seguro AD&D se cancelará tu cubierta a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre tu transición. Es posible que puedas convertir tu seguro de vida opcional para asociados y para dependientes en pólizas individuales. • Si elegiste la cubierta del plan de incapacidad a largo plazo, se cancelará tu inscripción a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurra tu transición.

No puedes darte de baja de tu cubierta médica y dental durante el año del Plan. Puedes cambiar las elecciones durante cualquier inscripción anual futura o por motivo de un evento de cambio de estatus.

Órdenes de Manutención Médica Calificada de Menores (QMCSO)

Una Orden de Manutención Médica Calificada de Menores (QMCSO, por sus siglas inglés) es una orden de un tribunal o de una agencia administrativa que exige a un asociado o a otro padre o tutor proveer cubierta médica a los dependientes elegibles después de un divorcio o un proceso de adjudicación de custodia de menores. La ley federal requiere que el Plan provea beneficios médicos y/o dentales a cualquier dependiente de un participante del Plan obligado a hacerlo por una orden judicial que cumpla con las cualificaciones de una QMCSO.

Puedes obtener, gratuitamente, los procedimientos escritos para determinar si una orden cumple con los requisitos federales comunicándote con tu representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**.

Una vez el Plan determine que la orden es una QMCSO, la cubierta comenzará el primer día del periodo de nómina en el cual el Plan recibe la orden, a menos que se especifique otra fecha en la misma. Si eres elegible para el plan médico y dental y no elegiste cubierta antes de recibirse la orden, serás inscrito en el Plan Premium de 2022 predeterminado (Plan Elite en el caso de asociados exentos) con cubierta de asociado + hijo(s) a tarifas “libre de tabaco”, a menos que la QMCSO especifique lo contrario.

Si fuiste inscrito para la cubierta antes de recibirse la orden, tu hijo(a) será añadido(a) a tu cubierta actual. Tendrás 60 días para llamar a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR para seleccionar un plan médico alternativo.

Cuando el Plan reciba un QMCSO, aplicará las reglas a continuación:

- Si el Plan recibe una QMCSO cuando eres elegible pero antes de satisfacer el periodo de espera inicial para la cubierta médica, la orden se aplicará cuando hayas cumplido con dicho periodo.
- Si no eres elegible para la cubierta cuando el Plan reciba una QMCSO, se rechazará la orden.
- Si no eres elegible para la cubierta cuando el Plan reciba una QMCSO pero subsiguientemente adquieres elegibilidad, el Plan exigirá una nueva QMCSO antes de que pueda entrar en vigor la cubierta de tu dependiente.
- Si eres elegible para la cubierta cuando el Plan reciba una QMCSO y pierdes tu elegibilidad, y subsiguientemente la vuelves a adquirir, el Plan exigirá una nueva QMCSO antes de que pueda entrar en vigor la cubierta para tu dependiente.
- Si eres elegible para la cubierta cuando el Plan reciba una QMCSO y pierdes tu elegibilidad y subsiguientemente la vuelves a adquirir, el Plan exigirá una nueva QMCSO antes de que pueda entrar en vigor la cubierta para tu dependiente.

- Si eres elegible para cubierta y tienes una QMCSO vigente, y das por terminado tu empleo pero te recontratan y vuelves a ser elegible, el Plan exige una nueva QMCSO antes de que pueda entrar en vigor la cubierta.

Cuando el Administrador externo maneje la cubierta para un dependiente con una orden judicial, la información relacionada con dicho dependiente se compartirá únicamente con el custodio legal. Contacta a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** si tienes alguna duda.

DAR DE BAJA O CAMBIAR UNA CUBIERTA EXIGIDA POR UNA QMCSO

Puedes darte de baja de la cubierta ordenada por la QMCSO cuando aplique lo siguiente:

- La QMCSO fue finalizada por una orden de un tribunal o de una agencia administrativa: tendrás que solicitar el cambio en el término de 60 días.
- La QMCSO fue revocada mediante una orden de un tribunal o de una agencia administrativa.
- El menor que era objeto de la orden judicial alcanza la edad identificada para la terminación de la cubierta por el estado que emite la orden judicial. Contacta a la agencia estatal a cargo de las pensiones alimentarias para obtener los detalles.

Si la QMCSO es finalizada o revocada por una orden de un tribunal o de una agencia administrativa, la cubierta exigida por el tribunal terminará en la fecha especificada en la orden o en el primer día del periodo de nómina en el que el Plan recibe la orden. Si se recibe una orden para revocar la cubierta, esta será retirada retroactivamente y regresarás al estatus de cubierta que tenías antes de entrar en vigor la QMCSO, en la medida que lo permita la ley.

Cuando finalice una QMCSO, puedes cancelar la cubierta médica y dental de los menores identificados en la orden. No puedes darte de baja de tu propia cubierta ni de la cubierta de un dependiente que se haya añadido voluntariamente después de la fecha en que entró en vigor la QMCSO, a menos que ocurra un cambio de estatus para ti o el menor, o durante el periodo de inscripción anual.

Cuándo termina la cubierta del Plan

La cubierta del Plan de Salud y Bienestar para Asociados para ti y tus dependientes terminará en lo que ocurra primero entre:

- La terminación de tu empleo
- El último día de cubierta para la cual se pagaron las primas, si dejas de pagar las primas en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento de la prima
- En la fecha de tu muerte (del asociado), para ti y tus dependientes

- En la fecha de la muerte de un dependiente
- En la fecha en la que tú, tu cónyuge/pareja o hijo dependiente deja de ser elegible
- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio
- Al momento de una representación falsa o una presentación fraudulenta de una reclamación de beneficios o elegibilidad o
- Al momento de un acto de fraude o una tergiversación de un hecho material.

Si te das de baja de la cubierta voluntariamente después de un evento de cambio de estatus o en la inscripción anual, la cubierta termina de esta forma:

- **Después de un evento de cambio de estatus:** la cubierta termina en la fecha de efectividad del evento. Para más información, consulta [Eventos de cambio de estatus](#) en este capítulo.
- **En la inscripción anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Las deducciones de primas se retendrán de tu último cheque de nómina, ya que dichas deducciones pagarán la cubierta de ese periodo de nómina.

El plan médico

El Plan Médico para Asociados (PMA)	38
¿Qué se incluye en la cubierta del Plan Médico para Asociados?	38
Cómo presentar una reclamación médica	38
Si tienes cubierta con más de un plan médico	39
Interrupción en la cubierta	41
Cuándo termina la cubierta	41
Si dejas la compañía y te recontratan	42
Si te das de baja y te reinscribes	42
Información adicional sobre el plan médico	42

El plan médico

RECURSOS DEL PLAN MÉDICO PARA ASOCIADOS			
Encuentra lo que necesitas	En línea	Por teléfono	Otros recursos
Administrador Externo: beneficios médicos MCS Life	Visita mcs.com.pr	Servicio al cliente: 855-830-9887 o 787-945-1348 (TTY/TDD 866-627-8182)	MCS Life División de Servicio al Cliente P.O. Box 3547 San Juan, Puerto Rico 00919-3547
Obtener un directorio de la red de proveedores		Llama al número de teléfono del localizador de proveedores que aparece en la tarjeta del plan	
Obtener el costo de la cubierta médica	Visita One.Walmart.com	Llama a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065	
Plan de Asistencia al Empleado (EAP, por sus siglas en inglés)		Llama a MCS Life al 855-830-9887 o 787-945-1348 (TTY/TDD 866-627-8182)	
Administrador Externo: beneficios de farmacia			
MC-Rx	Visita mc-21.com	855-252-2292	MC-Rx Customer Service Department Call Box 4908 Caguas, Puerto Rico 00908

Lo que debes saber sobre los beneficios médicos

- La cubierta médica se ofrece por medio de MCS Life.
- La cubierta de farmacia se ofrece por medio de MC-Rx y se incluye si eliges cubierta médica.
- Los asociados exentos cuentan con el plan “Elite”.
- Los asociados no exentos a tiempo completo escogen entre el plan “Elite” y el plan “Premium”.
- Los asociados no exentos a tiempo parcial y temporeros cuentan con el plan “Premium”.

El Plan Médico para Asociados (PMA)

En Puerto Rico, la administración del Plan Médico para Asociados está a cargo de un Administrador Externo, MCS Life, que toma las determinaciones sobre las reclamaciones médicas basándose en la póliza médica del Plan, maneja las llamadas y procesa las reclamaciones. Este Administrador Externo también ofrece una red de proveedores que cobran tarifas de descuento a los participantes del Plan.

La cubierta de farmacia se ofrece por medio de MC-Rx y se incluye si eliges cubierta médica.

El Administrador Externo no asegura ninguno de los beneficios médicos del PMA. Consulta la tabla de [Recursos del Plan Médico para Asociados](#) al principio de este manual para ver el nombre y la dirección del Administrador Externo. Además, la tarjeta de del plan médico incluye la dirección y/o el número de Servicio al Cliente que puedes llamar para obtener información.

El beneficio médico se describe en un libro aparte que recibirás del Administrador Externo. Ese libro, llamado el Certificado de Beneficios, junto con las disposiciones adicionales expuestas aquí y en los capítulos de [Reclamaciones y apelaciones](#) e [Información legal](#), el Associates' Health and Welfare Plan Wrap Document (documento Wrap) y el capítulo sobre [Elegibilidad e inscripción](#) constituyen el Documento del Plan y la Descripción Resumida del Plan para el beneficio médico.

Para obtener información detallada sobre lo que cubre el Plan, consulta el Certificado de Beneficios del Plan de Salud proporcionado por MCS Life.

¿Qué se incluye en la cubierta del Plan Médico para Asociados?

El Plan Médico para Asociados (PMA) paga los beneficios de los gastos cubiertos, que son los cargos por concepto de procedimientos, servicios, equipo y suministros definidos por el Plan con las siguientes características:

- No exceden el cargo máximo permitido, que es determinado por el Administrador Externo
- Son médicamente necesarios (según se describe a continuación) y
- No exceden los límites del plan.

MEDICAMENTO NECESARIO

Médicamente necesario, por lo general, significa que el Plan ha determinado que el procedimiento, servicio, equipo o suministro:

- Es adecuado para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de una condición médica

- Se brinda para el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de la condición médica
- Está dentro de las normas de buena práctica médica y de la comunidad médica organizada
- No es principalmente para la conveniencia del paciente o el médico u otro proveedor del paciente y
- Es el procedimiento, servicio, equipo o suministro más adecuado (según se define en la próxima columna) que puede ofrecerse con seguridad.

"Más adecuado" significa que:

- Existe evidencia científica válida (por ejemplo, según MCG, antes las Milliman Care Guidelines) que demuestra que los beneficios médicos esperados del procedimiento, servicio, equipo o suministro son significativos desde el punto de vista clínico y producen mayor probabilidad de beneficio que otras alternativas posibles, sin un riesgo de daños o complicaciones desproporcionadamente mayor para el participante del Plan con la condición médica particular que se está tratando
- Se han intentado otras formas generalmente aceptadas de tratamiento que son menos invasivas y se ha encontrado que son ineficaces o de otra forma inadecuadas y
- En el caso de hospitalizaciones, es necesario dar cuidado agudo como paciente interno dado el tipo de servicio que recibe el participante del Plan o la gravedad de la condición médica, y la persona no puede recibir una atención segura y adecuada como paciente ambulatorio o en un entorno médico menos intensivo.

Cómo presentar una reclamación médica

Si usas un proveedor de la red, por lo general el proveedor presentará la reclamación en tu nombre. Si usas un proveedor fuera de la red, es posible que tengas que presentar la reclamación. Si tienes que presentar la reclamación por tu cuenta, la misma debe incluir la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Nombre, dirección y número de identificación de contribuyente del proveedor
- El número de contrato del plan del asociado (consulta la tarjeta del plan médico)
- Fecha del servicio
- Cantidad de los cargos
- Códigos de procedimientos médicos (deben aparecer en la factura) y
- Diagnóstico.

Para solicitar el formulario de reembolso, llama a MCS Life al **855-830-9887** o al **787-945-1348** (TTY/TDD **866-627-8182**). El formulario de reembolso incluye la dirección a la cual debes enviar la reclamación. De no enviar la reclamación por correo a la dirección correcta, esta podría denegarse.

Además, puedes llenar un formulario de reclamación en cualquier oficina de MCS Life.

Si no presentas o el proveedor no presenta la reclamación en el término de 12 meses a partir de la fecha del servicio, la reclamación será denegada.

Hay leyes que rigen la revisión de las reclamaciones. Las reclamaciones se determinarán en los mismos periodos de tiempo y según los mismos requisitos indicados en el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones**. Consulta el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones** para ver los detalles.

Cuando incurres en gastos médicos y se presenta una reclamación, los beneficios por servicios de la red se pagarán directamente al proveedor. El pago al proveedor releva al Plan de la obligación de pagarle el beneficio al asociado.

Si utilizas un proveedor fuera de la red, el pago podría ir directamente a ti cuando muestres prueba de pago total al proveedor. Dicho pago será lo que sea menor entre el costo total del servicio prestado y la tarifa que se le pagaría a un proveedor de la red por el mismo servicio, después de aplicarse el copago o coaseguro correspondiente. También se puede hacer el pago a un proveedor fuera de la red que acepte asignaciones, siempre que lo autorices expresamente. El proveedor, ya sea dentro o fuera de la red, no puede presentar apelaciones en tu nombre a menos que lo designes como representante autorizado, según se describe en el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones**, excepto cuando lo exige la ley estatal de Medicaid o una Orden de Manutención Médica Calificada de Menores. Ten presente que cualquier pago directo efectuado por el Plan al proveedor es únicamente para conveniencia tuya.

Tienes el derecho de apelar una reclamación denegada. Consulta el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones** para ver los detalles.

Si tienes cubierta con más de un plan médico

El plan médico tiene el derecho de coordinar con "otros planes" con los cuales tienes cubierta para que los beneficios médicos totales por pagar no excedan el nivel de beneficios pagadero según el PMA. "Otros planes" significa los siguientes tipos de cubierta médica:

- La cubierta de un programa gubernamental provisto o exigido por ley, que incluye ACA, en la medida que lo requiera un estatuto de seguro para vehículos de motor o una ley similar en las pólizas o los contratos
- Un seguro grupal u otra cubierta para grupos de personas, que incluye la cubierta de otro plan patronal o cubierta estudiantil obtenida a través de una institución educativa
- Cubiertas de planes de fideicomisos laborales, planes de sindicatos, planes de organizaciones patronales o planes de organizaciones de beneficios laborales
- Cubiertas de planes gubernamentales como Medicare o TRICARE, pero que no incluyen un plan estatal de Medicaid ni ningún otro plan gubernamental cuando, por ley, los beneficios sean secundarios a los de cualquier seguro privado de un programa no gubernamental y
- Pólizas o planes privados o de asociaciones para el reembolso de gastos médicos calificados por grupos o individuos.

Si tienes cubierta con más de un plan, se designa a uno de ellos como plan primario. El plan primario paga primero e ignora los beneficios pagaderos por otros planes al determinar los beneficios. Cualquier otro plan se designa como plan secundario que paga los beneficios después del plan primario. Un plan secundario reduce sus beneficios según los beneficios pagaderos bajo "otros planes" y podría limitar los beneficios que paga.

Deberás observar los términos del seguro primario a fin de que el Plan pague como pagador secundario.

Estas reglas aplican independientemente de si se presenta o no una reclamación al otro plan. Si no se presenta una reclamación al otro plan y el otro plan es el primario, se retrasarán o denegarán los beneficios del PMA hasta que se reciba una explicación de los beneficios que muestre una reclamación hecha al plan primario.

El PMA no coordinará como pagador secundario ningún copago que hagas con relación a otro plan o con relación a reclamaciones de medicamentos con receta.

Si resides en Puerto Rico, donde es obligatoria la cubierta de ACA, la cubierta de protección contra lesiones personales o la cubierta para pagos médicos, dicha cubierta es primaria y el PMA es secundario. El PMA reduce los beneficios en una cantidad igual a, pero no menor de, el requisito mínimo obligatorio del estado.

Otras reglas:

- El PMA tiene prioridad con relación a su derecho de reducción, reembolso y subrogación.
- El PMA no coordinará beneficios con un Health Management Organization (HMO) o plan similar de atención médica administrada en la que solo pagas un copago o una cantidad fija en dólares.

CÓMO SE COORDINA EL PMA CON OTROS PLANES			
	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
Si otro plan paga como primario el:	80%	80%	0%
Y el pago del PMA es de:	75%	100%	80%
El beneficio total del PMA es de:	0%	20%	80%

CÓMO SE DETERMINA CUAL PLAN ES EL PRIMARIO

Un plan sin una cláusula de coordinación siempre es el primario. El PMA tiene una cláusula de coordinación. Si todos los planes tienen una cláusula de coordinación, aplicará lo siguiente:

- El PMA siempre es pagador secundario a la cubierta de ACA y de cualquier cubierta de protección contra lesiones personales y de pagos médicos que tengas disponible. En el caso de que el PMA pague beneficios como resultado de lesiones o enfermedades sufridas por ti y otra parte (por ejemplo, una compañía de seguro) tiene la responsabilidad primaria de cubrir tus gastos médicos, el PMA tiene derecho a un reembolso de los beneficios. Consulta el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#) para obtener más información.
- El plan que cubre al participante que origina la reclamación, que no sea un dependiente, paga primero y el otro plan paga segundo.
- Si el participante tiene cubierta de un plan médico para retirados que incluye una cláusula de coordinación de beneficios, registrará la cláusula.
- En el caso de reclamaciones para hijos dependientes, el plan del padre/madre cuyo cumpleaños ocurre primero durante el año natural es el primario.
- Cuando los cumpleaños de ambos padres ocurren el mismo día, el plan que haya cubierto al dependiente por un periodo más largo de tiempo es el primario.
- Cuando los padres de un hijo dependiente se divorcian o se separan, o cuando termina la unión de hecho o relación legal, y el padre/madre que tiene la custodia no se ha vuelto a casar, el plan de ese padre/madre es primario.

- Cuando el padre/madre que tiene la custodia se ha vuelto a casar o ha comenzado una unión de hecho con otra persona, el plan de ese padre/madre es primario, el plan del padrastro o la madrastra es secundario y el plan del padre/madre que no tiene la custodia pagará último.
- En el caso de que exista un decreto del tribunal que establezca la responsabilidad económica de los gastos médicos del hijo, el plan que cubre al padre/madre con dicha responsabilidad económica es primario.
- Si estas reglas no establecen el orden de determinación de beneficios, el plan que haya cubierto por un periodo más largo de tiempo al participante que origina la reclamación será el primario.
- Si tu cubierta se provee conforme a un derecho de continuación de cubierta bajo la ley federal o estatal (por ejemplo, la Ley COBRA), y también tienes otro plan que te cubre como empleado, socio, suscriptor o retirado (o como dependiente de esa persona) este último plan es el primario, y la cubierta de continuación es secundaria. Si el otro plan no tiene esta regla y los planes no se ponen de acuerdo en cuanto al orden de los beneficios, esta regla no aplicará.

CUANDO TIENES O UN DEPENDIENTE TIENE CUBIERTA DE MEDICAID

Si tú o tu dependiente es participante del PMA y también tiene cubierta de Medicaid, el PMA pagará antes de Medicaid.

El PMA no tendrá en cuenta la cubierta de Medicaid para fines de inscripción o pago de beneficios.

Mientras tienes cubierta de Medicaid, el PMA tiene que pagar beneficios, pero el plan estatal los paga primero, el pago del PMA se efectuará conforme a cualquier ley estatal pertinente que disponga que dicho pago se hará al estado.

CUANDO ERES ELEGIBLE O UN DEPENDIENTE ES ELEGIBLE PARA MEDICARE O ESTÁ INSCRITO EN MEDICARE

Si estás inscrito en Medicare Parte D, no cualificas para inscribirte en el PMA. Si tu dependiente está inscrito en Medicare Parte D y tú no, cualificarás para inscribirte en el PMA, pero el dependiente no sería elegible para dicha cubierta.

En general, la Ley de Seguro Social exige que el PMA sea el pagador primario si tú o tu dependiente es elegible o está inscrito en la Parte A o las Partes A y B de Medicare y cumples con uno de los criterios a continuación:

- Estás empleado por la compañía en la actualidad y tienes 65 años de edad o más
- Estás empleado por la compañía en la actualidad y tu cónyuge/pareja tiene 65 años de edad o más

- Eres un participante activo o un participante de COBRA con derecho a Medicare por motivo de enfermedad renal en etapa terminal, pero solo para el primer periodo de 30 meses de elegibilidad para cubierta de Medicare (ya sea que estés realmente inscrito o no en Medicare durante este periodo)
- Tienes menos de 65 años de edad y tienes derecho a Medicare debido a una incapacidad y tienes cubierta del PMA debido a tu empleo con la compañía o
- Tu dependiente tiene menos de 65 años de edad y tiene derecho a Medicare debido a una incapacidad y tiene cubierta del PMA debido a tu empleo con la compañía.

El PMA será secundario si tú o tu dependiente está inscrito en Medicare y cumple con uno de los criterios a continuación:

- Tú o tu dependiente es un participante de COBRA, excepto en el caso de inscripción en Medicare debido a enfermedad renal en etapa terminal, para lo cual el PMA es primario durante los primeros 30 meses de elegibilidad para cubierta de Medicare o
- Tú o tu dependiente es un participante activo o participante de COBRA con derecho a Medicare por motivo de enfermedad renal en etapa terminal, después de agotarse el periodo de coordinación de 30 meses de Medicare.

SI TIENES 65 AÑOS DE EDAD O MÁS Y ERES UN ASOCIADO ACTIVO

Si aún trabajas para la compañía, puedes continuar la cubierta del PMA. Si también tienes Medicare, el PMA por lo general será el plan primario y Medicare será el secundario. Debes presentar la reclamación al PMA primero.

También puedes elegir darte de baja de la cubierta del PMA y escoger Medicare como cubierta primaria. Si escoges Medicare como cubierta primaria, no puedes elegir el PMA como plan secundario.

CUBIERTA POR LESIONES PERSONALES O CUBIERTA PARA PAGOS MÉDICOS EXIGIDA POR EL ESTADO

Si resides en Puerto Rico, donde es obligatoria la cubierta de ACA, la cubierta de protección contra lesiones personales o la cubierta para pagos médicos, dicha cubierta es primaria y el PMA es secundario. El PMA reduce los beneficios en una cantidad igual a, pero no menor de, el requisito mínimo obligatorio del estado.

Interrupción en la cubierta

Podría haber ocasiones en las que tienes que hacer arreglos especiales para pagar las primas del seguro médico a fin de evitar una interrupción en la cubierta. Estas situaciones ocurren mayormente cuando estás de licencia o cuando el cheque de nómina no es suficiente para pagar toda tu parte del costo de cubierta (por ejemplo, después de una reducción de horas). No efectuar los pagos de la prima a la fecha de vencimiento podría causar una interrupción en el pago de cualquier reclamación de beneficios y/o una interrupción en la cubierta.

Para ver los detalles sobre el impacto que podría tener una interrupción en la cubierta y sobre cómo efectuar pagos personales para continuar con la cubierta, consulta la sección [Cuando es necesario hacer arreglos para mantener la cubierta](#) en el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#).

SI TE VAS DE LICENCIA

Puedes continuar la cubierta hasta el último día de una licencia aprobada, siempre y cuando pagues las primas antes de comenzar la licencia o durante la misma. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras estás de licencia, consulta el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#).

Cuándo termina la cubierta

La cubierta termina en tu último día de empleo o cuando dejes de ser elegible según los términos del PMA. La cubierta de tus dependientes termina cuando termine tu cubierta o cuando el dependiente ya no sea elegible (según se define en el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#)). Tú y los miembros de tu familia inscritos podrían ser elegibles para continuación de cubierta bajo la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1985, según enmendada (Ley COBRA). Consulta el capítulo sobre la cubierta de [COBRA](#) para obtener información adicional.

Si la cubierta se cancela debido a que no hiciste los pagos requeridos de las primas, la cubierta termina en la fecha de cancelación. Consulta [El pago de tus beneficios](#) en el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#) para más detalles. No existe el derecho a la continuación de cubierta de COBRA cuando la cubierta se cancela debido al incumplimiento en el pago de las aportaciones requeridas.

Si te das de baja de la cubierta voluntariamente después de un evento de cambio de estatus o en la inscripción anual, la cubierta termina de esta forma:

- **Después de un evento de cambio de estatus:** la cubierta termina en la fecha de efectividad del evento. Consulta [Eventos de cambio de estatus](#) en el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#) para más información.
- **En la inscripción anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Si dejas la compañía y te reconstruyen

Si tu empleo termina y regresas al trabajo en el término de 13 semanas, se te reinscribirá automáticamente en la cubierta anterior (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan). Si regresas después de 30 días pero en el término de 13 semanas, tendrás 60 días después de regresar al trabajo para darte de baja de la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente.

Si regresas al trabajo después del término de 13 semanas, te considerarán recién elegible y podrás inscribirte en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#).

Si te das de baja y te reinscribes

Si te das de baja y te reinscribes en el término de 30 días, te reinscribirán automáticamente en la misma cubierta que tenías antes de irte de la compañía (o la cubierta más similar ofrecida por el PMA).

Si te das de baja y te reinscribes después del término de 30 días, se te considerará recién elegible y podrás inscribirte en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#).

SI SE DA DE BAJA A UN DEPENDIENTE Y SE REINSCRIBE

Si se da de baja de la cubierta a un hijo dependiente y luego se determina que es elegible para cubierta en el término de 30 días, el dependiente será reinscrito automáticamente en la misma cubierta que eliges para ti mismo.

Si tu dependiente recupera la elegibilidad y lo reinscriben después de los 30 días, será considerado como dependiente recién elegible. El asociado puede inscribir al dependiente en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#).

Información adicional sobre el plan médico

LEY DE SALUD DE LA MUJER Y DERECHOS DE PACIENTES DE CÁNCER DE 1988

La Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer de 1988 exige que todos los planes médicos grupales que ofrecen beneficios médicos y quirúrgicos con relación a mastectomías provean cubierta para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se ha realizado la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para fines de producir un aspecto simétrico y
- Prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas, de manera determinada en consulta con el médico responsable y la paciente.

Dicha cubierta podría estar sujeta a deducibles anuales y cláusulas de coaseguro según se consideren apropiadas y sean compatibles con lo establecido por otros beneficios del PMA o la cubierta. Se entregará a la paciente notificación escrita de la disponibilidad de dicha cubierta al momento de inscripción y anualmente en adelante. Para obtener información adicional, llama al **855-830-9887**.

El plan dental

Administración del plan dental	46
Cómo presentar una reclamación dental	46
Interrupción en la cubierta	47
Cuándo termina la cubierta dental	47
Si dejas la compañía y te recontratan	48
Si te das de baja y te reinscribes	48

El plan dental

Los dientes son muy importantes para la salud en general. El plan dental ofrece cubierta para una amplia gama de servicios dentales a fin de ayudarte a proteger una de tus cualidades personales y profesionales más valiosas: tu sonrisa.

RECURSOS DEL PLAN DENTAL			
Encuentra lo que necesitas	En línea	En línea	Otros recursos
Obtener una lista de dentistas de la red de proveedores	deltadentalpr.com	Servicio al cliente: 855-359-6409	Delta Dental of Puerto Rico P.O. Box 9020992 San Juan, Puerto Rico 00902-0992
Para aclarar dudas sobre las reclamaciones dentales y comunicarte con Servicio al Cliente de Delta Dental	Visita deltadentalpr.com o consulta con el representante de RH	Llama al número de teléfono localizado en la tarjeta de del plan dental: 855-359-6409	
Obtener un formulario de reclamación cuando visitas un dentista fuera de la red		Llama al número de teléfono del localizador de proveedores que aparece en la tarjeta del plan médico: 855-359-6409	Contacta al representante de RH

Lo que debes saber sobre el plan dental

- La cubierta dental se ofrece por medio de Delta Dental of Puerto Rico.
- Los asociados exentos cuentan con el plan “Elite”.
- Los asociados no exentos a tiempo completo escogen entre el plan “Elite” y el plan “Premium”.
- Los asociados no exentos a tiempo parcial y temporeros cuentan con el plan “Premium”.

Administración del plan dental

En Puerto Rico, la administración del plan dental está a cargo de un Administrador Externo (Third Party Administrator, TPA), Delta Dental of Puerto Rico, que toma las determinaciones sobre las reclamaciones dentales según la póliza dental del Plan, maneja las llamadas y procesa las reclamaciones. Este Administrador Externo también ofrece una red de proveedores que cobran tarifas de descuento a los participantes del Plan.

El Administrador Externo no asegura ninguno de los beneficios dentales del Plan. Consulta la tabla de [Recursos del plan dental](#) al principio de este manual para ver el nombre y la dirección del Administrador Externo.

El beneficio dental se describe en un libro aparte que recibirás del Administrador Externo. Ese libro, el Certificado de Beneficios del Plan de Salud, junto con las disposiciones adicionales expuestas aquí y en los capítulos de [Reclamaciones y apelaciones](#) e [Información legal](#), el Documento de Resumen o Documento Wrap (Associates' Health and Welfare Plan Wrap Document) y el capítulo sobre [Elegibilidad e inscripción](#) constituyen el Documento del Plan y la Descripción Resumida del Plan para el beneficio dental.

Para obtener información detallada sobre lo que cubre el Plan, consulta el Certificado de Beneficios del Plan de Salud proporcionado por Delta Dental.

Los asociados no exentos a tiempo completo son elegibles para inscribirse en el plan dental Elite o el Premium. Los asociados no exentos a tiempo parcial o los asociados temporeros son elegibles para inscribirse en el plan dental Premium. Los asociados exentos son elegibles para inscribirse en el plan dental Elite. Para obtener información detallada sobre los beneficios cubiertos y la cubierta máxima por socio, consulta el Certificado de Beneficios del Plan de Salud de 2022.

Cuando te inscribas en el plan dental, también seleccionarás los miembros elegibles de tu familia para los cuales deseas cubierta:

- Asociado solamente
- Asociado + cónyuge/pareja
- Asociado + hijo(s) o
- Asociado + familia

Para obtener información sobre la elegibilidad de los dependientes y cuándo estos pueden inscribirse, consulta el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).

Cómo presentar una reclamación dental

Si usas un dentista de la red de proveedores, por lo general el dentista presentará la reclamación en tu nombre. Si utilizas un dentista fuera de la red, es posible que tengas que presentar la reclamación (solicitar reembolso). El dentista puede recibir el pago directamente del plan dental si está dentro de la red. Si utilizas un dentista fuera de la red, el pago irá directamente a ti.

Tú o tu proveedor dental deberá presentar la reclamación en el término de 12 meses o esta se denegará. Envía la reclamación por correo a:

Delta Dental of Puerto Rico
P.O. Box 9020992
San Juan, Puerto Rico 00902-0992

De no enviar la reclamación por correo a la dirección correcta, esta podría denegarse.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN DE RECETAS DENTALES

Si no tienes cubierta médica con el Plan, no tendrás cubierta para recetas dentales con el plan. Si tienes cubierta médica con el Plan, las recetas dentales tendrán la misma cubierta que las recetas médicas.

SI TIENES CUBIERTA CON MÁS DE UN PLAN DENTAL

Si tienes o un miembro de tu familia tiene cubierta con el plan dental y también con otro plan dental (por ejemplo, el plan patronal de tu cónyuge/pareja), es posible que aplique la coordinación de beneficios. El plan dental tiene el derecho de coordinar con otros planes que te cubren a fin de que el total de beneficios dentales pagaderos no excedan del nivel de beneficios de otra forma pagaderos por el plan dental.

Si tienes cubierta con más de un plan, se designa a uno de ellos como plan primario. El plan primario paga primero e ignora los beneficios pagaderos por otros planes al determinar los beneficios. Cualquier otro plan se designa como plan secundario que paga los beneficios después del plan primario. Un plan secundario reduce tus beneficios por la cantidad de beneficios pagaderos por "otros planes" y podría limitar los beneficios que paga.

Deberás observar los términos del seguro primario a fin de que el Plan pague como pagador secundario.

Estas reglas aplican independientemente de si se presenta o no una reclamación al otro plan. Si no se presenta una reclamación, se retrasarán o denegarán los beneficios del plan dental hasta que se reciba una explicación de los beneficios que muestre una reclamación hecha al plan primario.

CÓMO SE COORDINA EL PLAN DENTAL CON OTROS PLANES			
	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
Si otro plan paga como primario al:	80%	80%	0%
Y el pago del plan dental es de:	80%	100%	80%
El beneficio total del plan dental es de:	0%	20%	80%

CÓMO SE DETERMINA CUAL PLAN ES EL PRIMARIO

Un plan sin una cláusula de coordinación siempre es el primario. El plan dental tiene una cláusula de coordinación. Si todos los planes tienen una cláusula de coordinación, aplicará lo siguiente:

- El plan que cubre al participante que origina la reclamación, que no sea un dependiente, paga primero y el otro plan paga segundo.
- En el caso de reclamaciones para hijos dependientes, el plan del padre/madre cuyo cumpleaños ocurre primero durante el año natural es el primario.
- Cuando los cumpleaños de ambos padres ocurren el mismo día, el plan que haya cubierto al dependiente por un periodo más largo de tiempo es el primario.
- Cuando los padres de un hijo dependiente se divorcian o se separan, o cuando termina la unión de hecho o relación legal, y el padre/madre que tiene la custodia no se ha vuelto a casar, el plan de ese padre/madre es primario.
- Cuando el padre/madre que tiene la custodia se ha vuelto a casar o ha comenzado una unión de hecho con otra persona, el plan de ese padre/madre es primario, el plan del padrastro o la madrastra es secundario y el plan del padre/madre que no tiene la custodia pagará último.
- En el caso de que exista un decreto del tribunal que establezca la responsabilidad económica de los gastos médicos del hijo, el plan que cubre al padre/madre con dicha responsabilidad económica es primario.
- Si estas reglas no establecen el orden de determinación de beneficios, el plan que haya cubierto por un periodo más largo de tiempo al participante que origina la reclamación será el primario.

Si tu cubierta se provee conforme a un derecho de continuación de cubierta bajo la ley federal o estatal (por ejemplo, la Ley COBRA), y también tienes otro plan que te cubre como empleado, socio, suscriptor o retirado (o como dependiente de esa persona), este último plan es el primario, y la cubierta de continuación es secundaria. Si el otro plan no tiene esta regla y los planes no se ponen de acuerdo en cuanto al orden de los beneficios, esta regla no aplicará.

Interrupción en la cubierta

Podría haber ocasiones en las que tienes que hacer arreglos especiales para pagar las primas del seguro médico a fin de evitar una interrupción en la cubierta. Estas situaciones ocurren mayormente cuando estás de licencia o cuando el cheque de nómina no es suficiente para pagar toda tu parte del costo de cubierta (por ejemplo, después de una reducción de horas). No efectuar los pagos de la prima a la fecha de vencimiento podría causar una interrupción en el pago de cualquier reclamación de beneficios y/o una interrupción en la cubierta.

Para ver los detalles sobre el impacto que podría tener una interrupción en la cubierta y sobre cómo efectuar pagos personales para continuar con la cubierta, consulta la sección **Cuando es necesario hacer arreglos para mantener la cubierta** en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**.

SI TE VAS DE LICENCIA

Puedes continuar la cubierta hasta el último día de una licencia aprobada, siempre y cuando pagues las primas antes de comenzar la licencia o durante la misma. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras estás de licencia, consulta **Cuando es necesario mantener arreglos especiales para mantener la cubierta** en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**.

Cuándo termina la cubierta dental

La cubierta termina en tu último día de empleo o cuando dejes de ser elegible según los términos del Plan. La cubierta de tus dependientes termina cuando termine tu cubierta o cuando el dependiente ya no sea elegible según se define en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**. Tú y los miembros de tu familia inscritos podrían ser elegibles para continuación de cubierta bajo la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1985, según enmendada (Ley COBRA). Para obtener información adicional, consulta el capítulo sobre la cubierta de **COBRA**.

Si la cubierta se cancela debido a que no hiciste los pagos requeridos de las primas, la cubierta termina en la fecha de cancelación. Consulta El pago de tus beneficios en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción** para más detalles. No existe el derecho a la continuación de cubierta de COBRA cuando la cubierta se cancela debido al incumplimiento en el pago de las aportaciones requeridas.

Si te das de baja de la cubierta voluntariamente después de un evento de cambio de estatus o en la inscripción anual, la cubierta termina de esta forma:

- **Después de un evento de cambio de estatus:** la cubierta termina en la fecha de efectividad del evento. Consulta [Eventos de cambio de estatus e inscripción](#) en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#) para más información.
- **En la inscripción anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Si dejas la compañía y te reconstruyen

Si regresas a trabajar para la compañía en el término de 13 semanas, te reinscribirán automáticamente en la misma cubierta que tenías antes de irte de la compañía (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan). Si la interrupción es de más de 30 días, pero menos de 13 semanas, tendrás 60 días después de regresar al trabajo para darte de baja de la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente.

Si regresas al trabajo después del término de 30 días, te considerarán recién elegible y podrás inscribirte en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).

Si regresas al trabajo después del término de 13 semanas, te considerarán recién elegible y podrás inscribirse en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).

Si te das de baja y te reinscribes

Si te das de baja y te reinscribes en el término de 30 días, te reinscribirán automáticamente en la misma cubierta que tenías antes de irte de la compañía (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan).

Si te das de baja del Plan y te reinscribes después del término de 30 días, te considerarán recién elegible y podrás inscribirte en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).

SI SE DA DE BAJA A UN DEPENDIENTE Y SE REINSCRIBE

Si se da de baja de la cubierta a un hijo dependiente y luego se determina que es elegible para cubierta en el término de 30 días, el dependiente será reinscrito automáticamente en la misma cubierta que eliges para ti.

Si tu dependiente recupera la elegibilidad y lo reinscriben después de los 30 días, será considerado como dependiente recién elegible. Podrás inscribir a tu dependiente en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).

COBRA

Continuación de cubierta de COBRA	52
Eventos cualificados para COBRA	52
El pago de los beneficios de COBRA	54
Cuánto dura la cubierta de COBRA	55
Cuándo termina la cubierta de COBRA	57

COBRA

Si pierdes o uno de tus dependientes cubiertos pierde la cubierta médica o dental debido a un evento cualificado, la ley federal conocida como COBRA podría permitirte continuar dicha cubierta por un periodo de tiempo definido por cuenta propia.

RECURSOS DE COBRA	
Encuentra lo que necesitas	Otros recursos
Contacta la División de Beneficios de la Oficina Central de PR en el término de 60 días después de un divorcio, la finalización de la relación con tu pareja (según se define en este capítulo) o cuando un dependiente deja de ser elegible.	Llama al 787-653-1065
Contacta a Alight Solutions, el Administrador Externo para la cubierta de COBRA	Llama al 877-660-6630
Pagar la prima de COBRA	Llama al 877-660-6630

Lo que debes saber sobre tus derechos conforme a la Ley COBRA

- COBRA, (siglas de Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), una ley federal de 1985, podría aplicarse cuando ocurre un “evento cualificado” que de otra forma provocaría la pérdida de tu cubierta médica o dental o la de un dependiente cubierto. Describiremos los eventos cualificados en este capítulo. El Plan extiende la continuación de la cubierta de COBRA para ti y todos tus dependientes elegibles.
- Para beneficios médicos y dentales, la continuación de la cubierta de COBRA puede continuar por hasta 18 a 36 meses dependiendo del evento cualificado. Los 18 meses pueden extenderse a 29 meses bajo ciertas circunstancias cuando existe una incapacidad.
- Si experimentas un evento cualificado y adquieres el derecho a los beneficios de COBRA, tus beneficios de Resources for Living continúan automáticamente por 18 meses a partir de la fecha del evento cualificado (o la duración máxima para la cual serías elegible para la cubierta de COBRA). No tienes que presentar una reclamación para continuar recibiendo los beneficios de Resources for Living.
- El Plan contrata a Alight Solutions, un Administrador Externo, para administrar la cubierta de COBRA. Las referencias a COBRA en esta sección indican la cubierta de continuación del Plan, que podría ser más favorable para los participantes y dependientes que la cubierta de continuación requerida por la Ley COBRA.
- Hay reglas estrictas y fechas límites para inscribirse en la cubierta de continuación de COBRA, según se describen en este capítulo. Debes leer el capítulo con detenimiento, ya que incumplir estas reglas podría dar como resultado la pérdida de tu derecho a elegir cubierta de continuación de COBRA. Si tienes alguna pregunta o necesitas ayuda con la inscripción, llama al **877-660-6630**.

Continuación de cubierta de COBRA

En el caso de que termine tu cubierta médica o dental del plan o la de tus dependientes elegibles, es posible que puedan continuar con la cubierta conforme a las disposiciones de continuación de cubierta del plan, que cumplen con las disposiciones de continuación de cubierta de la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1985, según enmendada (Ley COBRA).

Un evento que hace elegible al asociado y/o a sus dependientes para la cubierta de COBRA se llama "evento cualificado" o "evento que califica", como, por ejemplo, la terminación de empleo o la pérdida de elegibilidad para los beneficios. Según la ley COBRA, cada persona que pierde su cubierta después de un evento cualificado se considera un "beneficiario cualificado". Cada beneficiario cualificado tiene el derecho independiente de elegir la cubierta de COBRA.

Es necesario que tengas cubierta médica o dental del Plan el día antes de la fecha del evento cualificado a fin de ser elegible para la cubierta de COBRA, a menos que la cubierta terminara durante una licencia, según se describe más adelante. Podrás continuar con la misma cubierta médica o dental que tenías el día antes del evento que califica. Puedes elegir un nivel inferior o seleccionar un plan médico alternativo, si corresponde. La continuación de cubierta de COBRA aplica a la cubierta médica y dental; no aplica a otros beneficios descritos en este Manual de Beneficios del Asociado.

El Plan también provee cubierta de continuación para el programa Resources for Living (Recursos de Vida). Para obtener información adicional consulta el capítulo sobre [Resources for Living](#).

SI ESTÁS DE LICENCIA

Por lo general, si tu licencia termina y no regresas al trabajo, te ofrecerán a ti y a cualquier dependiente elegible inscrito en la cubierta médica o dental del Plan la opción de la cubierta de COBRA, que comenzará a partir de la fecha en que termina tu empleo. Es necesario que tú o tus dependientes elegibles llamen a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** no más de 60 días después de la fecha en que termina tu empleo para solicitar la cubierta de COBRA.

Si estabas inscrito o uno de tus dependientes estaba inscrito en cubierta médica o dental del Plan el día antes de comenzar la licencia, pero te diste de baja durante la licencia o tu cubierta fue cancelada debido a falta de pago de las primas durante la licencia, te ofrecerán cubierta de COBRA cuando termine tu empleo. Es necesario que tú o tus dependientes elegibles llamen a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** no más de 60 días después de

la fecha en que termina tu empleo para solicitar la cubierta de COBRA. Si eliges cubierta de COBRA, esta comenzará a partir de la fecha de terminación de empleo. Esto significa que si tú o un dependiente elegible elige la cubierta de COBRA al final de una licencia durante la cual te diste de baja de la cubierta o la misma fue cancelada, la cubierta de COBRA elegida no entrará en vigor de forma retroactiva a la fecha en que te diste de baja o fue cancelada la cubierta, sino en la fecha en que se dio por terminado tu empleo.

Eventos cualificados para COBRA

Cualificas para la cubierta de COBRA si tu cubierta médica o dental termina debido a que:

- El empleo con Walmart termina por cualquier razón o
- Dejas de ser elegible para la cubierta médica o dental porque se han reducido las horas que trabajas para Walmart regularmente, lo cual te hace inelegible para la cubierta del Plan.

Tu cónyuge o pareja es elegible para COBRA si la cubierta termina por cualquiera de las razones a continuación:

- Tu empleo con Walmart termina por cualquier razón
- Tu cónyuge o pareja deja de ser elegible para la cubierta médica o dental porque se han reducido las horas que trabajas para Walmart regularmente, lo cual hace a tu cónyuge o pareja inelegible para la cubierta del Plan.
- Te divorcias o te separas legalmente de tu cónyuge
- Tú y tu pareja ya no cumplen con la definición de "relación de pareja" para fines del Plan (consulta el capítulo de Elegibilidad e inscripción para ver la definición de "pareja").
- Te inscribes en los beneficios de la Parte D de Medicare, lo que hace que tu cubierta médica termine (debes llamar a la División de Beneficios de la Oficina central al **787-653-1065** en el término de 60 días después de inscribirte en la Parte D de Medicare) o
- Si falleces.

Los dependientes elegibles que no sean tu cónyuge o pareja, califican para la cubierta de COBRA si la cubierta del dependiente termina debido a cualquiera de las siguientes razones:

- Tu empleo con Walmart termina por cualquier razón
- Tu dependiente elegible deja de ser elegible para la cubierta médica o dental porque se han reducido las horas que trabajas para Walmart regularmente, lo cual hace a tu dependiente inelegible para la cubierta del Plan
- Te inscribes en los beneficios de la Parte D de Medicare, lo que hace que tu cubierta médica termine. (Es necesario que tú o tu dependiente elegible llame a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** en el término de 60 días después de inscribirte en la Parte D de Medicare).

- Un hijo dependiente deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad (por ej., tu dependiente cumple los 26 años) o
- Si falleces.

NOTIFICACIÓN

En general, Walmart notificará a Alight Solutions, el Administrador Externo del Plan para la cubierta de COBRA, si tu o tus dependientes son elegibles a la continuación de cubierta de COBRA debido tu fallecimiento, terminación de empleo o reducción de horas de trabajo por lo cual pierdes cubierta bajo el Plan, o si te inscribes en la Parte D de Medicare. Es necesario que tu o tu dependiente elegible llamen a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR si te inscribes en la Parte D de Medicare. Por lo general, Walmart notificará al administrador de COBRA en el plazo de 30 días después del evento cualificado.

Según la ley, tu o tu dependiente elegible es responsable de llamar a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR para notificar tu divorcio, separación legal, finalización de relación de pareja o la pérdida de estatus de dependiente de un hijo o hija. La notificación debe hacerse en el plazo de 60 días después del evento cualificado (o la fecha en la cual la cubierta terminaría debido al evento cualificado, de ser después). Tú o tu dependiente elegible pueden dar notificación a nombre tuyo, así como de cualquier dependiente elegible que haya sido afectado por el evento cualificado. El evento cualificado se notifica a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR llamando al **787-653-1065**.



La ley federal responsabiliza al asociado o a sus dependientes elegibles de notificar a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR en el término de 60 días después de un divorcio, separación legal, finalización de su relación de pareja o cuando sus dependientes pierden elegibilidad, o la fecha en la que termina su cubierta del Plan como resultado de uno de estos eventos. Si tu o tus dependientes elegibles no notifican a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR en el plazo de 60 días, los dependientes no cualificarán para la cubierta de COBRA.

Tu o tus dependientes elegibles también tendrán que notificar al administrador de COBRA por teléfono o por escrito de un segundo evento o incapacidad de Seguro Social que le cualifica a fin de extender el periodo de cubierta de COBRA. Para el Plan no serán vinculantes otras formas de notificación. Si no se notifica a tiempo de un segundo evento cualificado o una solicitud de prórroga en el plazo de 60 días a partir de la fecha de dicho evento o la fecha en que tu pierdes (o perderás) tu cubierta como resultado de un segundo evento cualificado, los derechos de continuación de cubierta conforme a la Ley COBRA caducarán en la fecha en que termina el periodo inicial de tu cubierta de COBRA o de tu dependiente elegible.

El aviso deberá incluir la información que sigue para todo asociado con cubierta:

- Nombre
- Dirección
- Tipo de evento cualificado
- Fecha del evento cualificado
- Nombre del dependiente que pierde la cubierta
- Dirección del dependiente que pierde la cubierta (si es distinta a la tuya).

Si no te comunicas con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR en el plazo de 60 días, perderás el derecho a elegir la continuación de cubierta de COBRA. Para proteger los derechos de tu familia, notifica a la División de beneficios de la Oficina Central de PR de cualquier cambio de dirección de tus familiares. Debes guardar una copia de cualquier notificación que envíes a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR o Alight Solutions para tus registros.

INSCRIPCIÓN EN COBRA

En el plazo de 14 días después de que el administrador de COBRA reciba notificación de un evento cualificado, el administrador de COBRA enviará, en nombre del Plan, un aviso de elección de COBRA a ti y a tus dependientes elegibles a la última dirección conocida. El aviso de elección describirá tu derecho a continuar con la cubierta médica o dental conforme a la Ley COBRA. (Si no recibes esta notificación, llama al administrador de COBRA al **877-660-6630**). Para recibir la continuación de cubierta de COBRA, deberás elegir dicha cubierta a través del administrador de COBRA en el plazo de 60 días naturales a partir de la fecha que pierdes la cubierta, o, de ser después, la fecha del aviso de elección. Puedes comunicarte con el administrador de COBRA llamando al **877-660-6630**. Si eliges COBRA, notifica al administrador de COBRA de cualquier cambio de dirección. Si no eliges la continuación de cubierta de COBRA en el plazo de 60 días, perderás tu derecho a solicitarla.

NOTA: Te podrían pedir documentación del evento cualificado para poder recibir la cubierta de COBRA.

Tanto tú como cada uno de tus dependientes elegibles tienen derecho de elección independiente. Puedes elegir cubierta de COBRA para todos los miembros de tu familia que hayan perdido la cubierta debido al evento cualificado. Uno de los padres o el tutor legal puede elegir la cubierta de COBRA en nombre de sus dependientes elegibles menores de edad. Un hijo nacido o colocado para adopción mientras recibes la cubierta de la Ley COBRA también tiene derechos conforme a dicha ley.

La cubierta de COBRA se ofrece según los requisitos de elegibilidad para la continuación de la cubierta para ti y tus dependientes elegibles conforme a la ley y a los términos del Plan. En la medida que lo permita la ley, el Administrador del Plan dará por terminada la cubierta de COBRA de forma retroactiva si posteriormente se determina que no calificas.



En lugar de elegir cubierta de COBRA, puede haber otras opciones de cubierta para ti y tu familia por medio de un servicio del Health Insurance Marketplace o de Medicaid. También podrías ser elegible para un “periodo de inscripción especial” de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual seas elegible (como el plan patronal de tu cónyuge.) Además, podrías tener el mismo derecho a una inscripción especial al final de la cubierta de COBRA si eliges la cubierta COBRA por el tiempo máximo disponible. Algunas de estas opciones podrían costar menos que la continuación de cubierta de COBRA. Puedes conocer más sobre tus opciones en [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

EVENTOS DE CAMBIO DE ESTATUS MIENTRAS TIENES CONTINUACIÓN DE CUBIERTA DE COBRA

Después del periodo de elección de COBRA, ni tú ni tu dependiente elegible podrá cambiar ni añadir a la cubierta de COBRA elegida sin que ocurra un evento de cambio de estatus fuera del periodo de inscripción anual o un evento cualificado subsiguiente. Para obtener información sobre los eventos de cambio de estatus, consulta la sección de **Eventos de cambio de estatus** en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**. De ocurrir un evento de cambio de estatus (como el nacimiento de un hijo), deberás notificar al administrador de Cobra en el término de 60 días naturales a partir del evento. Es posible que tengas que presentar documentación de respaldo. Tendrás el derecho a hacer cambios a la cubierta durante cualquier período de inscripción anual mientras tienes la cubierta de COBRA.

Salvo que de otra forma lo disponga el Plan, si añades un cónyuge/pareja o dependiente elegible a raíz a un evento de cambio de estatus mientras tienes la cubierta de COBRA, cada persona estará sujeta a cualquier limitación aplicable del Plan.

En el caso de un cambio de estatus, tú o tu dependiente elegible puede cambiar la cubierta a otro nivel de beneficios del Plan solo si el cambio de cubierta es compatible con el evento de cambio de estatus.

El pago de los beneficios de COBRA

Tú y/o tus dependientes elegibles serán responsables de ambas partidas del pago: la parte de la prima correspondiente al asociado y la parte que paga la compañía, además de un cargo administrativo del 2% (50% en el caso de la prórroga de 11 meses de cubierta por incapacidad, según se describe más adelante en este capítulo). La carta enviada a ti y a tus dependientes elegibles después de la notificación de un evento cualificado incluirá el costo de la prima mensual por la cubierta de COBRA.

Prima inicial de la cubierta de COBRA: Tu primer pago vencerá 45 días después de elegir la cubierta de COBRA y deberá cubrir el costo de dicha cubierta a partir de la fecha del evento cualificado hasta el final del mes anterior al mes en que efectúas el primer pago. (Por ejemplo, supón que tu empleo termina el 30 de septiembre y pierdes la cubierta el 30 de septiembre. Eliges la cubierta de COBRA el 15 de noviembre. El pago inicial debe ser equivalente a las primas de octubre y noviembre y vence en o antes del 30 de diciembre, el día 45 posterior a la fecha de tu elección de COBRA. Las primas continuas vencen el primero de cada mes, con un periodo de gracia de 30 días. Así que tu pago de diciembre también vencerá el 31 de diciembre, que es el final del periodo de gracia de 30 días para el periodo de cubierta de diciembre.)

Si no efectúas el pago inicial de la prima en el periodo de tiempo determinado, no serás elegible para la cubierta de COBRA.

Continuación del pago de las primas: Las primas mensuales vencen el primer día de cada mes posterior a la fecha de vencimiento de la prima inicial. Si efectúas el pago en o antes del primer día de cada mes, la cubierta de COBRA del Plan continuará ese mes sin interrupción.

Tendrás un periodo de gracia de 30 días a partir de la fecha de vencimiento de la prima antes de que se cancele la cubierta. Sin embargo, si efectúas el pago después del primer día del mes, la cubierta será suspendida y no se pagará ninguna reclamación incurrida, incluidas las del beneficio de farmacia, hasta que se pague la cubierta incluido el mes en curso. Si no pagas esta prima, serás responsable de las reclamaciones incurridas. En el caso de que el día 30 caiga en un fin de semana o un feriado, tendrás hasta el próximo día laborable para pagar o poner el pago al correo.

Cuánto dura la cubierta de COBRA

La duración máxima de la cubierta de COBRA depende de la razón por la cual la tienes, según se muestra en la tabla a continuación.

DURACIÓN MÁXIMA DE LA CUBIERTA DE COBRA		
Evento	Asociado	Dependientes
<ul style="list-style-type: none"> Tu empleo con la compañía termina por cualquier razón Dejas de ser elegible debido a una reducción en las horas de trabajo 	18 meses a partir de la fecha del evento	18 meses a partir de la fecha del evento
<ul style="list-style-type: none"> Tu muerte Hay un cambio en tu estado civil (o unión legal) Un dependiente ya no satisface los requisitos de elegibilidad (por ejemplo, cumple 26 años). 	No aplica	36 meses a partir de la fecha del evento
Te inscribes en Medicare menos de 18 meses antes de la terminación de tu empleo o la reducción de horas	18 meses a partir de la fecha de terminación del empleo o reducción de horas	Hasta 36 meses a partir de la fecha en que el asociado se inscribió en Medicare
Te inscribes en la Parte D de Medicare	No aplica	36 meses a partir de la fecha en que el asociado se inscribió en la Parte D de Medicare
Se obtiene una prórroga por incapacidad	29 meses a partir de la fecha del evento	29 meses a partir de la fecha del evento
Segundo evento cualificado: deberás notificar al administrador de COBRA en el término de 60 días a partir del segundo evento cualificado o, de ser después, la pérdida de cubierta	No aplica	Hasta 36 meses a partir de la fecha del evento original

El administrador de COBRA te enviará, de cortesía, una factura de pago de la prima de COBRA. El pago de las primas vence independientemente de si recibes o no una factura de pago. Si envías el pago por correo, adjúntalo a la factura y envíalo a:

Centro de Servicio Unidad COBRA
P.O. Box 194926
San Juan, Puerto Rico 00919-4926

Si se cancela la cubierta debido a la falta de pago de las primas, la cubierta de COBRA terminará el último día para el cual hayas pagado tu prima total de COBRA a tiempo y no será restablecida.

Si no deseas continuar la cubierta de COBRA, puedes cancelarla en cualquier momento suspendiendo el pago de las primas. No tienes que tomar ninguna otra acción.

SI TIENES DERECHO A MEDICARE

Si eres elegible para la Parte A y B de Medicare y terminas tu empleo con la Compañía (o pierdes la cubierta del Plan), debes tener presente que si no te inscribes en la Parte A y B de Medicare durante el periodo de inscripción especial de Medicare, es posible que tengas que esperar hasta el próximo periodo de inscripción anual para inscribirte en la Parte A y B de Medicare y podrías tener que pagar una prima más alta de Medicare cuando finalmente te inscribas. El periodo de inscripción especial de ocho meses transcurre desde la fecha en la que ya no seas empleado de la compañía (o pierdas la cubierta del Plan, lo que ocurra primero), incluso si eliges la continuación de cubierta de COBRA (por ejemplo, después de darse por terminado tu empleo). Para obtener información adicional, consulta el manual Medicare y Usted publicado anualmente por Medicare. Puedes obtener el manual directamente de Medicare llamando al **800-633-4227** o en la página web [medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Derecho a Medicare significa que eres elegible y estás inscrito en Medicare. Si adquieres derecho a Medicare menos de 18 meses antes de un evento cualificado debido a terminación de empleo o reducción de horas, tus dependientes elegibles pueden elegir COBRA por un periodo de no más de 36 meses a partir de la fecha en que adquiriste derecho a Medicare.

Si tienes derecho a Medicare antes de tu fecha de elección de COBRA, tú o tu dependiente elegible deberá notificar tu estatus de Medicare al administrador de COBRA al **877-660-6630**, a fin de garantizar que se calcule correctamente el periodo máximo de cubierta.

SI TE INCAPACITAS O UN DEPENDIENTE ELEGIBLE SE INCAPACITA

Si eres un beneficiario cualificado que tiene cubierta de COBRA debido a terminación de empleo o reducción de horas, tú y cada miembro de tu familia inscrito podría tener derecho a 11 meses adicionales de cubierta de COBRA si te incapacitas o algún otro miembro inscrito de tu familia se incapacita. (Es decir, podrías obtener hasta un total de 29 meses de cubierta de COBRA.) El periodo de 29 meses de cubierta de COBRA comienza en la fecha de terminación de empleo o de reducción en las horas de trabajo que te hace inelegible para la cubierta del Plan. La prórroga por incapacidad aplica solo si se cumplen todas las condiciones a continuación:

- La Administración de Seguro Social determina que tú o tu dependiente elegible está incapacitado

- La incapacidad existe en cualquier momento durante los primeros 60 días naturales de cubierta de COBRA y dura, por lo menos, hasta el final del periodo de 18 meses de continuación de cubierta de COBRA y
 - Tú y/o tu dependiente elegible notifica al administrador de COBRA sobre la determinación de incapacidad tomada por la Administración de Seguro Social presentando una copia de la carta de aviso de otorgamiento (Notice of Award) de dicha determinación al administrador de COBRA durante tu periodo inicial de 18 meses de COBRA.

En ausencia de un aviso oficial de otorgamiento de la Administración de Seguro Social, el Plan podría aceptar otro tipo de correspondencia de la Administración de Seguro Social si dicha correspondencia incluye, explícitamente, toda la información que el Plan necesita para otorgar la prórroga y si se presenta al administrador de COBRA dentro del marco de tiempo antes indicado.

Si se determina que tú y/o tu dependiente elegible cualifica para la prórroga por incapacidad, se te enviará una nueva factura antes del final del periodo inicial de 18 meses de cubierta de COBRA.

La prima de COBRA para el mes 19 hasta el mes 29, inclusive, de cubierta de COBRA es, por lo general, la cantidad que estabas pagando antes del evento cualificado, más la cantidad que pagaba la compañía, más un cargo administrativo del 50%, o 150% de la cantidad total de la prima.

Sin embargo, si aplica la prórroga por incapacidad, pero el miembro de la familia incapacitado que cualifica no está inscrito en la cubierta de COBRA, la prima de COBRA para los miembros de la familia que tienen cubierta para el periodo extendido se limita al 102% de la cantidad total de la prima. Tú y tu dependiente elegible deberá notificar al administrador de COBRA no más de 30 días después de que la Administración de Seguro Social determine que tú o tu dependiente elegible ya no está incapacitado.

SI TIENES UN SEGUNDO EVENTO CUALIFICADO MIENTRAS TIENES LA CUBIERTA DE COBRA

Aunque un asociado no puede recibir una prórroga de la cubierta de COBRA debido a un segundo evento cualificado, el dependiente elegible que tiene cubierta de COBRA debido a la terminación de tu empleo o a una reducción en tus horas de trabajo, puede recibir cubierta de COBRA por hasta un total de 36 meses si ocurre un segundo evento cualificado durante el periodo original de 18 meses de continuación de la cubierta (o durante el periodo de 29 meses de cubierta, en el caso de una prórroga por incapacidad).

Los siguientes pueden ser segundos eventos cualificados:

- Tu muerte
- Tu divorcio, separación legal o finalización de una relación de pareja
- Tu hijo(a) deja de ser elegible para cubierta médica o dental (por ejemplo, un dependiente cumple los 26 años) o
- Te inscribes en la Parte D de Medicare.

Si ocurre un segundo evento cualificado mientras tu dependiente elegible tiene cubierta de COBRA, dicha cubierta podría durar hasta 36 meses a partir de la fecha del primer evento cualificado que te hizo a ti (asociado) elegible para cubierta de COBRA.



Para recibir la prórroga del periodo de cubierta de COBRA, tú o tu dependiente elegible deberá notificar al administrador de COBRA del segundo evento cualificado en el término de 60 días naturales a partir de la fecha del evento o, de ser después, la pérdida de cubierta a raíz del evento. Si el administrador de COBRA no recibe notificación del segundo evento cualificado durante el término de 60 días, tu dependiente elegible no podrá obtener la prórroga de la cubierta de COBRA y esta terminará en la fecha en que caducó el periodo inicial de COBRA.

- Si tú o tu dependiente elegible adquiere cubierta de otro plan grupal de salud o dental después de elegir la cubierta de COBRA
- Durante un periodo de extensión por incapacidad, la Administración de Seguro Social determina que el beneficiario que cualifica ya no está incapacitado (la cubierta de COBRA para todos los beneficiarios cualificados, no solo el beneficiario incapacitado, terminará a partir de lo que ocurra después entre: (a) el primer día del mes que es más de 30 días después de la determinación final de la Administración de Seguro Social de que el beneficiario ya no está incapacitado o (b) el final del periodo de cubierta que aplique independientemente de la prórroga por incapacidad) o
- Tú y tu dependiente elegible presenta una reclamación o una información fraudulenta al Plan.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tienes derecho a presentar una apelación de una decisión sobre el estatus de inscripción o elegibilidad relacionado con la cubierta de COBRA. Para obtener información adicional, consulta la sección de [Cómo apelar una decisión de estatus de inscripción o elegibilidad](#) en el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#).

Cuándo termina la cubierta de COBRA

Usualmente, la cubierta de COBRA termina después del periodo de 18 meses, 29 meses o 36 meses de cubierta. Consulta la sección de [Cuánto dura la cubierta de COBRA](#) en este capítulo para saber cuál periodo de cubierta te corresponde.

La cubierta de COBRA puede darse por terminada antes del final del periodo de 18, 29 o 36 meses si ocurre lo siguiente:

- La compañía deja de proveer cubierta médica o dental a sus asociados
- Después del periodo inicial de 45 días, si no efectúas el pago de COBRA en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento (si el día 30 cae en un fin de semana o un día en que no hay servicio postal, tendrás hasta el próximo día laborable para poner el pago en el correo o pagarlo)

Resources for Living®

Cómo usar los servicios de Resources For Living (RFL)	60
Servicios de consejería de RFL	60
Servicios legales y financieros de RFL	60
Servicios de RFL para armonizar la vida y trabajo	60
Cuándo finalizan los beneficios de RFL	61
Cómo presentar una reclamación de beneficios RFL	61

Resources for Living®

Resources for Living (RFL) ofrece consejería confidencial e información relacionada con tu bienestar. Está disponible sin costo alguno para ti y los miembros de tu familia a partir de la fecha en que te contratan. Puedes llamar a un consejero profesional en cualquier momento para obtener ayuda con el manejo del estrés, las relaciones familiares, problemas relacionados con tu carrera y otros retos cotidianos. RFL también ofrece mucha información y ayuda con el cuidado de niños, cuidado de personas mayores, educación, finanzas, bienestar y más.

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Hablar con un consejero o especialista en cómo armonizar la vida familiar y el trabajo a fin de identificar recursos y soluciones para tus necesidades cotidianas		Llama al 800-825-3555
Acceder a artículos, herramientas y recursos de una amplia variedad de temas	Visita One.Walmart.com o rfl.com : ID de usuario: Walmart Contraseña: Asociado	
Acceder a consejos para una vida saludable y seminarios web en diversos temas	Visita One.Walmart.com o rfl.com : ID de usuario: Walmart Contraseña: Asociado	

Lo que debes saber sobre *Resources For Living*

- RFL está disponible las 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año.
- El asociado y los miembros de su núcleo familiar pueden acceder a consejería, información y asistencia para armonizar la vida y el trabajo.
- Los beneficios de RFL se ofrecen sin costo alguno. Serás inscrito automáticamente en RFL en la fecha de contratación.

Cómo usar los servicios de Resources For Living (RFL)

Si eres un(a) asociado(a) de los Estados Unidos, tú y los miembros de tu núcleo familiar y dependientes elegibles para beneficios serán inscritos automáticamente en RFL en tu primer día de empleo. Puedes llamar a RFL al **800-825-3555** en cualquier momento o acceder a rfl.com para encontrar herramientas relacionadas con:

- Manejo del estrés
- Crear presupuestos y ahorrar
- Asistencia legal
- Relaciones en la casa y el trabajo
- Bienestar emocional y físico
- Vida familiar y más

RFL ofrece acceso a servicios y apoyo de consejería por teléfono, televideo y chat, videos, seminarios web, artículos en internet, y por medio de un equipo de recursos que puede ayudarte con tus necesidades cotidianas y bienestar.

Servicios de consejería de RFL

Ya sea que necesites ayuda con un problema o sencillamente alguien con quien hablar, RFL te ofrecerá apoyo telefónico 24 días a la semana, 365 días al año para diversos temas y fuentes de estrés comunes. Puedes llamar para obtener ayuda para:

- Manejar el estrés
- Lidar con la depresión, la ansiedad o el abuso de sustancias
- Desarrollar relaciones sanas con familiares, amigos y compañeros de trabajo
- Crear un equilibrio entre las demandas del trabajo y la vida familiar
- Resolver situaciones emocionales difíciles

Además de consejería telefónica ilimitada y al momento, tú y tus familiares elegibles pueden recibir hasta 10 sesiones de consejería por televideo por persona al año con un terapeuta autorizado de RFL o por chat con la aplicación Talkspace, sin costo alguno. Si la situación requiere consejería terapéutica y eliges utilizar la consejería vía chat de Talkspace, las 10 sesiones equivalen a 10 semanas de apoyo por chat por persona al año. Llama a RFL libre de cargos al **800-825-3555** para recibir apoyo y conocer más sobre la consejería terapéutica.

Servicios legales y financieros de RFL

RFL te ofrece acceso a expertos en leyes y finanzas. Ya sea que estés creando un presupuesto o un testamento, RFL puede ayudarte a:

- Alcanzar metas financieras y ahorrar para el futuro
- Explorar tus opciones con relación a asuntos legales
- Crear un presupuesto personal
- Hacer que tu dinero rinda más
- Reducir las deudas
- Recuperarte de experiencias de robo de identidad y otras

Puedes recibir una consulta de media hora relacionada con cada asunto legal o financiero o una consulta de una hora relacionada con problemas de robo de identidad, sin costo alguno. Ten presente que este servicio no ofrece ayuda en situaciones relacionadas con las leyes laborales.

Servicios de RFL para armonizar la vida y trabajo

Puedes acudir a RFL para ayuda en crear un equilibrio entre las demandas del trabajo y la vida familiar. Llama para recibir ayuda con necesidades cotidianas como:

- Cuido de un hijo o de un adulto mayor
- Recursos militares
- Cuido de mascotas
- Recursos de adopción
- Servicio de reparaciones en el hogar
- Grupos de apoyo
- Opciones educativas y recursos para niños y adultos
- Acceso a herramientas que apoyan tu bienestar, que incluye mantener una dieta saludable, hacer ejercicios, dormir mejor y manejar el estrés

Los consultores de vida y trabajo de RFL pueden ayudarte a encontrar opciones para satisfacer tus necesidades e investigar detalles como los de costos, servicios y disponibilidad.

LLAMADAS A RFL

Llama al **800-825-3555** para recibir apoyo personalizado en cualquier momento. Los servicios se ofrecen en inglés y español (hay otros idiomas disponibles a solicitud). Las llamadas son confidenciales, excepto cuando la ley dispone lo contrario.

RFL EN INTERNET

Visita rfl.com para acceder a artículos, seminarios web, herramientas y recursos en una variedad de temas que te ayudarán a vivir plenamente. Para iniciar sesión en rfl.com, solo tienes que ingresar lo siguiente:

ID de usuario: **Walmart**

Contraseña: **Asociado**

También puedes acceder a rfl.com presionando el enlace único para inscripción en la página de RFL de One.Walmart.com.

Cuándo finalizan los beneficios de RFL

Si experimentas un evento cualificado y adquieres el derecho a los beneficios de COBRA, los beneficios de *Resources For Living* continúan automáticamente por 18 meses a partir de la fecha del evento cualificado (o la duración máxima para la cual serías elegible para cubierta de COBRA). No tienes que inscribirte en la cubierta de COBRA para continuar recibiendo los beneficios de *Resources For Living*.

Cómo presentar una reclamación de beneficios RFL

No es necesario que presentes una reclamación para recibir los beneficios de RFL. Puedes acceder la página web de RFL o comunicarte con el programa por teléfono en cualquier momento. Sin embargo, si tienes alguna pregunta acerca de tus beneficios o si no estás de acuerdo con los beneficios brindados, puedes comunicarte con People Services al **800-421-1362** o enviar una reclamación escrita a la dirección que sigue:

People Services
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

Las reclamaciones y las apelaciones se determinan dentro de los periodos de tiempo y según los requisitos expuestos en los procedimientos para presentar reclamaciones de beneficios médicos según se describen en el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#).

Seguro de vida patronal

Seguro de vida patronal	64
Cómo nombrar a un beneficiario	64
Cuándo comienza la cubierta de seguro de vida patronal	64
Pagos adelantados debido a una enfermedad terminal	65
Cómo presentar una reclamación	65
Cuándo no se pagan los beneficios	65
Cuándo termina la cubierta	65
Cómo continuar el seguro de vida patronal después de irte de Walmart	66
Si dejas la compañía y te recontractan	66

Esta información representa un resumen de tus beneficios y puede que no incluya todas las disposiciones de la póliza. Si hay una discrepancia entre este documento y la póliza emitida por Prudential con respecto al cálculo de beneficios y las limitaciones de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puedes obtener una copia de la póliza comunicándote con el Plan.

Seguro de vida patronal

Walmart te ofrece automáticamente un seguro de vida sin costo alguno. Así que puedes estar tranquilo sabiendo que tus seres queridos tendrán ayuda económica si algún día faltaras.

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Cambiar tu designación de beneficiario	Visita One.Walmart.com	Las designaciones de beneficiario no se pueden hacer por teléfono.
Para obtener más detalles		Llama a Prudential al 877-294-7026
<ul style="list-style-type: none"> • Presentar una reclamación • Solicitar un beneficio adelantado • Obtener detalles sobre la continuación del seguro 		Llama a Prudential al 877-294-7026

Lo que debes saber sobre el seguro de vida patronal

- Si eres un asociado no exento a tiempo completo o un asociado exento, Walmart te ofrece un seguro de vida sin costo alguno (para ver los detalles sobre las clasificaciones de puestos de trabajo elegibles, consulta las tablas de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#)). No es necesario inscribirse ni proveer evidencia de buena salud.
- La cantidad de la cubierta equivale a la de tu salario anual, incluidas las horas extra y los incentivos, durante el período de un año previo a tu muerte y redondeada a la unidad de \$1,000 más cercana, hasta un máximo de \$50,000.
- Hay una opción de pago adelantado disponible en caso de enfermedad terminal.
- Esta cubierta se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es un seguro de vida a término. No tiene valor en efectivo.

Seguro de vida patronal

Si eres un asociado no exento a tiempo completo o un asociado exento, Walmart te ofrece un seguro de vida sin costo alguno (para ver los detalles sobre las clasificaciones de puestos de trabajo elegibles, consulta las tablas de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**). No es necesario inscribirse.

La cantidad de la cubierta equivale a la de tu salario anualizada, incluidas las horas extra y los incentivos, durante el período de un año previo a tu muerte, redondeada a la unidad de \$1,000 más cercana, hasta un máximo de \$50,000.

Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que el beneficio de seguro de vida patronal se pague conforme a tus deseos, debes nombrar a un beneficiario o varios. Puedes hacerlo accediendo a **One.Walmart.com**. Te recordamos que solo se aceptarán las designaciones de beneficiarios hechas en línea en **One.Walmart.com**.

Puedes nombrar a quien desees. Si el beneficiario o los beneficiarios que tienes en la lista incluida en Walmart son distintos a los que aparecen en tu testamento, prevalecerá la lista que mantiene Walmart. Si no has designado un beneficiario para el beneficio de seguro de vida patronal, el pago se hará a los familiares que te sobreviven según se describe en la sección de **Si no nombras a un beneficiario** más adelante en este capítulo.

Es necesario proveer la información que sigue para cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono
- Relación que tiene contigo
- Número de Seguro Social
- Fecha de nacimiento y
- El porcentaje que deseas designar a cada beneficiario, hasta 100%.

Si designas a dos beneficiarios o más y no se especifican sus porcentajes, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario nombrado muere antes que tú, cesará de ser beneficiario y el beneficio será compartido equitativamente entre los beneficiarios restantes, a menos que tu formulario diga lo contrario. Si tú y tu beneficiario mueren en el mismo evento y no se puede determinar quién murió primero, se considerará que el beneficiario murió antes.

Puedes nombrar a un menor como beneficiario; sin embargo, es posible que la ley no permita que Prudential le pague al menor hasta que este cumpla la mayoría de edad. Te sugerimos consultar con un abogado o asesor patrimonial antes de nombrar a un menor como beneficiario. Si nombras a un menor como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerales con la porción correspondiente a dicho menor.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a **One.Walmart.com**. Cualquier cambio de beneficiario deberá completarse y enviarse a Walmart antes de tu muerte y podrá ser enviado solo por ti, el/la asociado/a cubierto/a.

SI NO NOMBRAS A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra a un beneficiario, el pago será efectuado a los miembros de tu familia que te sobreviven en el orden que sigue:

1. Viudo o viuda o pareja de la persona difunta; si no te sobrevive, entonces
2. Hijos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
3. Padres en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
4. Hermanos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
5. Tu herencia.



Es importante mantener al día la información del beneficiario. El pago irá a la persona que aparece en el formulario de beneficiarios que tiene Walmart, independientemente de tu relación actual con esa persona y a menos que la ley disponga lo contrario. Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a **One.Walmart.com**.

Cuándo comienza la cubierta de seguro de vida patronal

El seguro de vida patronal comienza en la fecha especificada en las tablas de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**. Debes estar activo en el trabajo para que entre en vigor tu cubierta. Se te considerará activo en el trabajo si tienes estatus activo y no estás de licencia. Para ver los detalles, consulta el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**.

Pagos adelantados debido a una enfermedad terminal

Si tienes una enfermedad terminal, puedes optar por recibir en vida un “beneficio adelantado” de hasta un 50% de la cantidad que tus beneficiarios hubieran recibido al momento de tu muerte (medido en la fecha en que proveas evidencia de enfermedad terminal). Los beneficios se pagan en un solo pago global. Al momento de tu muerte, tus beneficiarios reciben la mayor cantidad entre: (a) el 100% de tu sueldo anual, según el sueldo promedio más reciente de los últimos 26 periodos de nómina, reducido en la cantidad de cualesquiera pagos hechos por enfermedad terminal conforme a la opción de adelantar el pago de beneficios por muerte o, (b) la cantidad de seguro en vigor antes del pago de cualquier beneficio por enfermedad terminal, reducido en la cantidad de cualesquiera pagos efectuados conforme a la opción de adelantar el pago de beneficios por muerte.

Si dejas la compañía después de haber recibido (o comenzado a recibir) el beneficio adelantado, tendrás que convertir la póliza para que tus beneficiarios puedan recibir el balance restante al momento de tu muerte. Si no conviertes la póliza al terminar tu empleo, no se pagarán los beneficios a tus beneficiarios. Para ver los detalles del proceso de conversión, consulta la sección de **Cómo continuar el seguro de vida patronal después de irte de Walmart** en este capítulo. Según la póliza, se considera que tienes una enfermedad terminal si se espera el fallecimiento en el término de 12 meses y un médico puede certificar que la enfermedad o lesión es terminal.

Puede haber circunstancias en las que no se pague el beneficio adelantado. Para obtener los detalles, contacta a Prudential al **877-740-2116**.

Consulta con un asesor profesional de impuestos para evaluar el impacto de este beneficio.

Cómo presentar una reclamación

Se debe proporcionar a Prudential la siguiente información sobre el asociado fallecido:

- Nombre
- Número de Seguro Social
- Fecha de muerte y
- Causa de muerte (si se conoce).

Se requiere un original o una copia certificada del acta de defunción como evidencia de muerte. El acta de defunción debe enviarse por correo a:

**The Prudential Insurance Company of America
Group Life Claim Division
P.O. Box 8517
Philadelphia, Pennsylvania 19176**

La reclamación no se finalizará hasta que se reciba el acta de defunción, si corresponde. La aceptación del acta de defunción no garantiza el pago.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones**. Los beneficiarios tienen el derecho de apelar una reclamación denegada.

Los beneficios se pagan conforme a los términos de la póliza de seguro. Para obtener más detalles, contacta a Prudential al **877-294-7026**.

Además, si tu muerte ocurre fuera del radio de 100 millas de tu residencia, hay un beneficio para gastos incurridos en el traslado de tu cuerpo a un lugar de preferencia en los Estados Unidos o a tu residencia. El beneficio incluye gastos de embalsamamiento, cremación, un féretro y el transporte de los restos. El beneficio es por la cantidad que sea menor entre el costo de trasladar los restos y \$10,000.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagarán beneficios a ningún beneficiario que haya participado en un acto ilícito que tuvo como resultado la muerte del asociado. En este caso el pago iría a otro beneficiario elegible designado o, de no haber un beneficiario que te sobrevive, a un beneficiario en la lista predeterminada, según se especifica en la sección **Si no nombras a un beneficiario** anteriormente en este capítulo.

Cuándo termina la cubierta

La cubierta de seguro de vida patronal termina:

- Cuando termine tu empleo
- El último día del periodo de nómina en el que tu estatus laboral cambie al de tiempo parcial
- En la fecha de tu muerte
- En la fecha en que dejas de ser elegible
- El último día de una licencia aprobada (a menos que regreses al trabajo) o
- Cuando la compañía deje de ofrecer el beneficio.

Esta póliza es un seguro de vida a término. No tiene valor en efectivo.

Cómo continuar el seguro de vida patronal después de irte de Walmart

En la mayoría de los casos, tendrás dos opciones para continuar el seguro de vida patronal si termina tu cubierta grupal de seguro de vida. La primera opción, llamada portabilidad, te permite continuar con toda o una parte de la cubierta a través de una póliza grupal a término con Prudential. La segunda opción, llamada conversión, te permite convertir toda o una parte de la cubierta a una póliza individual de Prudential.

Debes solicitar la portabilidad o la conversión en el término de 31 días a partir de la fecha en que termina tu cubierta patronal. Si mueres en los 31 días posteriores a una pérdida de cubierta que te cualifica y antes de elegir la portabilidad o la conversión del seguro de vida, Prudential pagará un beneficio por muerte a tu beneficiario. El pago del beneficio se basará en la cantidad de cubierta en vigor antes de la pérdida de cubierta cualificada, aunque no hayas solicitado la portabilidad o la conversión de la cubierta.

La portabilidad te permite conservar un seguro de vida a término similar con Prudential después de terminado tu empleo bajo ciertas condiciones. Se requiere una evidencia de buena salud para transferir la cubierta. Si no apruebas o no presentas la evidencia de buena salud, cualificarás para convertir el seguro de vida patronal a una póliza individual, según se describe a continuación.

Puedes solicitar un seguro de vida a término conforme a la opción de portabilidad si satisfaces las condiciones a continuación.

- Tu seguro de vida patronal termina por cualquier razón que no sea:
 - que dejes la compañía debido a una capacidad o
 - que Walmart cambie la compañía de seguro de vida grupal y tú seas elegible o comiences a ser elegible durante los próximos 31 días.
- Cumples con el requisito de trabajo activo en el día en que termina tu seguro de vida patronal.
- Tienes menos de 80 años.
- La cantidad de tu seguro es de un mínimo de \$20,000 en el día en que termina tu seguro de vida patronal.

Si satisfaces estas condiciones, tendrás 31 días a partir de tu fecha de terminación para comunicarte con Prudential e inscribirte.

La conversión es una disposición requerida del Plan que te permite convertir la cubierta de seguro de vida a una póliza individual si la cubierta terminara debido a la terminación de tu empleo o a un traslado de una clase elegible a una no elegible. No se requiere presentar una evidencia de buena salud. Las tarifas se basan en la edad de la persona y la cantidad convertida. Tienes 31 días a partir de la fecha de terminación de la cubierta para solicitar la conversión de la cubierta a una póliza individual. Si mueres durante el periodo de conversión de 31 días, el beneficio de muerte se basará en la cantidad que podría haberse convertido.

Para solicitar información sobre la portabilidad o la conversión, llama a Prudential al **877-294-7026**.

Si dejas la compañía y te reconstruyen

Si regresas a trabajar con la compañía como asociado no exento a tiempo completo o asociados exento en el término de 13 semanas, te reinscribirán en la cubierta automáticamente.

Si regresas al trabajo después de 13 semanas, te considerarán recién elegible y tendrás que completar el periodo de espera de elegibilidad que corresponde. Consulta el capítulo de **Elegibilidad e inscripción** para ver los detalles.

Seguro de vida opcional para asociados

Seguro de vida opcional para asociados	70
Cómo nombrar a un beneficiario	70
Cuándo comienza la cubierta de seguro de vida opcional para asociados	71
Pagos adelantados debido a una enfermedad terminal	71
Cómo presentar una reclamación	72
Cuándo no se pagan los beneficios	72
Interrupción en la cubierta	72
Cuándo termina la cubierta	72
Cómo continuar el seguro de vida opcional para asociados después de irte de Walmart	73
Si dejas la compañía y te recontratan	73
Si te das de baja o reduces la cubierta y te reinscribes	73

Esta información representa un resumen de tus beneficios y puede que no incluya todas las disposiciones de la póliza. Si hay una discrepancia entre este documento y la póliza emitida por Prudential con respecto al cálculo de beneficios y las limitaciones de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puedes obtener una copia de la póliza comunicándote con el Plan.

Seguro de vida opcional para asociados

El seguro de vida opcional para asociados cuida a tu familia ofreciéndole protección económica adicional durante tiempos difíciles

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Cambiar la designación de beneficiario	Visita One.Walmart.com	Los cambios a las designaciones de beneficiario no se pueden hacer por teléfono.
Para obtener más detalles		Llama a Prudential al 877-294-7026
<ul style="list-style-type: none"> • Presentar una reclamación • Solicitar un beneficio adelantado • Obtener detalles sobre la continuación del seguro 		Llama a Prudential al 877-294-7026

Lo que debes saber sobre el seguro de vida opcional para asociados

- Si eres un asociado exento o no exento a tiempo completo, puedes inscribirte en el seguro AD&D cuando seas elegible, según se describe en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).
- Dependiendo de la cantidad de cubierta que eliges y de cuándo te inscribes, es posible que tengas que presentar una Evidencia de Buena Salud.
- Puedes inscribirte o darte de baja del seguro de vida opcional para asociados en cualquier momento, pero si te inscribes fuera de tu periodo de inscripción inicial tendrás que presentar una Evidencia de Buena Salud.
- Hay una opción de pago adelantado disponible en caso de enfermedad terminal.
- Esta cubierta se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es un seguro de vida a término, no tiene valor en efectivo.

Seguro de vida opcional para asociados

El seguro de vida opcional para asociados protege a tu familia si falleces mientras está en vigor la cubierta. Si tienes una enfermedad terminal, es posible que se te pague un beneficio en vida.

Si eres un asociado exento o no exento a tiempo completo, puedes inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados cuando seas elegible, según se describe en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**.

Las opciones de cubierta del seguro de vida opcional para asociados dependen de la clasificación de tu puesto según reflejado en el sistema de nómina de la compañía. En la tabla a continuación aparecen las cantidades de cubierta que puedes elegir.

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO		ASOCIADOS EXENTOS	
\$25,000	\$100,000	\$25,000	\$200,000
\$50,000	\$150,000	\$50,000	\$300,000
\$75,000	\$200,000	\$75,000	\$500,000
		\$100,000	\$750,000
		\$150,000	\$1,000,000

Para ver los detalles sobre las clasificaciones elegibles del puesto de trabajo, consulta la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** de ese capítulo.

Si falleces, tus beneficiarios podrían recibir un pago global por la cantidad de cubierta que eliges.

El costo del seguro de vida opcional para asociados se basa en la cantidad de cubierta que eliges, tu edad, y si eres elegible o no para las tarifas "libres de tabaco". Las primas del seguro de vida opcional para asociados no subsidian la cubierta del seguro de vida patronal.

Si eres un asociado exento o no exento a tiempo completo, puedes inscribirte en el seguro de vida opcional para asociados una vez seas elegible. Se te podría exigir una evidencia de buena salud al inscribirte, dependiendo de la cantidad de cubierta que elijas y cuándo te inscribes.

Además, puedes cambiar o darte de baja de la cubierta en cualquier momento. Sin embargo, se te exigirá la evidencia de buena salud si deseas aumentar la cubierta o reinscribirte por cualquier cantidad de cubierta después de darte de baja.



Consulta el capítulo de **Seguro de vida patronal** para información sobre otras cubiertas de seguro de vida disponible para asociados exentos y no exentos a tiempo completo.

EVIDENCIA DE BUENA SALUD

Se requiere una evidencia de buena salud para el seguro de vida opcional para asociados cuando:

- La cantidad de cubierta seleccionada es más de \$25,000 durante tu periodo de inscripción inicial
- Te inscribes después del periodo de inscripción inicial o
- Aumentas la cubierta después de tu periodo de inscripción inicial

La evidencia de buena salud conlleva llenar un cuestionario acerca de tu historial médico y, posiblemente, someterte a un examen médico. Al finalizar la sesión de inscripción, tendrás acceso al cuestionario de evidencia de buena salud.

Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que el beneficio de seguro de vida se pague conforme a tus deseos, debes nombrar uno o varios beneficiarios para recibir el beneficio de seguro de vida opcional si falleces. Puedes hacerlo accediendo a **One.Walmart.com**. Cualquier cambio de beneficiario deberá completarse en **One.Walmart.com** antes de tu fallecimiento y solo podrá ser tramitado por ti. Te recordamos que solo se aceptarán las designaciones de beneficiarios hechas en línea.

Puedes nombrar a quien desees. Si el beneficiario o los beneficiarios que tienes en la lista incluida en Walmart son distintos a los que aparecen en tu testamento, prevalecerán los beneficiarios que mantiene Walmart en su sistema. Si no has designado a un beneficiario para el beneficio de seguro de vida opcional, el pago se hará a los familiares que te sobreviven según se describe en la sección de **Si no nombras a un beneficiario** más adelante en este capítulo.

Es necesario proveer la información que sigue para cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono
- Relación que tiene contigo
- Número de Seguro Social
- Fecha de nacimiento y
- El porcentaje que deseas designar a cada beneficiario, hasta el 100%.

Si designas a dos beneficiarios o más y no se especifican sus partes, compartirán el beneficio del seguro en porcentajes iguales. Si un beneficiario designado muere antes que tú, cesará de ser beneficiario y el beneficio será compartido equitativamente entre los beneficiarios restantes, a menos que tu formulario de beneficiarios diga lo contrario. Si tú y tu beneficiario mueren en el mismo evento y no es posible determinar quién murió primero, se considerará que el beneficiario murió antes.

Puedes nombrar a un menor como beneficiario; sin embargo, es posible que la ley no permita que Prudential le pague al menor hasta que este cumpla la mayoría de edad. Te sugerimos consultar con un abogado o asesor profesional en impuestos antes de nombrar a un menor como beneficiario. Si nombras a un menor como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerarios con la porción correspondiente de dicho menor.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Cualquier cambio de beneficiario deberá completarse y someterlo a Walmart previo a tu fallecimiento y podrá ser sometido únicamente por ti.



Es importante mantener al día la información del beneficiario. El pago irá a la persona que aparece en el formulario electrónico de beneficiarios que tiene Walmart, independientemente de tu relación actual con esa persona y a menos que la ley disponga lo contrario. Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

SI NO NOMBRAS A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra a un beneficiario, el pago será efectuado a los miembros de tu familia que te sobreviven en el orden que sigue:

1. Viudo o viuda o pareja de la persona difunta; si no te sobrevive, entonces
2. Hijos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
3. Padres en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
4. Hermanos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
5. Tu herencia.

Cuándo comienza la cubierta de seguro de vida opcional para asociados

Si se requiere una evidencia de buena salud. (según se indica en la página anterior) la cubierta entrará en vigor el día en que la compañía reciba la aprobación de Prudential o al final de tu periodo de espera de elegibilidad, lo que ocurra después.

En el caso de que fallezcas antes de la aprobación de Prudential, tus beneficiarios no recibirán el pago de beneficio del seguro de vida opcional para asociados.

Si no se requiere una Evidencia de Buena Salud, la cubierta entrará en vigor el día en que te inscribes o al final de tu periodo de espera de elegibilidad, lo que ocurra más tarde.

En cualquiera de los dos casos, debes estar activo en el trabajo para que entre en vigor la cubierta. Se te considerará activo en el trabajo si tienes estatus activo y no estás de licencia. Para ver los detalles, consulta el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).

Pagos adelantados debido a una enfermedad terminal

Si tienes una enfermedad terminal, puedes optar por recibir en vida un “beneficio adelantado” de hasta un 50% de la cantidad que tus beneficiarios hubieran recibido al momento de tu muerte, hasta un máximo de \$250,000. Los beneficios se pagan en un pago global. Al morir, tus beneficiarios reciben la cantidad total de cubierta en vigor al momento de tu muerte menos cualquier cantidad del pago adelantado que hayas recibido antes de fallecer.

Si dejas la compañía después de haber recibido (o comenzado a recibir) el beneficio adelantado, tendrás que convertir la póliza para que tus beneficiarios puedan recibir el balance restante al momento de tu muerte. Si no conviertes la póliza al terminar tu empleo, no se pagarán los beneficios a tus beneficiarios. Para ver los detalles del proceso de conversión, consulta la sección de [Cómo continuar el seguro de vida opcional para asociados después de terminar tu empleo con Walmart](#) más adelante en este capítulo.

Según la póliza, se considera que tienes una enfermedad terminal si se espera el fallecimiento en el término de 12 meses y un médico puede certificar que la enfermedad o lesión es terminal.

Puede haber circunstancias en las que no se pague el beneficio adelantado. Para obtener detalles adicionales, contacta a Prudential al **877-294-7026**.

Consulta con un asesor profesional en impuestos para evaluar el impacto de este beneficio.

Cómo presentar una reclamación

Se debe proporcionar a Prudential la siguiente información sobre el asociado fallecido:

- Nombre
- Número de Seguro Social
- Fecha de muerte y
- Causa de muerte (si se conoce) o protocolo de autopsia

Se requiere una copia original o certificada del acta de defunción como evidencia de muerte. El acta de defunción debe enviarse por correo a:

**The Prudential Insurance Company of America
Group Life Claim Division
P.O. Box 8517
Philadelphia, Pennsylvania 19176**

La reclamación no se finalizará hasta que se reciba el acta de defunción. La aceptación del acta de defunción no garantiza el pago.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones**. Los beneficiarios tienen el derecho de apelar una reclamación denegada.

Los beneficios se pagan conforme a los términos de la póliza de seguro. Para obtener más detalles, comunícate con Prudential al **877-294-7026**.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagarán beneficios a los beneficiarios si falleces como resultado de suicidio, ya sea que te encontraras con tu capacidad mental disminuida o no, durante los primeros dos años de cubierta. Si aumentas la cubierta y falleces como resultado de una lesión autoinfligida durante los dos años posteriores a la fecha en que aumentas la cubierta, tus beneficiarios recibirán la cantidad de cubierta que tenías antes del aumento.

Si tus beneficiarios presentan una reclamación en los dos años posteriores a tu fecha de aprobación, Prudential tiene el derecho de reexaminar tu cuestionario de evidencia de buena salud. En el caso de que se hayan declarado hechos materiales incorrectos relacionados contigo se usarán las circunstancias ciertas para determinar la cantidad de cubierta que debería haber estado vigente, si alguna, y:

- Se podría denegar la reclamación y
- Puede que se reembolsen las primas.

Interrupción en la cubierta

Podría haber ocasiones en las que tienes que hacer arreglos especiales para pagar las primas del seguro de vida opcional para asociados a fin de evitar una interrupción en la cubierta. Estas situaciones ocurren mayormente cuando estás de licencia o cuando el pago que recibes de Walmart no es suficiente para pagar tu porción del costo de cubierta (por ej., después de una reducción de horas). No efectuar tus pagos de la prima a la fecha de vencimiento podría causar una interrupción en el pago de cualquier reclamación de beneficios y una interrupción en la cubierta.

Para ver los detalles sobre el impacto que podría tener una interrupción en la cubierta y sobre cómo efectuar pagos personales para continuar con la cubierta, consulta **Cuando es necesario hacer arreglos para mantener la cubierta** en el capítulo de **Elegibilidad e Inscripción**.

SI TE ACOGES A UNA LICENCIA

Puedes continuar la cubierta hasta el último día de una licencia aprobada, siempre y cuando pagues las primas antes de comenzar la licencia o durante la misma. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras está de licencia, consulta **Cuando es necesario hacer arreglos especiales para mantener la cubierta** en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**.

Cuándo termina la cubierta

La cubierta de seguro de vida opcional para asociados termina:

- Cuando termine tu empleo
- El último día de cubierta para la cual se pagaron las primas, si dejas de pagar las primas en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento
- A la fecha de tu fallecimiento
- En el último día de una licencia aprobada (a menos que regreses al trabajo)
- Cuando la compañía deje de ofrecer el beneficio o
- El día después de que te des de baja de la cubierta.

Esta póliza es un seguro de vida a término, no tiene valor en efectivo.

Cómo continuar el seguro de vida opcional para asociados después de irte de Walmart

En la mayoría de los casos, tendrás dos opciones para continuar el seguro de vida opcional para asociados si termina tu cubierta grupal de seguro de vida. La primera opción, llamada **portabilidad**, te permite continuar con todo o una parte de la cubierta actual a través de una póliza grupal a término con Prudential. La segunda opción, llamada **conversión**, te permite convertir toda o una parte de la cubierta a una póliza individual de Prudential.

Debes solicitar la portabilidad o la conversión en el término de 31 días a partir de la fecha en que termina la cubierta. Si falleces en los 31 días posteriores a una pérdida de cubierta cualificada y antes de elegir la portabilidad o la conversión del seguro de vida, Prudential pagará un beneficio por muerte a tu beneficiario. El pago del beneficio se basará en la cantidad de cubierta en vigor antes de la pérdida de cubierta cualificada, aunque no hayas solicitado la portabilidad o la conversión de la cubierta.

La **portabilidad** te permite conservar un seguro de vida a término similar con Prudential después de terminado tu empleo, bajo ciertas condiciones. No se requiere una evidencia de buena salud para transferir la cubierta. Sin embargo, puedes recibir tarifas preferenciales similares a las que pagabas mientras estabas activo en el trabajo si presentas y se aprueba una evidencia de buena salud. Si no se aprueba o no se presenta la Evidencia de Buena Salud, tus tarifas se basarán en las tarifas regulares de transferibilidad de Prudential.

Puedes solicitar un seguro de vida a término conforme a la opción de portabilidad si satisfaces las condiciones a continuación:

- Tu seguro de vida opcional para asociados termina por cualquier razón que no sea:
 - que dejes de pagar las primas mientras eres un asociado activo
 - que termine tu empleo debido a una incapacidad o
 - que Walmart cambie la compañía de seguro de vida grupal y seas elegible o comiences a ser elegible durante los próximos 31 días.
- Cumples con el requisito de trabajo activo en el día en que termina tu seguro.
- Tienes menos de 80 años.
- La cantidad del seguro es de un mínimo de \$20,000 en el día en que termina tu seguro.

Si satisfaces estas condiciones, tendrás 31 días a partir de tu fecha de terminación para comunicarte con Prudential e inscribirte. Prudential te notificará la cantidad de cubierta de portabilidad ofrecida. La cantidad de cubierta de seguro ofrecida no será mayor de la cantidad de cubierta que elegiste del plan (y no más de cinco veces tus ingresos anuales), y no será menor de \$20,000.

La **conversión** es una cláusula requerida del Plan que te permite convertir la cubierta de seguro de vida a una póliza individual si la cubierta terminara debido a la terminación de tu empleo o a un traslado de una clasificación elegible a una no elegible. No se requiere presentar una evidencia de buena salud. Las tarifas se basan en la edad de la persona y la cantidad convertida. Tienes 31 días a partir de la fecha de terminación de la cubierta para solicitar la conversión de la cubierta a una póliza individual. Si falleces durante el periodo de conversión de 31 días, el beneficio de muerte se basará en la cantidad que podría haberse convertido.

Para solicitar información sobre la portabilidad o la conversión, llama a Prudential al **877-294-7026**.

Si dejas la compañía y te reconstruyen

Si regresas a trabajar para la compañía en el término de 13 semanas, te reinscribirán automáticamente en el mismo plan de cubierta que estaba en vigor antes de tu terminación de empleo con la compañía (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan). Puedes darte de baja o de otra forma cambiar esta cubierta en cualquier momento.

Si regresas al trabajo después de 13 semanas, te considerarán recién elegible y tendrás que completar el periodo de espera de elegibilidad que corresponde. Se exige una evidencia de buena salud para planes de cubierta mayores de \$25,000 (o de cualquier cantidad si te inscribes después de tu periodo de inscripción inicial). Consulta el capítulo de **Elegibilidad e inscripción** para ver los detalles.

Si te das de baja o reduces la cubierta y te reinscribes

Si te das de baja o reduces la cubierta y te reinscribes en el término de 30 días, puedes reinscribirte en la misma cubierta que tenías antes de darte de baja o reducir la cubierta.

Si te reinscribes más de 30 días después de darte de baja o reducir la cubierta, se requerirá una evidencia de buena salud.

Seguro de vida opcional para dependientes

Seguro de vida opcional para dependientes	76
Cuándo comienza la cubierta de seguro de vida opcional para dependientes	76
Beneficios adicionales	77
Cómo presentar una reclamación	77
Cuándo no se pagan los beneficios	77
Interrupción en la cubierta	77
Cuándo termina la cubierta	78
Cómo continuar la cubierta para tu cónyuge/pareja después de irte de Walmart	78
Si dejas la compañía y te recontratan	79
Si te das de baja o reduces la cubierta y te reinscribes	79

Esta información representa un resumen de tus beneficios y puede que no incluya todas las disposiciones de la póliza. Si hay una discrepancia entre este documento y la póliza emitida por Prudential con respecto al cálculo de beneficios y las limitaciones de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puedes obtener una copia de la póliza comunicándote con el Plan.

Seguro de vida opcional para dependientes

El seguro de vida opcional para dependientes puede ayudar a aliviar tu situación económica si pierdes a un ser querido, cómo tu cónyuge, pareja o hijo(a).

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Para obtener más detalles	Visita One.Walmart.com	Llama a Prudential al 877-294-7026
Presentar una reclamación		Llama a Prudential al 877-294-7026

Lo que debes saber sobre el seguro de vida opcional para dependientes

- Si eres un asociado exento o no exento a tiempo completo, puedes inscribir a tus dependientes elegibles en el seguro de vida opcional para dependientes cuando seas elegible, según se describe en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#). Todos los asociados exentos y no exentos a tiempo completo pueden inscribir a sus cónyuges/parejas e hijos.
- Se requiere presentar una evidencia de buena salud para tu cónyuge/pareja si te inscribes para una cantidad de cubierta mayor de \$5,000 durante tu periodo de inscripción inicial o para cualquier cantidad si te inscribes en cualquier otro momento. No se requiere presentar una evidencia de buena salud para menores.
- Esta cubierta se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es un seguro de vida a término. No tiene valor en efectivo.

Seguro de vida opcional para dependientes

El seguro de vida opcional para dependientes te paga un beneficio económico si estás inscrito como asociado y tu dependiente fallece mientras la cubierta está en vigor. Si eres un asociado exento o no exento a tiempo completo, puedes inscribirte en el seguro de vida opcional para dependientes cuando seas elegible, según se describe en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**.

Todos los asociados exentos y no exentos a tiempo completo pueden inscribir a sus cónyuges/parejas e hijos.

Para ver los detalles sobre las clasificaciones del puesto de trabajo elegibles, consulta las tablas de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** en ese capítulo.

Cuando te inscribes en el seguro de vida opcional para dependientes, si tu cónyuge/pareja o dependiente legal fallece, podrías recibir un solo pago global por la cantidad de cubierta que elegiste. Tus opciones de cubierta para el seguro de vida opcional para dependientes son:

CUBIERTA DE CÓNYPGE/PAREJA		CUBIERTA DE HIJOS
\$5,000	\$75,000	\$5,000
\$15,000	\$100,000	\$10,000
\$25,000	\$150,000	\$20,000
\$50,000	\$200,000	

Dependiendo de la cantidad de cubierta que eliges y de cuándo te inscribes, es posible que tu cónyuge/pareja tenga que presentar una evidencia de buena salud.

Serás asignado automáticamente como beneficiario primario del seguro de vida de tu dependiente. Si tú y tu(s) dependiente(s) asegurado(s) fallecen al mismo tiempo, los beneficios se pagarán a los herederos de tu dependiente o, a opción de Prudential, a un familiar que sobreviva al dependiente.

El costo del seguro de vida opcional para tu cónyuge/pareja se basa en la cantidad de cubierta que eliges, tu edad (asociado), y si tu cónyuge/pareja cualifica o no para las tarifas de asociados "libres de tabaco". El costo de la cubierta de tu(s) hijo(s) se basa en la cantidad de cubierta que elijas. Las primas del seguro de vida opcional para asociados no subsidian la cubierta del seguro de vida patronal.

Puedes inscribirte en el seguro de vida opcional para dependientes en cualquier momento. Se le solicitará la evidencia de uena salud a tu cónyuge/pareja si te inscribes después del periodo de inscripción inicial. Además, puedes cambiar o darte de baja de la cubierta en cualquier momento. Sin embargo, si deseas aumentar la cubierta de tu cónyuge/pareja o reinscribirte después de darte de baja, tendrás que presentar una evidencia de buena salud para tu cónyuge/pareja.

EVIDENCIA DE BUENA SALUD

Se requiere evidencia de buena salud de tu cónyuge/pareja para el seguro de vida opcional para dependientes cuando:

- La cantidad de cubierta seleccionada sea de más de \$5,000 durante tu periodo de inscripción inicial
- Te inscribas para cualquier cantidad después del periodo de inscripción inicial o
- Aumentes la cubierta después de tu periodo de inscripción inicial.

Sin embargo, en el término de 60 días del matrimonio/ unión, puedes elegir cubierta para tu cónyuge/pareja o cambiar la cantidad de su seguro. En este caso, aunque estés fuera del periodo de inscripción inicial, tu cónyuge/pareja no tiene que proveer evidencia de buena salud a menos que selecciones una cantidad de cubierta mayor de \$5,000.

La evidencia de buena salud conlleva llenar un cuestionario acerca del historial médico de tu cónyuge/pareja y, posiblemente, un examen médico para esa persona. Te entregarán el cuestionario de evidencia de buena salud cuando inscribas a tu cónyuge/pareja. No se requiere presentar una evidencia de buena salud para menores.

Cuándo comienza la cubierta de seguro de vida opcional para dependientes

Si se requiere la evidencia de buena salud, (según se indica arriba) la cubierta de tu cónyuge/pareja entrará en vigor el día en que la compañía reciba la aprobación de Prudential o al final de tu periodo de espera de elegibilidad, lo que ocurra después. No se requiere presentar una evidencia de buena salud para menores.

Si tu cónyuge/pareja muere antes de la aprobación de Prudential, no recibirás un pago del seguro de vida opcional para dependientes.

Si no se requiere evidencia de buena salud, la cubierta de tu cónyuge/pareja entrará en vigor el día en que te inscribes o al final de tu periodo de espera de elegibilidad, lo que ocurra más tarde.

Si tu cónyuge/pareja o hijo dependiente ha sido internado para recibir tratamiento (en la casa o en otro lugar), la cubierta se retrasará hasta que den de alta al cónyuge/pareja o hijo (no aplica a los recién nacidos).

Debes estar activo en el trabajo para que entre en vigor la cubierta del dependiente. Se te considerará activo en el trabajo si tienes estatus activo y no estás de licencia. Consulta el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#) para ver los detalles.

Beneficios adicionales

También se pagarán beneficios en las circunstancias a continuación:

- Si un hijo dependiente nace vivo y muere en los 60 días posteriores a nacer, y no estaba inscrito en un seguro de vida opcional para dependientes antes de la pérdida —con un certificado de nacimiento y un acta de defunción— Prudential pagará un beneficio de \$5,000 solamente.
- Si el hijo dependiente es natimuerto, Prudential pagará un beneficio de \$5,000 a los asociados que han cumplido con el periodo de espera de elegibilidad para seguro de vida para dependientes. Consulta el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#) para ver los detalles. Hijo natimuerto se define como el hijo biológico de un asociado elegible cuya muerte ocurre antes de la expulsión, extracción o parto, y cuyo peso fetal es de 350 gramos o más; o, si se desconoce el peso fetal, cuya duración en el útero fue de 20 semanas completas o más de gestación. Si tanto la madre como el padre del niño natimuerto trabajan en Walmart, ambos asociados cualifican para presentar una reclamación de este beneficio por separado, para un total de \$10,000.

Cómo presentar una reclamación

Se debe proporcionar a Prudential la siguiente información sobre el dependiente fallecido:

- Nombre completo
- Número de Seguro Social
- Fecha de muerte y
- Causa de muerte (si se conoce).

Se requiere una copia original o certificada del acta de defunción como evidencia de muerte. Envía el acta de defunción a:

**The Prudential Insurance Company of America
Group Life Claim Division
P.O. Box 8517
Philadelphia, Pennsylvania 19176**

La reclamación no se finalizará hasta que se reciba el acta de defunción. La aceptación del acta de defunción no garantiza el pago.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#). Tienes el derecho de apelar una reclamación denegada.

Los beneficios se pagan conforme a los términos de la póliza de seguro. Para obtener más detalles comunícate con Prudential al **877-294-7026**.

Cuándo no se pagan los beneficios

No te pagarán beneficios si tu cónyuge/pareja muere como resultado de suicidio, ya sea que se encontrara con su mente clara o no, durante los primeros dos años de cubierta. Si aumentas la cubierta de tu cónyuge/pareja y la persona muere como resultado de un suicidio durante los dos años posteriores a la fecha del aumento en la cubierta, recibirás la cantidad de cubierta que tenías antes del aumento.

Si presentas una reclamación para tu cónyuge/pareja en los dos años posteriores a la fecha de aprobación, Prudential tiene el derecho de reexaminar el cuestionario de evidencia de buena salud de tu cónyuge/pareja. En el caso de que se hayan declarado hechos materiales sobre tu cónyuge/pareja incorrectamente, se usarán las circunstancias ciertas para determinar la cantidad de cubierta que debería haber estado vigente, si alguna, y:

- Se podría denegar la reclamación y
- Podrían reembolsarse las primas.

Interrupción en la cubierta

Podría haber ocasiones en las que tienes que hacer arreglos especiales para pagar las primas del seguro de vida opcional para dependientes a fin de evitar una interrupción en la cubierta. Estas situaciones ocurren mayormente cuando estás de licencia o cuando el pago de nómina de Walmart no es suficiente para pagar tu porción del costo de cubierta (por ej., después de una reducción de horas). No efectuar los pagos de la prima a la fecha de vencimiento podría causar una interrupción en el pago de cualquier reclamación de beneficios y/o una interrupción en la cubierta.

Para ver los detalles sobre el impacto que podría tener una interrupción en la cubierta y sobre cómo efectuar pagos personales para continuar con la cubierta, consulta [Cuando es necesario hacer arreglos para mantener la cubierta](#) en el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#).

SI TE ACOGES A UNA LICENCIA

Puedes continuar la cubierta hasta el último día de una licencia aprobada, siempre y cuando pagues las primas antes de comenzar la licencia o durante la misma. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras estás de licencia, consulta [Cuando es necesario hacer arreglos especiales para mantener la cubierta](#) en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).

Cuándo termina la cubierta

La cubierta de seguro de vida opcional para dependientes termina:

- Cuando termine tu empleo
- El último día de cubierta para la cual se pagaron las primas, si dejas de pagar las primas en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento
- A la fecha de tu fallecimiento
- En la fecha en que tu cónyuge/pareja o hijo dependiente deja de ser elegible (consulta el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#))
- El último día de una licencia aprobada (si no regresas a trabajar)
- Cuando la compañía deje de ofrecer el beneficio o
- El día después de que te des de baja de la cubierta.

Además, si has elegido cubierta de seguro de vida opcional para dependientes y tu estatus laboral cambia a asociado no exento a tiempo parcial o temporero, tu cubierta y la de tus dependientes terminará el último día del período de nómina en que cambió tu estatus laboral.

Esta póliza es un seguro de vida a término. No tiene valor en efectivo.

Cómo continuar la cubierta para tu cónyuge/pareja después de irte de Walmart

Si eres un asociado exento o no exento a tiempo completo y cuentas con un seguro de vida opcional para dependientes para tu cónyuge o pareja, tendrás dos opciones para continuar la cubierta de tu cónyuge/pareja después de que termine tu cubierta grupal de seguro de vida. La primera opción, llamada **portabilidad**, te permite a ti y a tu cónyuge o pareja, continuar con toda o una parte de la cubierta actual a través de una póliza de término grupal con Prudential. La segunda opción, llamada **conversión**, te permite convertir toda o una parte de la cubierta de tu cónyuge/pareja a una póliza individual de Prudential.

Debes solicitar la portabilidad o la conversión en el término de 31 días a partir de la fecha en que termina la cubierta de tu cónyuge/pareja. Si tu cónyuge/pareja muere en los 31 días posteriores a una pérdida de cubierta calificada y antes de elegir la portabilidad o la conversión del seguro de vida, Prudential pagará un beneficio por muerte. El pago del beneficio se basará en la cantidad de cubierta en vigor antes de la pérdida de cubierta calificada, aunque no hayas solicitado la portabilidad o la conversión de la cubierta.

La **portabilidad** te permite conservar un seguro de vida a término similar con Prudential para tu cónyuge o pareja después de terminada tu cubierta de asociado o si tu cónyuge o pareja pierde su elegibilidad debido a divorcio o separación, bajo ciertas condiciones.

No se requiere una evidencia de buena salud de tu cónyuge/pareja para transferir la cubierta. Sin embargo, puedes recibir tarifas preferenciales para tu cónyuge/ pareja, similares a las que pagabas mientras estabas activo en el trabajo, si tu cónyuge/pareja presenta y se aprueba la evidencia de buena salud. Si no se aprueba o no se presenta la evidencia de buena salud para tu cónyuge/pareja, tus tarifas se basarán en las tarifas regulares de transferibilidad de Prudential.

Puedes solicitar un seguro de vida a término conforme a la opción de portabilidad si satisfaces las condiciones a continuación:

- La cubierta de seguro de vida opcional para dependientes termina porque tu seguro de vida opcional para asociados termina por cualquier razón que no sea:
 - que dejes de pagar las primas mientras eres un asociado activo
 - tu empleo termina debido a que te retiras debido a una incapacidad o
 - el seguro de vida opcional para todos los asociados termina cuando se reemplaza dicha cubierta con un seguro de vida grupal de cualquier compañía para el cual calificas o cualificarás en los próximos 31 días.

- Solicitas y recibes cubierta de un seguro de vida a término conforme al plan de portabilidad.
- Respecto a tu cónyuge/pareja dependiente, que dicha persona tenga menos de 80 años de edad.
- El dependiente cuenta con cubierta de seguro de vida opcional para dependientes en el día que termina tu seguro de vida opcional para asociados.
- El dependiente no está internado para fines de atención o tratamiento médico, en su casa ni en ningún otro lugar, en el día que termina tu seguro de vida opcional para asociados.

Tu cónyuge o pareja también puede solicitar un seguro de vida a término conforme a la opción de portabilidad si satisface las condiciones a continuación:

- La cubierta de tu cónyuge o pareja termina debido a divorcio o terminación de la relación de pareja.
- Tu cónyuge o pareja tiene menos de 80 años de edad.
- Tu cónyuge o pareja no está confinado para fines de atención o tratamiento médico, en su casa ni en ningún otro lugar, en el día que termina tu seguro de vida opcional para asociados.

Si satisfaces estas condiciones, tendrás 31 días a partir de tu fecha de terminación para comunicarte con Prudential e inscribirte. Prudential te notificará la cantidad de cubierta de portabilidad ofrecida. La cantidad de cubierta de seguro ofrecida no será mayor que la cantidad de cubierta para cónyuge/pareja que elegiste del plan. Sin embargo, si tu cónyuge o pareja provee evidencia de buena salud, y Prudential acepta dicha evidencia, podrías aumentar en \$20,000 la cubierta de tu cónyuge o pareja (o, de ser menor, en la cantidad de tus ingresos anuales).

La **conversión** es una cláusula requerida del Plan que te permite convertir la cubierta de seguro de vida a una póliza individual si la cubierta terminara por cualquier razón que no sea el incumplimiento del pago de las primas o el final de la cubierta para dependientes de todos los asociados. No se requiere presentar una evidencia de buena salud. Las tarifas se basan en la edad del dependiente y la cantidad convertida. Tienes 31 días a partir de la fecha de terminación de la cubierta para solicitar la conversión de la cubierta a una póliza individual. Si la muerte de tu dependiente ocurre durante el periodo de conversión de 31 días, el beneficio de muerte se basará en la cantidad que podría haberse convertido.

Para solicitar información sobre la portabilidad o la conversión, llama a Prudential al **877-294-7026**.

Si dejas la compañía y te reconstruyen

Si regresas a trabajar para la compañía en el término de 13 semanas, te reinscribirán automáticamente en la misma cubierta que tenías antes de irte de la compañía (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan). Puedes darte de baja o de otra forma cambiar esta cubierta en cualquier momento.

Si regresas al trabajo después de 13 semanas, te considerarán recién elegible y tendrás que completar el periodo de espera de elegibilidad que corresponde. Se exige una evidencia de buena salud para planes de cubierta mayores de \$5,000 (o de cualquier cantidad si te inscribes después de tu periodo de inscripción inicial). Para ver los detalles, consulta el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**.

Si te das de baja o reduces la cubierta y te reinscribes

Si te das de baja o reduces la cubierta y te reinscribes en el término de 30 días, puedes reinscribirte en la misma cubierta que tenías antes de darte de baja o reducir la cubierta.

Si te reinscribes más de 30 días después de darte de baja o reducir la cubierta, se requerirá una evidencia de buena salud para los planes de cubierta de cónyuge/pareja.

SI SE DA DE BAJA A UN DEPENDIENTE Y SE REINSCRIBE

Si se da de baja de la cubierta a un hijo dependiente y luego se determina que es elegible para cubierta en el término de 30 días, el dependiente será reinscrito automáticamente en la misma cubierta que eliges para ti mismo.

Si tu dependiente recupera la elegibilidad y lo reinscriben después de los 30 días, será considerado como dependiente recién elegible. El asociado puede inscribir al dependiente en la cubierta según los periodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**.

Seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D)

Seguro AD&D	82
Cómo nombrar a un beneficiario	82
Cuándo comienza la cubierta AD&D	83
Cantidad de la cubierta AD&D	83
Cuándo se pagan los beneficios de AD&D	83
Beneficios adicionales del seguro AD&D	84
Cómo presentar una reclamación	86
Cuándo no se pagan los beneficios	86
Interrupción en la cubierta	86
Cuándo termina la cubierta	86
Si dejas la compañía y te recontratan	87
Si te das de baja o reduces la cubierta y te reinscribes	87

Esta información representa un resumen de tus beneficios y puede que no incluya todas las disposiciones de la póliza. Si hay una discrepancia entre este documento y la póliza emitida por Prudential con respecto al cálculo de beneficios y las limitaciones de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puedes obtener una copia de la póliza comunicándote con el Plan.

Seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D)

Los beneficios del seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D, por sus siglas en inglés) pueden ayudar a pagar los costos de atención médica, cuidado de niños y educación si sufres una lesión grave o falleces en un accidente.

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Cambiar la designación de beneficiario	Visita One.Walmart.com	Las designaciones de beneficiario no se pueden hacer por teléfono.
Para obtener más detalles		Llama a Prudential al 877-294-7026
Presentar una reclamación		Llama a Prudential al 877-294-7026

Lo que debes saber sobre el seguro AD&D

- Si eres un asociado no exento o exento puedes inscribirte en el seguro AD&D cuando seas elegible, según se describe en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).
- No es necesario presentar una evidencia de buena salud para el seguro AD&D, independientemente de la cantidad de cubierta que elijas.
- Si sufres una pérdida elegible, el seguro AD&D paga un beneficio en un pago global basado en la naturaleza de la pérdida y la cantidad de cubierta que elijas. El plan podría pagar beneficios adicionales dependiendo de las circunstancias de la pérdida elegible.
- Esta cubierta se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).

Seguro AD&D

El seguro AD&D paga el beneficio en un pago global a ti o a tus beneficiarios si tu o un dependiente cubierto sufre una pérdida elegible. La cantidad del beneficio depende del tipo de pérdida que sufres, según se describe más adelante en este capítulo.

Si eres un asociado no exento o exento, puedes inscribirte en el seguro AD&D cuando seas elegible, según se describe en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**. Para ver los detalles sobre las clasificaciones elegibles del puesto de trabajo, consulta las tablas de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** de ese capítulo.

Hay dos opciones para la cubierta AD&D. Puedes elegir a quién deseas asegurar y la cantidad de la cubierta.

Puedes seleccionar cubierta para:

- Asociado solamente
- Asociado + dependientes

La cantidad de la cubierta para tus dependientes será un porcentaje de la cantidad de cubierta que eliges para ti mismo (consulta la sección de **Cantidad de la cubierta AD&D** más adelante en este capítulo). Las cantidades disponibles de cubierta que puedes elegir son:

- \$25,000
- \$50,000
- \$75,000
- \$100,000
- \$150,000
- \$200,000

Los asociados exentos también pueden escoger las cubiertas a continuación:

- \$300,000
- \$500,000
- \$750,000
- \$1,000,000

Puedes inscribirte o hacer cambios al seguro AD&D durante tu periodo de inscripción inicial, durante el periodo de inscripción anual o cuando tengas un evento de cambio de estatus. Para obtener más información, consulta el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**.

El costo del seguro AD&D se basa en la cantidad de la cubierta que eliges y si eliges la cubierta para ti únicamente o la del asociado + dependientes.

Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que el beneficio de seguro AD&D se pague conforme a tus deseos, debes nombrar a un beneficiario o varios. Puedes hacerlo accediendo a **One.Walmart.com**. Te recordamos que solo se aceptarán las designaciones de beneficiarios hechas en línea. Recibirás cualquier beneficio que sea pagadero para tus dependientes asegurados.

Puedes nombrar como beneficiario a quien desees. Si el beneficiario o los beneficiarios que tienes en el formulario electrónico en Walmart son distintos a los que aparecen en tu testamento, prevalecerán los que tiene Walmart en sus sistemas. Si no has designado a un beneficiario para el beneficio de seguro AD&D, el pago se hará a los familiares que te sobreviven según se describe en la sección de **Si no nombras a un beneficiario** más adelante en este capítulo.

Es necesario proveer la información que sigue para cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono
- Relación que tiene contigo
- El número de Seguro Social
- Fecha de nacimiento y
- El porcentaje que deseas designar a cada beneficiario, hasta 100%.

Si designas a dos beneficiarios o más y no se especifican sus porcentajes, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario nombrado muere antes que tú, cesará de ser el beneficiario y el beneficio será compartido equitativamente entre los beneficiarios restantes, a menos que tu formulario de beneficiarios diga lo contrario.

Puedes nombrar a un menor como beneficiario; sin embargo, es posible que la ley no permita que Prudential le pague al menor hasta que este cumpla la mayoría de edad. Te sugerimos consultar con un abogado o asesor profesional en impuestos antes de nombrar a un menor como beneficiario. Si nombras a un menor como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerarios con la porción correspondiente de dicho menor.



Es importante mantener al día la información del beneficiario. El pago irá a la persona que aparece en el formulario de beneficiarios que tiene Walmart, independientemente de tu relación actual con esa persona y a menos que la ley disponga lo contrario. Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a **One.Walmart.com**.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a **One.Walmart.com**. Cualquier cambio de beneficiario deberá completarse y someterse a Walmart antes de tu fallecimiento y solo podrá ser sometido por ti.

SI NO NOMBRAS A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra a un beneficiario, el pago será efectuado a los miembros de tu familia que te sobreviven en el orden que sigue:

1. Viudo o viuda o pareja de la persona difunta; si no te sobrevive, entonces
2. Hijos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
3. Padres en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
4. Hermanos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
5. Tu herencia.

Cuándo comienza la cubierta AD&D

Si te inscribes durante el periodo de inscripción anual, la cubierta entrará en vigor el 1 de enero del próximo año del plan.

Si te inscribes fuera del periodo de inscripción anual, la cubierta entrará en vigor el día en que ocurre el evento de cambio de estatus o al final de tu periodo de espera de elegibilidad, lo que ocurra más tarde.

Tu cubierta AD&D comienza cuando te hayas inscrito en el beneficio y estés activo(a) en el trabajo. Para efectos de la cubierta AD&D, "activo en el trabajo" significa que tu estatus es de asociado activo y que te has reportado a tu primer día de trabajo en Walmart, aun cuando no estés en el trabajo el día que comienza la cubierta (por ejemplo, debido a una enfermedad). Consulta el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#) para ver los detalles.

Cantidad de la cubierta AD&D

Cuando te inscribes en el seguro AD&D, la cantidad de la cubierta que seleccionas es la que te aplica a ti. Si te inscribes en la cubierta de asociado + dependientes, la cantidad de la cubierta de tus dependientes es un porcentaje de la cantidad de tu cubierta. La cantidad de la cubierta para tus dependientes se basa en el tipo de dependiente que se cubre. Consulta la tabla de [Cantidad total del beneficio](#) más adelante para ver la información sobre la cantidad de la cubierta que corresponde a tus familiares.

Cuándo se pagan los beneficios de AD&D

En el caso de que tu o tu dependiente sufra (si eliges cubierta de asociado + dependientes) un accidente que es la causa única y directa de una pérdida elegible, los beneficios se pagarán cuando se haya proporcionado prueba del accidente y la pérdida elegible a Prudential.

Prudential considerará que la pérdida es un resultado directo de un accidente cuando el mismo es producto de una exposición inevitable a los elementos.

"Causa única y directa" significa que la pérdida elegible ocurre en los 12 meses posteriores a la fecha del accidente y fue un resultado directo del accidente, independiente de otras causas.

PÉRDIDAS ELEGIBLES POR LAS CUALES SE PAGA EL BENEFICIO TOTAL

- Pérdida de vida: Se concluirá que has perdido la vida si tu cuerpo no ha sido encontrado al año de haberse desaparecido, varado, hundido o destruido cualquier vehículo que ocupabas.
- Pérdida de ambas manos por encima de las articulaciones de las muñecas; ambos pies por encima de los tobillos; pérdida total y permanente de la vista en ambos ojos; pérdida del habla y la audición en ambos oídos que dura más de seis meses consecutivos después del accidente.
- Pérdida de un pie y una mano: Desmembramiento a la altura o por encima de la muñeca o del tobillo.
- Pérdida de un brazo o una pierna: Desmembramiento a la altura o por encima del codo o de la rodilla.

CANTIDAD TOTAL DEL BENEFICIO				
Cantidad de la cubierta para asociados	Si un cónyuge/pareja es el único dependiente asegurado	Si tanto el cónyuge/la pareja como los hijos son dependientes asegurados		Si solo los hijos son dependientes
Asociado – 100%	Cónyuge/pareja – 50%	Cónyuge/pareja – 40%	Niños – 10%	Niños – 25%
\$25,000	\$12,500	\$10,000	\$2,500	\$6,250
\$50,000	\$25,000	\$20,000	\$5,000	\$12,500
\$75,000	\$37,500	\$30,000	\$7,500	\$18,750
\$100,000	\$50,000	\$40,000	\$10,000	\$25,000
\$150,000	\$75,000	\$60,000	\$15,000	\$37,500
\$200,000	\$100,000	\$80,000	\$20,000	\$50,000
Asociados exentos solamente:				
\$300,000	\$150,000	\$120,000	\$30,000	\$75,000
\$500,000	\$250,000	\$200,000	\$50,000	\$125,000
\$750,000	\$375,000	\$300,000	\$75,000	\$187,500
\$1,000,000	\$500,000	\$400,000	\$100,000	\$250,000

- Pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo: Desmembramiento a la altura o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo, con una pérdida total o permanente de la vista de un ojo.
- Cuadriplejía: Parálisis total de las extremidades superiores e inferiores.
- Paraplejía: Parálisis total de ambas extremidades inferiores.
- Hemiplejía: Parálisis total de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo.

50% DEL BENEFICIO TOTAL

Para las siguientes pérdidas elegibles ocasionadas por un accidente se pagará 50% del beneficio total:

- Daño cerebral: Daño cerebral significa un daño físico permanente e irreversible al cerebro que causa una incapacidad total para realizar todas las funciones y actividades sustanciales y materiales normales de la vida cotidiana. Dicho daño deberá manifestarse no más de 30 días después del accidente, requerir hospitalización de un mínimo de cinco días dentro de los 30 días posteriores al accidente y persistir por 12 meses consecutivos;
- Pérdida de una mano o un pie: Desmembramiento a la altura o por encima de la muñeca o del tobillo.
- Pérdida de la vista en un ojo: Pérdida total y permanente de la vista en un ojo.
- Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos: Pérdida total y permanente del habla o de la audición (es decir, que continúe por un mínimo de seis meses consecutivos después del accidente).

25% DEL BENEFICIO TOTAL

Para las siguientes pérdidas elegibles ocasionadas por un accidente se pagará 25% del beneficio total:

- Pérdida de audición en un oído: Pérdida total y permanente de la audición (es decir, que continúe por un mínimo de seis meses consecutivos después del accidente).
- Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano: Desmembramiento a la altura o por encima del punto en que se unen a la mano.
- Monoplejía: Parálisis total de una extremidad.

“Parálisis” significa la pérdida del uso, sin desmembramiento, de una extremidad. Es necesario que un médico determine que la pérdida es completa e irreversible. “Desmembramiento” significa que la extremidad sufre una separación o ruptura completa del cuerpo.

BENEFICIO EN CASO DE COMA

Si tu o tu dependiente asegurado está o entra en estado comatoso durante los 365 días posteriores a un accidente, se te pagará a ti, a tu cónyuge/pareja, a tus hijos o a un tutor legal por 11 meses consecutivos un beneficio por estado de

coma equivalente al 1% de la cantidad total de tu beneficio. Este beneficio se paga después de 31 días consecutivos de estar en estado comatoso. Si tu o tu dependiente asegurado permanece en estado comatoso más allá de los 11 meses, se efectuará un pago a ti o a tu beneficiario designado por la cantidad total de la cubierta menos cualquier beneficio del seguro AD&D que ya se haya pagado.

“Coma” significa un estado profundo y total de pérdida de conciencia del cual la persona comatosa no puede ser despertada, incluso con estímulo potente, según determinado por el médico. Dicho estado deberá comenzar en el término de 365 días después del accidente y continuar por 31 días consecutivos y deberá ser total, continuo y permanente al final del periodo de 31 días.

La cantidad máxima que pagará el seguro AD&D por todas las pérdidas elegibles de una persona como resultado de un accidente elegible, es la cantidad completa del beneficio.

Beneficios adicionales del seguro AD&D

El plan podría pagar beneficios adicionales:

- Beneficio por uso del cinturón de seguridad: Si tú y tus dependientes asegurados pierden la vida como resultado de un accidente elegible que ocurre mientras usan el cinturón de seguridad, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio por conducción segura de una motocicleta: Si tú y tus dependientes asegurados fallecen como resultado de un accidente elegible que ocurre mientras usan un casco, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio de educación para cónyuge/pareja (asociados no exentos a tiempo completo y exentos solamente): Si falleces es posible que se pague un beneficio de educación a tu cónyuge/pareja.
- Beneficio de educación y cuidado de niños: Si tú o tu cónyuge/pareja cubierta fallece, es posible que se pague un beneficio de cuidado o educación de hijos.
- Beneficio por modificación al hogar y al vehículo: Si tú y tus dependientes asegurados sufren una pérdida elegible que requiere una modificación de tu hogar o vehículo, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio de prima médica mensual de COBRA: Si sufres un accidente elegible que ocasiona la terminación de empleo después de una licencia, es posible que se pague un beneficio adicional para ayudar con la continuación de los beneficios médicos del Plan de Salud y Bienestar para Asociados.
- Beneficio mensual por rehabilitación: Si tú y tus dependientes asegurados sufren un accidente elegible que requiere una rehabilitación médicamente necesaria, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio por accidente en común: Si tú o tu cónyuge/pareja cubierta fallecen en el mismo accidente o accidentes que ocurren a 48 horas uno del otro, es posible que se pague un beneficio por accidente en común.

Todos los beneficios adicionales del seguro AD&D están sujetos a los criterios de elegibilidad establecidos por Prudential. Contacta a Prudential para obtener información si alguno de estos beneficios podría aplicarte.

BENEFICIO ADICIONALES		
Beneficios	Cantidad de beneficios	Limitaciones
Beneficio por uso del cinturón de seguridad	\$10,000	Si no se puede determinar que la persona estaba usando un cinturón de seguridad al momento del accidente, se pagará un beneficio de \$1,000.
Beneficio por conducción segura de una motocicleta	\$10,000	Si no se puede determinar que la persona estaba usando el equipo de seguridad necesario al momento del accidente, se pagará un beneficio de \$1,000.
Beneficio de educación para cónyuges/parejas	Una cantidad equivalente a la menor entre: <ul style="list-style-type: none"> • La matrícula cobrada por el programa; • El 10% de la cantidad de tu seguro y • \$25,000 	Pagadero por hasta 4 años. <i>Asociados no exentos a tiempo completo y exentos solamente</i>
Beneficio de educación para hijos	Una cantidad equivalente a lo menor entre: <ul style="list-style-type: none"> • La matrícula anual, sin incluir habitación y comida, cobrada por la escuela; • El 10% de la cantidad del seguro de la persona que incurre en la pérdida y • \$25,000 	Pagadero anualmente por hasta 4 años consecutivos pero no después de que el hijo cumpla los 26 años de edad.
Beneficio de cuidado de hijos	Una cantidad equivalente a lo menor entre: <ul style="list-style-type: none"> • El costo cobrado por un centro de cuidado de niños por año; • El 10% de la cantidad del seguro de la persona que incurre en la pérdida y • \$12,500 	Pagadero anualmente por hasta 5 años consecutivos pero no después de que el hijo cumpla los 13 años de edad.
Beneficio por modificación al hogar y al vehículo	Una cantidad equivalente a lo menor entre: <ul style="list-style-type: none"> • El costo actual cobrado por el arreglo o la modificación; • El 10% de la cantidad del seguro de la persona que incurre en la pérdida y • \$10,000 	Pagadero por una cantidad no mayor de \$10,000.
Beneficio de prima médica mensual para asociados (COBRA)	Una cantidad equivalente a lo menor entre: <ul style="list-style-type: none"> • La cantidad de la prima de seguro médico; • El 5% de la cantidad de tu seguro y • \$500 	Pagadero mensualmente hasta que ocurra lo primero entre: <ul style="list-style-type: none"> • Termina tu inscripción continuada en el Plan Médico para Asociados. • Obtienes cubierta bajo cualquier otro plan médico grupal • El beneficio se ha pagado por 36 meses consecutivos
Beneficio de prima médica mensual para dependientes (COBRA)	Una cantidad equivalente a lo menor entre: <ul style="list-style-type: none"> • La cantidad real de la prima de seguro médico y • \$10,000 	Pagadero anualmente hasta que ocurra lo primero entre: <ul style="list-style-type: none"> • Termina la inscripción de tu dependiente en el Plan Médico para Asociados. • El dependiente obtiene cubierta bajo cualquier otro plan médico grupal • El beneficio ha sido pagado por 3 años consecutivos. <i>El beneficio para las primas de cónyuge/pareja está disponible para asociados no exentos a tiempo completo y exentos solamente.</i>
Beneficio mensual por rehabilitación	Una cantidad equivalente a lo menor entre: <ul style="list-style-type: none"> • El 10% de la cantidad del seguro de la persona que incurre en la pérdida y • \$250 	Pagadero anualmente hasta que ocurra lo primero entre: <ul style="list-style-type: none"> • Un médico determine que la persona ya no necesita rehabilitación • La persona no proporciona las pruebas requeridas de necesidad continua de rehabilitación • La persona no provee un examen médico requerido • El beneficio ha sido pagado por 36 meses consecutivos
Beneficio por accidente en común	Una cantidad equivalente a lo menor entre: <ul style="list-style-type: none"> • La cantidad de seguro pagadero bajo la cubierta por la pérdida de vida y • La cantidad de seguro pagadero bajo la cubierta por la pérdida de vida de tu cónyuge/pareja 	

Cómo presentar una reclamación

Se debe proporcionar a Prudential la siguiente información sobre la persona reclamante:

- Nombre
- El número de Seguro Social
- Fecha de muerte o lesión y
- Causa de muerte o lesión (si se conoce).

Prudential enviará un paquete de formularios de reclamación a la dirección que tienes registrada. Es necesario que se complete la información requerida y se devuelva junto con los formularios de reclamación y un original o copia certificada del acta de defunción, si corresponde, a:

The Prudential Insurance Company of America
Group Claim Life Division
P.O. Box 8517
Philadelphia, Pennsylvania 19176

Los beneficios se pagan en un solo pago global. Si tú o un dependiente asegurado sufre más de una pérdida elegible debido a una lesión accidental, la cantidad pagada en nombre de la persona lesionada no excederá la cantidad total del beneficio.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones**. Tú y tu beneficiario tienen el derecho de apelar una reclamación denegada.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagarán los beneficios del seguro AD&D por una pérdida que ocurra antes de tu inscripción en el plan o que sea causada o afectada por lo siguiente:

- Un suicidio o intento de suicidio, ya sea que tenga capacidad mental o no
- Lesiones autoinfligidas o cualquier intento de infligir dichas lesiones
- Una enfermedad, independientemente de que la pérdida sea el resultado directo o indirecto de la enfermedad
- Un tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad, independientemente de que la pérdida sea el resultado directo o indirecto del tratamiento
- Infección bacteriana o viral, sin incluir:
 - Una infección piogénica producto de una cortadura o herida accidental o
 - Una infección bacteriana producto de la ingesta accidental de una sustancia contaminada.
- Participar en una insurrección de cualquier tipo
- La guerra, ya sea declarada o no, o cualquier acto de guerra

- Un accidente que ocurra mientras la persona se encuentra en servicio militar activo a tiempo completo por más de 30 días en cualquiera de las fuerzas armadas (no incluye servicio activo para entrenamiento en la Reserva o la Guardia Nacional)
- Viajar o volar en un vehículo utilizado para navegación aérea (incluye abordar o desembarcar dicho vehículo) si la persona viaja como pasajero en una aeronave que no está diseñada o autorizada para el transporte de pasajeros;
- Cometer o intentar cometer un asalto o un delito
- Estar ebrio conforme a las leyes mientras conduce un vehículo terrestre, acuático o aéreo o
- Estar bajo la influencia o haber usado una sustancia controlada, según se define en el Título II de Ley de Control y Prevención Comprensiva del Abuso de Drogas de 1970 y todas sus enmiendas, a menos que la sustancia sea recetada y administrada conforme a las instrucciones del médico de la persona asegurada.

Interrupción en la cubierta

Podría haber ocasiones en las que tiene que hacer arreglos especiales para pagar las primas del seguro AD&D a fin de evitar una interrupción en la cubierta. Estas situaciones ocurren mayormente cuando estás de licencia o cuando el pago de Walmart no es suficiente para pagar tu parte del costo de cubierta (por ej., después de una reducción de horas). No efectuar tus pagos de la prima a la fecha de vencimiento podría causar una interrupción en el pago de cualquier reclamación de beneficios y una interrupción en la cubierta.

Para ver los detalles sobre el impacto que podría tener una interrupción en la cubierta y sobre cómo efectuar pagos personales para continuar con la cubierta, consulta **Cuando es necesario hacer arreglos para mantener la cubierta** en el capítulo de **Elegibilidad e Inscripción**.

SI TE VAS DE LICENCIA

Puedes continuar la cubierta hasta el último día de una licencia aprobada, siempre y cuando pagues las primas antes de comenzar la licencia o durante la misma. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras está de licencia, consulta **Cuando es necesario mantener arreglos especiales** el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**.

Cuándo termina la cubierta

La cubierta AD&D termina:

- Cuando termine tu empleo
- El último día de cubierta para la cual se pagaron las primas, si dejas de pagar las primas en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento de la misma
- En la fecha de tu muerte

- En la fecha en que tu o un cónyuge/pareja o hijo dependiente deja de ser elegible
- El último día de una licencia aprobada (a menos que regreses al trabajo) o
- Cuando la compañía deje de ofrecer el beneficio. La cubierta AD&D no puede convertirse a una póliza individual después de terminada la cubierta.

Además, si has elegido cubierta de asociado + dependientes y tu estatus cambia al de asociado no exento a tiempo parcial o temporero, tu cubierta y la de tus dependientes terminará el último día del período de nómina en que cambió tu estatus laboral.

Si voluntariamente te das de baja de la cubierta después de un evento de cambio de estatus o en la inscripción anual, la cubierta termina de esta forma:

- **Después de un evento de cambio de estatus:** la cubierta termina en la fecha de efectividad del evento. Para más información consulta [Eventos de cambio de estatus](#) en el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#).
- **En la inscripción anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Si dejas la compañía y te recontratan

Si regresas a trabajar para la compañía en el término de 13 semanas, te reinscribirán automáticamente en el mismo plan que estaba en vigor antes de irte de la compañía (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan). Si la interrupción es de más de 30 días pero menos de 13 semanas, tendrás 60 días después de regresar al empleo para darte de baja o de otro modo cambiar la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente.

Si regresas al trabajo después de 13 semanas, te considerarán recién elegible y tendrás que completar el periodo de espera de elegibilidad que corresponde.

Consulta el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#) para ver los detalles.

Si te das de baja o reduces la cubierta y te reinscribes

Si te das de baja o reduces la cubierta y te reinscribes en el término de 30 días, puedes reinscribirte en la misma cubierta que tenías antes de darte de baja o reducir la cubierta.

Si te reinscribes más de 30 días después de darte de baja o reducir la cubierta, puedes inscribirte en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#).

SI SE DA DE BAJA UN DEPENDIENTE Y SE REINSCRIBE

Si se da de baja de la cubierta a un hijo dependiente y luego se determina que es elegible para cubierta en el término de 30 días, el dependiente será reinscrito automáticamente en la misma cubierta que eliges para ti mismo.

Si tu dependiente recupera la elegibilidad y se reinscribe después de los 30 días, será considerado como dependiente recién elegible. Podrás inscribirlo en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad e Inscripción](#).

Seguro por accidentes en viajes de negocios

Seguro por accidentes en viajes de negocios	90
Cómo nombrar a un beneficiario	90
Cómo presentar una reclamación	91
Cuándo se pagan los beneficios	91
Beneficios adicionales	92
Cuándo no se pagan los beneficios	92
Cuándo termina la cubierta	93
Si dejas la compañía y te recontratan	93
Seguro médico para viajes de negocios internacionales	93

This information is intended to be a summary of your benefits and may not include all policy provisions. If there is a discrepancy between this document and the policies issued by the applicable insurers under this chapter regarding the calculation of benefits and limitations under the policies, the terms of the policies will govern. You may obtain a copy of these policies by contacting the Plan.

Seguro por accidentes en viajes de negocios

Mientras viajas por motivos de negocios autorizados de la compañía, el seguro por accidentes en viajes de negocios de Walmart te protege económicamente en caso de ocurrir un accidente que cause ciertos tipos de lesiones o muerte.

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Cambiar la designación de beneficiario	Visita One.Walmart.com	Las designaciones de beneficiario no se pueden hacer por teléfono.
Para obtener más detalles		Llama a Prudential al 877-294-7026
Presentar una reclamación al seguro por accidentes en viajes de negocios		Llama a Prudential al 877-294-7026
Obtener más detalles sobre el seguro médico para viajes de negocios internacionales de GeoBlue	Visita geo-blue.com	Llama a GeoBlue al 888-412-6403

Lo que debes saber sobre el seguro por accidentes en viajes de negocios

- Walmart ofrece a todos sus asociados un seguro por accidentes en viajes de negocios. No tiene costo alguno para el asociado ni es necesario inscribirse.
- El seguro por accidentes en viajes de negocios paga un beneficio por pérdida de vida, extremidades, vista, habla, audición o por parálisis debido a un accidente en el que te veas involucrado mientras viajabas para fines de negocios autorizados de la compañía.
- La cantidad de la cubierta por accidentes en viajes es tres veces la cantidad de tu sueldo básico anual, hasta un máximo de \$1 millón.
- Este seguro patronal se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Hay un seguro médico para viajes de negocios internacionales disponible para viajeros elegibles por medio de GeoBlue.

Seguro por accidentes en viajes de negocios

Para protegerte mientras viajes para fines de negocios, Walmart ofrece a todos los asociados un seguro por accidentes en viajes de negocios. No tiene costo alguno para el asociado ni es necesario inscribirse. La cubierta entrará en vigor en tu primer día de trabajo activo. Se te considerará activo en el trabajo si tienes estatus activo y no estás en licencia. Para ver los detalles, consulta el capítulo de **Elegibilidad e Inscripción**.

Si sufres una lesión cubierta que causa pérdida o muerte mientras viajas para fines de negocios autorizados de la compañía, se pagará un beneficio en un solo pago global, a ti o a tus beneficiarios, de hasta tres veces tu sueldo básico anual, hasta un máximo de \$1 millón y un mínimo de \$200,000 (a menos que se especifique lo contrario).

El sueldo básico anual se define de la siguiente forma:

- **Para los asociados no exentos:** La tasa salarial por hora anualizada según aparece en el sistema de nómina de Walmart a la fecha de la pérdida o muerte.
- **Para los asociados exentos y directivos:** El sueldo básico según aparece en el sistema de nómina de Walmart a la fecha de la pérdida o muerte.

Los ingresos básicos anuales no incluyen los bonos que puedas recibir.

Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que el beneficio de seguro por accidentes en viajes de negocios se pague conforme a tus deseos, debes nombrar a un beneficiario o varios. Puedes hacerlo accediendo a **One.Walmart.com**. Te recordamos que solo se aceptarán las designaciones de beneficiarios hechas en línea. Recibirás cualquier beneficio pagadero por las lesiones indicadas en la sección de **Cuándo se pagan los beneficios del seguro por accidentes en viajes de negocios** más adelante en este capítulo.

Puedes nombrar a quien desees. Si el beneficiario o los beneficiarios que tienes en la lista entregada a Walmart son distintos a los que aparecen en tu testamento, prevalecerá la lista que mantiene Walmart. Si no has designado un beneficiario para el beneficio de seguro por accidentes en viajes de negocios, el pago se hará a los familiares que te sobreviven según se describe en la sección de **Si no nombras a un beneficiario** más adelante en este capítulo.

Es necesario proveer la información que sigue para cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono
- Relación que tiene contigo

- El número de Seguro Social
- Fecha de nacimiento y
- El porcentaje que deseas designar a cada beneficiario, hasta el 100%.

Si designas a dos beneficiarios o más y no se especifican sus partes, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario nombrado muere antes que tú, cesará de ser beneficiario y el beneficio será compartido equitativamente entre los beneficiarios restantes, a menos que tu formulario de beneficiarios diga lo contrario. Si tú y tu beneficiario mueren en el mismo evento y no es posible determinar quién murió primero, se considerará que el beneficiario murió antes.

Puedes nombrar a un menor como beneficiario; sin embargo, es posible que la ley no permita que Prudential le pague al menor hasta que este cumpla la mayoría de edad. Te sugerimos consultar con un abogado o asesor patrimonial antes de nombrar a un menor como beneficiario. Si nombras a un menor como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerales con la porción que le corresponde a dicho menor.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a **One.Walmart.com**. Cualquier cambio de beneficiario deberá completarse y enviarse a Walmart antes de tu muerte y solo tú podrás enviarlo.

SI NO NOMBRAS A UN BENEFICIARIO

Si no nombras a un beneficiario, el pago será efectuado a los miembros de tu familia que te sobreviven en el orden que sigue:

1. Viudo o viuda o pareja de la persona difunta; si no te sobrevive, entonces
2. Hijos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
3. Padres en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
4. Hermanos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
5. Tu herencia.



Es importante mantener al día la información del beneficiario. El pago irá a la persona que aparece en el formulario de beneficiarios que tiene Walmart, independientemente de tu relación actual con esa persona y a menos que la ley disponga lo contrario. Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a **One.Walmart.com**.

Cómo presentar una reclamación

Dentro de los 12 meses posteriores a la lesión o muerte del asociado o dentro de 90 días después de vencer cualquier pago periódico (como los pagos por estado de coma) se debe proporcionar la información que sigue acerca del asociado:

- Nombre
- Número de Seguro Social
- Ocurrencia, naturaleza y grado de la lesión
- Fecha de la muerte o lesión y
- Causa de la muerte o lesión (si se conoce).

Se requiere una copia original o certificada del acta de defunción como evidencia de muerte. El acta de defunción debe enviarse por correo a:

**The Prudential Insurance Company of America
Group Life Claim Division
P.O. Box 8517
Philadelphia, Pennsylvania 19176**

La reclamación no se finalizará hasta que se reciba el acta de defunción, si corresponde. La aceptación del acta de defunción no garantiza el pago.

Los beneficios pueden pagarse en un solo pago global o, a solicitud escrita, en plazos mensuales. Solo se pagará un beneficio, el más alto, si sufres más de una pérdida como resultado de un solo accidente.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#). Los beneficiarios tienen el derecho de apelar una reclamación denegada.

Los beneficios se pagan conforme a los términos de la póliza de seguro. Para obtener más detalles, contacta a Prudential al **877-294-7026**.

Cuándo se pagan los beneficios

Los beneficios se pagan si sufres una lesión accidental mientras viajas para fines de negocios autorizados de la compañía o debido a un ataque criminal mientras estás trabajando; tus lesiones son la causa única y directa de una pérdida cubierta y proporcionas la debida evidencia de la lesión accidental y la pérdida cubierta a Prudential.

Viajar para fines de negocio incluye usar una compañía de transportes común o cualquier medio de transporte que sea propiedad de la compañía y operado por la compañía. Una lesión accidental incluye exposición a los elementos. “Causa única y directa” significa que la pérdida cubierta ocurre en los 12 meses posteriores a la fecha de la lesión accidental y fue un resultado directo de la lesión accidental, independiente de otras causas.

CANTIDAD DEL BENEFICIO

UNA LESIÓN CUBIERTA OCURRE...	CANTIDAD DEL BENEFICIO
While traveling on authorized company business	Tres veces tu sueldo básico anual hasta un máximo de \$1,000,000 Beneficio mínimo: \$200,000
Debido a un acto criminal mientras estás trabajando	hasta \$10,000

PÉRDIDAS CUBIERTAS POR LAS CUALES SE PAGA EL BENEFICIO TOTAL

- Cuadruplejía: parálisis total de las extremidades superiores e inferiores.
- Paraplejía: parálisis total de ambas extremidades inferiores.
- Hemiplejía: parálisis total de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo.
- Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos: desmembramiento a la altura o por encima de las articulaciones de las muñecas o los tobillos, o una pérdida total e irrecuperable de la vista.
- Pérdida de un pie y una mano: desmembramiento a la altura o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo.
- Pérdida del habla y de la audición en ambos oídos: pérdida del habla y de la audición que continúa por un mínimo de seis meses consecutivos después del accidente.
- Pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo: desmembramiento a la altura o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo con pérdida total e irrecuperable de la vista de un ojo.

50% DEL BENEFICIO TOTAL

- Pérdida de una mano o un pie: desmembramiento permanente a la altura o por encima de la muñeca, pero por debajo del codo, o desmembramiento permanente a la altura o por encima del tobillo, pero por debajo de la rodilla.
- Daño cerebral: un daño físico permanente e irreversible al cerebro que causa una incapacidad total para realizar todas las funciones y actividades sustanciales y materiales de la vida cotidiana. Dicho daño deberá manifestarse no más de 30 días después de la lesión accidental, requerir hospitalización de un mínimo de cinco días y persistir por 12 meses consecutivos.
- Pérdida de la vista en un ojo: pérdida total y permanente de la vista en un ojo.
- Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos: pérdida del habla y de la audición que continúa por un mínimo de seis meses consecutivos después del accidente.

25% DEL BENEFICIO TOTAL

- Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano: desmembramiento de cada uno a la altura o por encima de la articulación más cercana a la muñeca.
- Monoplejía: parálisis total de una extremidad..

“Parálisis” significa la pérdida del uso, sin desmembramiento, de una extremidad. Es necesario que un médico determine que la pérdida es completa e irreversible.

“Desmembramiento” significa que la extremidad sufre una separación o ruptura completa del cuerpo.

BENEFICIO EN CASO DE COMA

Si estás o entras en estado comatoso durante los 365 días posteriores a un accidente cubierto, se pagará, por hasta 50 meses, un beneficio mensual por estado de coma equivalente a lo que sea mayor entre el 2% del beneficio total o \$100. Este beneficio se paga después de 31 días consecutivos de estar en estado comatoso.

“Coma” significa un estado profundo y total de pérdida de conciencia del cual la persona comatosa no puede ser despertada, incluso con estímulo potente, según determinado por el médico de la persona. Dicho estado deberá comenzar en el término de 365 días después de la lesión accidental y continuar por 31 días consecutivos y deberá ser total, continuo y permanente al final del periodo de 31 días.

La cantidad máxima que te pagará el seguro por accidentes en viajes de negocios por todas las pérdidas cubiertas como resultado de un accidente cubierto es la cantidad total del beneficio. Si más de un asociado sufre una pérdida como resultado del mismo accidente, el máximo que pagará la póliza del seguro por accidentes en viajes de negocios por todas las pérdidas es \$10 millones por accidente y, de ser necesario, los beneficios serán prorrateados entre los asociados afectados que sufrieron una pérdida en el accidente. El pago máximo total se aumenta a \$20 millones si el accidente cubierto ocurre mientras viajas ida o vuelta o mientras asistes a una reunión anual de accionistas de Walmart, la reunión anual pre-navidad (holiday meeting) o la reunión de comienzo de año (annual year beginning meeting).

Beneficios adicionales

El seguro por accidentes en viajes de negocios provee estos beneficios adicionales:

- Beneficio por uso del cinturón de seguridad: Si pierdes la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras usas el cinturón de seguridad, es posible que se pague un beneficio adicional de hasta \$10,000.
- Beneficio de bolsa de aire: Si pierdes la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras usas el cinturón de seguridad y se activa una bolsa de aire funcional en el asiento que estabas ocupando, es posible que se pague un beneficio adicional de hasta \$10,000.

- Beneficio por gastos funerarios: Si pierdes la vida en los 365 días posteriores y como resultado de un accidente cubierto, es posible que se pague un beneficio adicional de hasta \$5,000.
- Beneficio por evacuación médica: En el caso de que, como resultado de un accidente cubierto, requieras evacuación médica y estés a por lo menos 100 millas de tu residencia, es posible que se pague un beneficio adicional de hasta \$15,000.
- Relocalización y acompañamiento familiar: Si tu cónyuge o pareja o hijo dependiente sufre una pérdida cubierta mientras viaja contigo para fines de negocio (o en camino a encontrarse contigo), es posible que se pague un beneficio adicional de hasta \$100,000 por pérdidas sufridas por tu cónyuge o pareja, y de hasta \$10,000 por cada hijo dependiente.

Todos estos beneficios adicionales están sujetos a los criterios de elegibilidad establecidos por Prudential. Contacta a Prudential para obtener información sobre si alguno de estos beneficios podría aplicarte.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagarán los beneficios del seguro por accidentes en viajes de negocios en los siguientes casos:

- Suicidio o intento de suicidio, ya sea que esté o no la persona en pleno juicio
- Lesiones intencionalmente autoinfligidas o cualquier intento de infligirse dichas lesiones
- Una enfermedad, independientemente de que la pérdida sea el resultado directo o indirecto de la enfermedad
- Un tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad, independientemente de que la pérdida sea el resultado directo o indirecto del tratamiento
- Cualquier infección bacteriana o viral, excepto una infección piogénica producto de una cortadura o herida accidental o una infección bacteriana producto de la ingesta accidental de una sustancia contaminada
- Una guerra o acto de guerra (declarada o no declarada), que incluye la resistencia a una agresión armada o un accidente que ocurre mientras se encuentra en servicio activo a tiempo completo en las fuerzas armadas por más de 30 días (no incluye servicio activo de entrenamiento en la Reserva o la Guardia Nacional)
- Viajar en una aeronave sin licencia
- Viajar como parte de la tripulación de un avión, excepto si este es propiedad y es operado por la compañía
- Cometer o intentar cometer una agresión o delito
- Estar ebrio mientras se conduce un vehículo terrestre, acuático o aéreo, según disponga la ley

- Estar bajo la influencia o haber usado una sustancia controlada, según se define en el Título II de Ley de Control y Prevención Comprensiva del Abuso de Drogas de 1970 según enmendada, a menos que la sustancia sea recetada y administrada conforme a las instrucciones del médico de la persona asegurada.

Cuándo termina la cubierta

La cubierta del seguro por accidente en viajes de negocios termina en tu último día de empleo.

Si dejas la compañía y te reconstruyen

Se restablecerá tu cubierta del seguro por accidente en viajes de negocios (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan).

Seguro médico para viajes de negocios internacionales

Hay un seguro médico para viajes de negocios internacionales disponible por medio de una póliza con GeoBlue para los asociados que realizan viajes de negocio al extranjero.

GeoBlue brinda servicios de asistencia en viajes a ti y a tus dependientes elegibles en el caso de que necesiten tratamiento médico de emergencia mientras viajan para fines de negocios autorizados por la compañía. Walmart paga por esta cubierta en su totalidad: no incurrirás en ningún gasto ni tienes que inscribirte. La cubierta es válida para un viaje de hasta 180 días. La misma no está disponible para viajes personales, incluso cuando se añade un viaje personal a uno de negocios.

SERVICIOS DE GEOBLUE

El seguro médico para viajes de negocios de GeoBlue brinda cubierta para tratamiento médico de emergencia que incluye hospitalización, consultas médicas y medicamentos recetados (no incluye medicamentos de venta sin receta).

GeoBlue cuenta con una red de médicos y centros médicos en más de 180 países y también puede concertar citas en tu nombre y hacer los arreglos de facturación directa. Se recomienda que los asociados se comuniquen con Servicio al Cliente de GeoBlue al **888-412-6403** antes de obtener tratamiento médico, a fin de asegurarse de que el tratamiento esté cubierto.

GeoBlue brinda los servicios a continuación:

- Reembolsos por gastos médicos elegibles
- Asistencia local de médicos, centros médicos y citas médicas
- Garantías de facturación directa y pagos
- Coordinación de evacuaciones médicas de emergencia al centro médico más cercano y adecuado para el asociado y los familiares que le acompañan y

- Repatriación de los restos en caso de muerte.

Si incurres en gastos médicos, debes presentarlos a GeoBlue para reembolso. No debes cargarlos a una tarjeta de crédito corporativa ni presentarlos para reembolso a través del sistema de viajes y gastos.

Se recomienda que los asociados se registren en geo-blue.com antes de un viaje de negocios usando el código de acceso grupal **QH99999WALM**. Al registrarte tendrás acceso a servicios y beneficios como los que siguen:

- Capacidad de imprimir la tarjeta de ID de seguro en caso de que la pierdas
- Localizador de médicos/centros médicos
- Verificador de síntomas
- Traducción de términos médicos y medicamentos e
- Información sobre los riesgos a la salud y seguridad.

Cómo descargar la aplicación de GeoBlue: Una vez te hayas registrado, puedes descargar la aplicación de GeoBlue e iniciar sesión con la dirección de correo electrónico y la contraseña que estableciste cuando te registraste en la página web. La aplicación te ofrece acceso conveniente a la tarjeta de ID y a las herramientas de autoservicio de GeoBlue, entre ellas mapas para llegar al centro/proveedor médico aprobado más cercano, hacer citas, etc.

Tarjetas de ID de miembros de GeoBlue: Las tarjetas tendrán el logotipo de Blue Cross Blue Shield y estarán disponibles en el departamento de viajes. Puedes descargar tarjetas adicionales o reemplazos en geo-blue.com.

Reclamaciones: Por lo general no se requieren formularios de reclamación para los servicios de GeoBlue. Sin embargo, si tienes una pregunta acerca de tus beneficios o si no estás de acuerdo con los beneficios brindados, puedes comunicarte con GeoBlue o enviar una reclamación escrita. Para presentar una reclamación vía correo electrónico o fax, descarga el formulario de reclamación y lee las instrucciones detalladas en el Member Hub de geo-blue.com. Envía la reclamación por correo electrónico a claims@geo-blue.com o por fax al **610-482-9623**.

También puedes enviar la reclamación por correo regular. Descarga el formulario de reclamación del Member Hub en geo-blue.com y envíalo completado a:

**GeoBlue
Claims Department
P.O. Box 1748
Southeastern, Pennsylvania 19399-1748**

Las reclamaciones y apelaciones se determinarán según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en la póliza de GeoBlue. Comunícate con GeoBlue en cualquier momento llamando al **888-412-6403**.

Seguro por incapacidad a corto plazo

Cómo inscribirte en el seguro por incapacidad a corto plazo y cuándo entra en vigor la cubierta	96
Cuándo calificas para los beneficios por incapacidad a corto plazo	96
Cuándo no se pagan los beneficios	96
Cómo presentar una reclamación al seguro por incapacidad a corto plazo	97
Cuándo comienzan los beneficios de incapacidad a corto plazo	97
El beneficio por incapacidad a corto plazo	97
Continuación de la cubierta mientras te encuentras incapacitado	98
Cuándo finalizan los pagos por beneficios de incapacidad a corto plazo	98
Cubierta durante una licencia o una cesantía temporal	98
Cuándo termina la cubierta	98

Esta información no crea un contrato de trabajo inmediato o implícito o cualquier otro compromiso contractual. Walmart puede modificar esta información a su propio criterio sin previo aviso, en cualquier momento, de conformidad con la ley aplicable.

Seguro por incapacidad a corto plazo

Cuando una cirugía programada, una enfermedad o lesión imprevista o las complicaciones de un embarazo exigen que te ausentes del trabajo por un periodo prolongado de tiempo, el seguro por incapacidad a corto plazo de Walmart puede proteger parte de tus ingresos. Cuando no puedes trabajar, el seguro por incapacidad a corto plazo de Walmart trabaja por ti.

RECURSOS DEL SEGURO POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO	
Encuentra lo que necesitas	Otros recursos
Obtener más detalles sobre el seguro por incapacidad a corto plazo	Llama a Multinational al 787-764-1279 o contacta a tu representante de RH
Presentar una reclamación en el término de 90 días a partir de la fecha en que comienza la incapacidad	Contacta a tu representante de RH

Lo que debes saber sobre el seguro por incapacidad a corto plazo

- Todos los asociados son inscritos automáticamente en la cubierta por incapacidad a corto plazo (SINOT) en el primer día de empleo. Las leyes de Puerto Rico exigen la inscripción en el seguro por incapacidad a corto plazo.
- El seguro de incapacidad a corto plazo reemplaza el 65% de tu sueldo semanal promedio, hasta un beneficio máximo de \$113 a la semana, si no puedes trabajar debido a una incapacidad elegible.
- Ten presente que según las leyes de Puerto Rico, los beneficios de maternidad están cubiertos a tenor con la Ley de Madres Obreras. De surgir una incapacidad debido a complicaciones del embarazo, se harían pagaderos los beneficios por incapacidad a corto plazo.

Cómo inscribirte en el seguro por incapacidad a corto plazo y cuándo entra en vigor la cubierta

Los asociados de Walmart se inscribirán automáticamente en la cubierta por incapacidad a corto plazo en su primer día de empleo. La cubierta por incapacidad a corto plazo es un seguro requerido por las leyes de Puerto Rico. La compañía Multinational Life Insurance Company (Multinational) administra este seguro para los asociados de Walmart. Para información acerca de esta cubierta, llama al número indicado en la sección de [Recursos del seguro por incapacidad a corto plazo](#) al principio de este capítulo.

El seguro por incapacidad a corto plazo ofrece hasta un 65% de tu sueldo semanal promedio por un máximo de 26 semanas después de un periodo de espera de siete días si te incapacitas según la definición del Plan. Si te hospitalizas, los beneficios comienzan en el primer día de hospitalización. El beneficio máximo semanal conforme al plan de incapacidad a corto plazo es de \$113. Para obtener información adicional sobre tu sueldo semanal promedio, consulta la sección de [El beneficio por incapacidad](#) a corto plazo más adelante en este capítulo.

La cubierta comienza en el primer día de empleo.

EL BENEFICIO POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO	
Si...	Tu beneficio es de:
<ul style="list-style-type: none"> Estás completamente incapacitado para el trabajo durante más de siete días debido a una incapacidad cubierta (el periodo de espera no aplica si estás hospitalizado) Estás recibiendo tratamiento médico Recibiste sueldos de \$150 o más durante un año básico 	<p>65% de tu ingreso semanal promedio, hasta un beneficio máximo de \$113 a la semana.</p> <p>Por ejemplo, 65% de \$400 equivale a un beneficio semanal de \$260, pero recibirás el beneficio máximo de \$113.</p>
<p>NOTA: "Año básico" significa los primeros cuatro de los últimos cinco trimestres del año natural que comienzan inmediatamente antes de la fecha en que presentas una solicitud de beneficios.</p>	

Cuándo calificas para los beneficios por incapacidad a corto plazo

A fin de calificar para beneficios por incapacidad a corto plazo, deberás:

- Presentar evidencia médica provista por un médico cualificado indicando que estás incapacitado según la definición del Plan y
- Recibir la aprobación de tu reclamación por parte de Multinational.

Es posible que Multinational exija una prueba escrita de tu incapacidad o información adicional antes de tomar una decisión sobre la reclamación. Una declaración de tu médico de que "no puedes trabajar", por sí sola no te cualifica para los beneficios del seguro por incapacidad a corto plazo. Ten presente también que la aprobación de una licencia médica no constituye una aprobación para recibir estos beneficios.

Según lo define el Plan, "incapacidad" o "incapacitado" significa:

- Que no puedes realizar las tareas esenciales de tu trabajo conforme a la evidencia médica provista por un médico cualificado que no eres tú ni un miembro de tu familia (no cumplir con los requisitos necesarios para conservar una licencia que te permita realizar las tareas de tu trabajo no significa que estés totalmente incapacitado);
- Estás recibiendo atención continua de un médico cualificado y
- La incapacidad se debe a una lesión, enfermedad, o a las complicaciones de un embarazo.

Si la incapacidad tiene más de una causa, se pagará como si solo fuera una. El beneficio máximo para cualquier periodo de incapacidad se limita a 26 semanas.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagarán beneficios de incapacidad a corto plazo por:

- Una enfermedad o lesión que no reciba tratamiento de un médico o quiropráctico cualificado
- Una pérdida causada por una guerra o un acto de guerra (declarada o no), insurrección, rebelión o por tomar parte en un motín o un disturbio civil
- Una pérdida causada por una enfermedad o lesión mientras sirves en el servicio militar de cualquier país involucrado en una guerra u otro conflicto armado
- Una lesión sufrida mientras cometes o intentas cometer un delito
- Una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo
- Una lesión sufrida mientras estás involucrado en un accidente vehicular o una pérdida causada por una enfermedad o lesión por la cual la ACAA paga beneficios o podría pagarlos si se presenta la debida reclamación
- Una pérdida causada por cualquier enfermedad o lesión por la cual se pagan beneficios de compensación al trabajador pagados por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado o podrían pagarse si se presenta la debida reclamación y
- Una lesión o pérdida por la cual se pagan o podrían pagarse beneficios de un Seguro Choferil si se presenta la debida reclamación y
- Cualquier otra lesión o pérdida que esté excluida de la cubierta según los términos de la póliza.

Cómo presentar una reclamación al seguro por incapacidad a corto plazo

Deberás presentar la reclamación por incapacidad a corto plazo en el término de 90 días a partir del comienzo de la incapacidad a fin de garantizar los beneficios. Si presentas la reclamación por incapacidad a corto plazo después del término de 90 días a partir del comienzo de la incapacidad deberás ofrecer una justificación razonable por la demora.

Si sufres una enfermedad o lesión que sea incapacitante, sigue los pasos a continuación:

PASO 1: Notifica a tu supervisor en cuanto sepas que te vas a ausentar del trabajo debido a una enfermedad o lesión.

PASO 2: En o después del último día que trabajaste, llama a tu representante de RH para reportar la incapacidad y obtener el formulario de reclamación que debes llenar. No se puede comenzar a procesar la reclamación hasta que hayas dejado de trabajar.

PASO 3: Llena el formulario de reclamación con la información personal y entrégalo completado al representante de RH. La oficina de Recursos Humanos es responsable de completar la información solicitada en el formulario acerca de la compañía.

PASO 4: Solicita a tu doctor que complete la información médica, que incluya:

- El diagnóstico y
- la fecha de incapacidad y la duración prevista de la misma.

PASO 5: Una vez se haya completado el formulario con la información personal, médica y de la compañía, serás responsable de enviarla a la división de reclamaciones de Multinational.

Las reclamaciones se determinarán en los periodos de tiempo y según los requisitos establecidos por Multinational. Tienes el derecho de apelar una reclamación denegada.

Multinational podría exigir una evidencia escrita de tu incapacidad o información médica adicional antes de comenzar a pagar los beneficios.

Cuándo comienzan los beneficios de incapacidad a corto plazo

Si te aprueban los beneficios del seguro por incapacidad a corto plazo, estos comenzarán después del periodo de espera de siete días, en el día 8 natural después del comienzo de tu incapacidad. Si te hospitalizas, los beneficios comienzan en el primer día de hospitalización. Si tu reclamación de beneficios por incapacidad a corto plazo se aprueba retroactivamente, te pagarán en un solo pago global cualquier beneficio que de otra forma te hubiesen pagado mientras la decisión sobre la reclamación estaba pendiente.

Podrías usar los días de enfermedad o vacaciones que tienes acumulados para sustituir el periodo de espera para los beneficios.

No acumularás horas de beneficios por enfermedad, vacaciones ni de ningún otro tipo mientras recibes los beneficios por incapacidad a corto plazo.

El beneficio por incapacidad a corto plazo

La cantidad del beneficio por incapacidad a corto plazo se basa en tu salario semanal promedio.

El beneficio máximo semanal conforme al plan de incapacidad a corto plazo es de \$113.

El sueldo bruto total incluye:

- Horas extra
- Incentivos, excepto el bono de Navidad
- Vacaciones y
- Paga por enfermedad.

El beneficio por incapacidad a corto plazo es de 65% de tu salario semanal promedio, hasta un máximo de \$113 a la semana.

El beneficio semanal se reducirá por la cantidad de otros beneficios o ingresos que recibas o que cualifiques para recibir (tú o tu familia). Los ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes ingresos:

- Compensación al trabajador ("El Fondo") o cualquier otro programa gubernamental que provea beneficios por incapacidad o desempleo como resultado de tu empleo con la compañía
- Pólizas individuales relacionadas con el patrono
- Seguro automovilístico de ACAA y Pagos globales o acuerdos de liquidación relacionados con la incapacidad.

El beneficio de incapacidad a corto plazo incluye un beneficio por muerte por la cantidad de \$4,000, y pagará además hasta \$3,000 para cubrir los gastos funerarios.

Multinational tiene el derecho de recuperar cualquier cantidad que se pague de más en beneficios por incapacidad a corto plazo conforme a este plan.

SALARIO SEMANAL PROMEDIO	
Tiempo en el empleo	Cómo se determina el salario semanal promedio
Empleado por 12 meses o más	Ingreso bruto total ÷ 52 semanas anteriores Por ejemplo, el sueldo semanal promedio de un asociado con un ingreso bruto total al año de \$20,800 es de \$400 (\$20,800 ÷ 52)
Empleado por menos de 12 meses	Ingreso bruto total ÷ número de semanas trabajadas Por ejemplo, el sueldo semanal promedio de un asociado con un ingreso bruto total de \$4,800 por 12 semanas de trabajo es de \$400 (\$4,800 ÷ 12).

Continuación de la cubierta mientras te encuentras incapacitado

Si deseas continuar los beneficios de seguro médico, dental, AD&D, y seguro de vida opcional para asociados y para dependientes mientras recibes beneficios por incapacidad a corto plazo, tienes que efectuar los pagos de las primas de estos beneficios en cada periodo de nómina. Estas cantidades no serán deducidas de los pagos de los beneficios por incapacidad a corto plazo. Si dejas de pagar las primas de tus otros planes de beneficios, estos podrían ser cancelados. Consulta el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#) para ver los detalles.

No se cancelará la cubierta de incapacidad a corto plazo y a largo plazo si estás recibiendo pagos conforme a esta póliza. No se te exigirá pagar las primas del seguro por incapacidad a largo plazo mientras recibes los beneficios de incapacidad a corto plazo.

Cuándo finalizan los pagos por beneficios de incapacidad a corto plazo

Los pagos de los beneficios por incapacidad a corto plazo terminarán en la fecha que ocurra primero entre las siguientes:

- La fecha en que ya no te encuentres incapacitado
- La fecha en que no cumplas con presentar una evidencia de incapacidad que sea satisfactoria para Multinational
- La fecha en que ya no te encuentres recibiendo la atención regular de un médico
- La fecha en que rehúses ser examinado, si Multinational exige un examen médico
- El último día del periodo máximo en el que son pagaderos los beneficios (al final de las 26 semanas) o
- La fecha de tu muerte.

SI REGRESAS AL TRABAJO Y TE INCAPACITAS DE NUEVO

Si regresas al trabajo durante 90 días naturales o menos de trabajo activo y vuelves a sufrir una incapacidad debido a la misma condición que causó el primer periodo de incapacidad, o una relacionada, los beneficios de incapacidad a corto plazo comenzarán donde se quedaron antes de regresar al trabajo. No habrá un periodo de espera adicional. La duración combinada de los beneficios no excederá de 26 semanas.

Si has regresado al trabajo activo durante cualquier número de días naturales y luego vuelves a incapacitarte debido a una nueva causa no relacionada, se considerará que es una incapacidad nueva y podrías cualificar para un total de 26 semanas de beneficios. Aplicará un nuevo periodo de espera de siete días naturales. Si te hospitalizas, los beneficios comienzan en el primer día de hospitalización.

Cubierta durante una licencia o una cesantía temporal

Una vez haya comenzado la cubierta por incapacidad a corto plazo, si no estás activo en el trabajo debido a una licencia aprobada o a una cesantía temporal, seguirás siendo elegible para los beneficios de dicha cubierta por 180 días a partir de tu último día de trabajo. Tu cubierta terminará en el día 181. La cubierta se restablecerá si regresas al estatus de trabajo activo en el término de un año.

Cuándo termina la cubierta

La cubierta del seguro por incapacidad a corto plazo termina:

- Cuando termine tu empleo o
- En la fecha de tu muerte.

Seguro por incapacidad a largo plazo

Los planes de seguro por incapacidad a largo plazo (LTD)	102
Cuándo calificas para recibir los beneficios	102
Cómo presentar una reclamación por incapacidad a largo plazo	103
Cuándo no se pagan los beneficios	103
Cuándo comienzan los beneficios de LTD	103
Cómo calcular el beneficio	104
Si te encuentras incapacitado y trabajando	105
Cuándo finalizan los pagos de beneficios	106
Si regresas al trabajo y te incapacitas de nuevo	107
Cubierta durante una licencia o una cesantía temporal	107
Cuándo termina la cubierta	107
Si dejas la compañía y te recontratan	108
Si pierdes la elegibilidad y luego la recuperas o te das de baja y te reinscribes	108

Esta información representa un resumen de tus beneficios y puede que no incluya todas las disposiciones de la póliza. Si hay alguna discrepancia entre este documento y las pólizas emitidas por The Lincoln National Life Insurance Company (Lincoln) con respecto al cálculo de beneficios y las limitaciones de la póliza, regirán los términos de las pólizas. Puedes obtener una copia de la póliza comunicándote con el Plan.

Seguro por incapacidad a largo plazo

Si te incapacitas y no puedes trabajar, el plan de incapacidad a largo plazo de la compañía puede ayudarte. Al inscribirte, este funciona con los demás beneficios que recibes durante tu incapacidad para reemplazar parte del cheque de nómina.

RECURSOS DEL SEGURO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Obtener más detalles o presentar una reclamación	Visita One.Walmart.com/LOA > Me > My Time > Disability	Llama a Lincoln al 888-778-9251

Lo que debes saber sobre el seguro por incapacidad a largo plazo

- Walmart ofrece un plan de incapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) y también un plan LTD mejorado. Si eres un empleado clasificado en el sistema de nómina de Walmart como asociado exento o no exento a tiempo completo, serás elegible para inscribirte en cualquiera de los dos planes.
- Los planes LTD funcionan junto con otros beneficios que recibes mientras estés incapacitado, para reemplazar el 50% de tu sueldo mensual promedio según el plan LTD o el 60% de tu sueldo mensual promedio según el plan LTD mejorado.
- Si te inscribes en cualquier de los dos planes después de tu periodo de elegibilidad inicial te exigirán evidencia de buena salud y, posiblemente, tendrás que someterte a un examen médico por cuenta propia.

Los planes de seguro por incapacidad a largo plazo (LTD)

Serás elegible para inscribirte en cubierta LTD si eres un asociado exento o no exento a tiempo completo. Para ver los detalles sobre las clasificaciones elegibles del puesto de trabajo, consulta la sección de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).

Puedes escoger entre uno de dos planes disponibles:

- **El Plan LTD.** Provee el 50% de tu sueldo mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$15,000, menos la suma de otros beneficios o ingresos que tienes derecho a recibir, después del periodo de espera para beneficios si te incapacitas según lo define el plan.
- **El Plan LTD mejorado.** Provee el 60% de tu sueldo mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$18,000, menos la suma de otros beneficios o ingresos que tienes derecho a recibir, después del periodo de espera para beneficios si te incapacitas según lo define el plan.

Ambos planes los asegura la compañía Lincoln. Para información adicional acerca del periodo de espera, consulta la sección de [Cuándo comienzan los beneficios por incapacidad a largo plazo](#) más adelante en este capítulo. Para obtener información sobre el sueldo mensual promedio u otros ingresos o beneficios que podrían reducir este beneficio, consulta [Cómo calcular el beneficio](#) y [Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios de LTD](#) más adelante en este capítulo.

La fecha en que comienza la cubierta depende de cuándo te inscribes en la cubierta:

- Si te inscribes durante el periodo de inscripción inicial, la cubierta comienza en la fecha de vigencia, según se detalla en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).
- Si te inscribes cuando te trasladas de una clasificación de puesto de trabajo a otra la cubierta comienza en la fecha de vigencia. Consulta el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#) para obtener información acerca del periodo de transición de inscripción y la fecha de vigencia.
- Si te inscribes en cualquier momento después de tu periodo de inscripción inicial, esto se considerará una “inscripción tardía” y estarás sujeto a los requisitos de evidencia de buena salud. Es posible que tengas que someterte a un examen médico por cuenta propia para que se apruebe la cubierta. Si se aprueba, la cubierta entrará en vigor el primer día del próximo período de nómina luego de recibir la aprobación de Lincoln. Si no se aprueba,

serás elegible para inscribirte en el Plan LTD o el Plan LTD mejorado solo durante la próxima inscripción anual o después de un evento de cambio de estatus.

Si estás inscrito en el Plan LTD o el Plan LTD mejorado podrás darte de baja solo durante la próxima inscripción anual o después de un evento de cambio de estatus. Si luego te reinscribes, se considerará una “inscripción tardía” según se describe anteriormente.

Para recibir los beneficios del Plan LTD o el Plan LTD mejorado, es necesario que estés en trabajo activo al momento de tu incapacidad, a menos que se trate de ciertos casos de licencia o cesantía, según se describe en este capítulo bajo [Cubierta durante una licencia o cesantía temporal](#). Estar activo en el trabajo significa que has trabajado horas durante el periodo de nómina que precede, si eres un asociado no exento o has ganado un sueldo, si eres un asociado exento. Consulta el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#) para ver los detalles.

EL COSTO DE LA CUBIERTA DE LTD

El costo de la cubierta LTD se basa en tus ingresos quincenales, tu edad y si eliges el Plan LTD o el Plan LTD mejorado. Las primas se deducen de todos los ingresos, incluidos los bonos. Los pagos de las primas del seguro LTD son exonerados durante cualquier periodo en el que se paguen beneficios LTD, sin afectar las primas de otros beneficios. Walmart no retendrá las primas de los otros beneficios de los beneficios de LTD. Sin embargo, en el caso de que recibas otros ingresos, incluidos los bonos, a través de los sistemas de nómina de Walmart mientras estés recibiendo beneficios LTD, las primas de todos los beneficios se retendrán de dichos pagos.

Cuándo cualificas para recibir los beneficios

Según los términos del Plan LTD y Plan LTD mejorado, “incapacidad” o “incapacitado” significa que, debido a una lesión o enfermedad ocurrida durante el periodo de espera del beneficio y durante los próximos 24 meses de incapacidad, no puedes realizar las tareas materiales y sustanciales de tu trabajo particular y que, después de 24 meses de pagos de beneficios, no puedes realizar las tareas materiales y sustanciales de ningún trabajo para el cual eres razonablemente apto, dado tu adiestramiento, educación, experiencia, edad y capacidad física o mental.

Al determinar si una persona que no sea piloto o copiloto está incapacitada, Lincoln no tendrá en cuenta los factores laborales, que incluyen, pero no se limitan a: conflictos interpersonales en el lugar de trabajo, recesión, obsolescencia del puesto, cortes salariales, puestos compartidos o pérdida de una licencia o certificación profesional u ocupacional.

A fin de cualificar para recibir los beneficios LTD:

- Tienes que estar incapacitado para regresar al trabajo después del periodo inicial de espera del beneficio por incapacidad.
- Tienes que continuar recibiendo la debida atención de un médico cualificado (entre los médicos cualificados se incluyen los médicos y profesionales con licencia que no están relacionados contigo y que brindan servicios dentro del ámbito de sus licencias).
- Lincoln tiene que recibir y aprobar la certificación con la documentación médica que respalda la incapacidad proveniente del médico cualificado antes de considerar el pago de los beneficios.

EXCLUSIÓN POR CONDICIONES PREEXISTENTES

No recibirás beneficios de LTD por cualquier incapacidad o incapacidad parcial que comience durante los primeros 12 meses después de la fecha en que entra en vigor tu cubierta cuando dicha incapacidad o incapacidad parcial sea a causa o resultado de una condición preexistente, ya sea parcial o completamente. “Condición preexistente” es cualquier afección que sea resultado de una lesión o enfermedad para la cual fuiste diagnosticado o recibiste tratamiento durante el periodo de tres meses previo a la fecha que entra en vigor tu cubierta. Según los términos de la exclusión por condiciones existentes, “tratamiento” significa que estás consultando o recibiendo atención o servicios provistos por un médico o bajo su dirección, incluidas las pruebas diagnósticas; te recetan medicamentos, ya sea que optes por tomarlos o no, o usas medicamentos.

Si cambias del Plan LTD (beneficio del 50%) al Plan LTD mejorado (beneficio del 60%), la exclusión por condiciones existentes aplicará a la cantidad de cubierta adicional. Si habías cumplido con el requisito de condiciones preexistentes del Plan LTD (beneficio del 50%) y luego sufres una incapacidad antes de cumplir con el requisito de condiciones preexistentes del Plan LTD mejorado (beneficio del 60%), solo recibirás los beneficios del Plan LTD (50%).

Cómo presentar una reclamación por incapacidad a largo plazo

Llama a Lincoln al **888-778-9251** en cuanto sepas que tendrás que usar el beneficio de LTD. Lincoln te ofrecerá información adicional sobre cómo llenar el formulario de reclamación.

Los asociados que reciben beneficios del Fondo de Seguro del Estado y están inscritos en el Plan LTD o el Plan LTD mejorado podrían ser elegibles para beneficios por incapacidad después de finalizado el periodo de espera de beneficios. Llama a Lincoln al **888-778-9251** para reportar una reclamación por incapacidad a largo plazo.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones**. Tienes el derecho de apelar una reclamación denegada. Consulta el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones** para ver los detalles.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagarán beneficios por ninguna reclamación por incapacidad a largo plazo (LTD) que se deba a:

- La guerra, ya sea declarada o no, o cualquier acto de guerra
- Participación activa en un motín
- La comisión o intento de cometer un delito mayor o menor
- Cirugía cosmética, a menos que dicha cirugía esté relacionada con una lesión o enfermedad sufrida mientras la persona está asegurada.

No se pagará ningún beneficio durante periodo de encarcelamiento.

Cuándo comienzan los beneficios de LTD

Si Lincoln te aprueba los beneficios por incapacidad a largo plazo, estos comenzarán después de tu periodo de espera:

- Para los asociados no exentos a tiempo completo: El periodo de espera es de 26 semanas o el final de los beneficios por incapacidad a corto plazo, lo que sea más largo.
- Para los asociados exentos: El periodo de espera es de 90 días o el final del programa patronal de continuación de sueldo, lo que sea más largo.

SI REGRESAS AL TRABAJO DURANTE EL PERIODO DE ESPERA Y TE INCAPACITAS DE NUEVO

Si dejas de estar incapacitado y regresas a trabajar a tiempo completo por un número de días naturales especificado (según se define más adelante) o menos durante un periodo de espera, el periodo de espera será suspendido y tendrás que cumplir con el balance del periodo de espera si vuelves a estar incapacitado. Si regresas al trabajo por un total de más del número días naturales especificado mientras satisfaces el periodo de espera de beneficios, tendrás que cumplir con un periodo de espera completamente nuevo en el caso de que te incapacites de nuevo antes de ser elegible para recibir los beneficios de LTD. El “número de días naturales especificado” significa: (i) 60 días para los asociados no exentos y (ii) 180 días para los asociados exentos.

Cómo calcular el beneficio

La cantidad de la cubierta de incapacidad a largo plazo se basa en:

- Tu sueldo mensual promedio y
- Si estabas inscrito en el Plan LTD o el Plan LTD mejorado.

SUELDO MENSUAL PROMEDIO	
Tiempo en el empleo	Cómo se determina el salario mensual promedio
Empleado por 12 meses o más	Los ingresos por los 26 periodos de nómina justamente previos al último día que trabajaste ÷ 12 Por ejemplo, el salario mensual promedio de un asociado con ingresos previos a la incapacidad de \$36,000 por los 26 periodos de nómina previos es de \$3,000 ($\$36,000 \div 12$).
Empleado por menos de 12 meses	Ingresos anuales previos a la incapacidad ÷ número de meses trabajados Por ejemplo, el salario mensual promedio de un asociado con ingresos previos a la incapacidad de \$21,000 por siete meses de trabajo es de \$3,000 ($\$21,000 \div 7$).

El sueldo mensual promedio incluye:

- Horas extras
- Incentivos
- Vacaciones
- Paga por días de enfermedad (sin incluir cualquier beneficio por incapacidad anterior) e
- Ingresos regulares por los 26 periodos de nómina (52 si cobras semanalmente) previos al último día que trabajaste. Se excluye cualquier periodo de nómina en el cual no tienes ingresos, lo que reduce el número de periodos de nómina usados en el cálculo.

No se incluyen las comisiones ni ningún otro beneficio marginal o compensación adicional.

Si has estado empleado por menos de 12 meses, se utilizará un promedio anualizado de ingresos.

El beneficio por incapacidad a largo plazo es el siguiente:

BENEFICIO LTD	
Si estás inscrito	Tu cubierta es de
En el Plan LTD	50% de tu ingreso mensual promedio, hasta un beneficio máximo de \$15,000 menos la suma de otros beneficios o ingresos que calificas para recibir (por ejemplo, los beneficios por incapacidad del Seguro Social*)
En el Plan LTD mejorado	60% de tu ingreso mensual promedio, hasta un beneficio máximo de \$18,000 menos la suma de otros beneficios o ingresos para los cuales calificas recibir (por ejemplo, los beneficios por incapacidad del Seguro Social*)

*Consulta **Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios de LTD** para obtener más información.

El beneficio no será menor de \$50 en cualquier mes en el que seas elegible para recibir los beneficios de LTD. El total del pago mensual por incapacidad, más todos los ingresos, no puede exceder del 100% del sueldo mensual promedio que tenías antes de la incapacidad.

Los beneficios por incapacidad a largo plazo se pagan al final del mes, siempre que continúes incapacitado según lo definen los Planes LTD.

Lincoln tiene el derecho a recuperar, y tú deberás pagar, cualquier cantidad que te paguen de más en beneficios del Plan LTD o el Plan LTD mejorado.

LOS IMPUESTOS Y EL BENEFICIO DE LTD

Los asociados pagan el 100% de los costos de la cubierta LTD con aportaciones después de impuestos. Por lo tanto, los beneficios pagaderos a ti en los Planes LTD no están sujetos a contribuciones sobre ingresos.

OTROS BENEFICIOS O INGRESOS QUE REDUCEN LOS BENEFICIOS DE LTD

El beneficio por incapacidad a largo plazo se compensará o se reducirá por la cantidad de otros beneficios o ingresos que recibas o que seas elegible para recibir. Los “otros ingresos” incluyen ingresos de cualquier tipo de empleo, como una licencia por enfermedad formal o informal o un plan de continuación de salario. Con la excepción de los beneficios de retiro, “otros ingresos” solo incluye las sumas a las cuales tú (o, bajo ciertas circunstancias, tu familia) tienes derecho como resultado de la misma incapacidad relacionada a tu beneficio de LTD. Ejemplos de otros beneficios serían los pagos provenientes de:

- Seguro por incapacidad del Seguro Social (que incluye las sumas que tu familia recibe o califica para recibir debido a tu incapacidad)

- Beneficios de retiro de Seguro Social que se otorguen después de la fecha de incapacidad (que incluye los beneficios que tu familia recibe o cualifica para recibir debido a tu derecho a beneficios de retiro)
- Compensación al trabajador (Fondo del Seguro del Estado)
- Planes de seguro grupal relacionados con la compañía que proveen beneficios por incapacidad
- Pólizas pagadas o parcialmente pagadas por la compañía que proveen beneficios por incapacidad, en la medida que dichos beneficios, más el beneficio de LTD, excedan tu sueldo mensual promedio
- Seguro automovilístico de la ACAA
- Pagos estatales por incapacidad (Seguro de Incapacidad No Ocupacional Temporera- SINOT)
- Beneficios por desempleo o
- Un acuerdo de liquidación o fallo, menos los costos relacionados a una demanda, que representa o compensa tu pérdida de ingreso o de función corporal.

Si cualquiera de los beneficios que reducen los beneficios LTD se ajustan posteriormente por aumentos en el costo de vida, tu beneficio por incapacidad a largo plazo no se reducirá más. Consulta la póliza para ver una lista completa de compensaciones. Puedes obtener una copia de la póliza del seguro por incapacidad a largo plazo llamando a Lincoln al **888-778-9251**.

EJEMPLO DE REDUCCIÓN DE BENEFICIO DE LTD		
Sueldo anual: \$36,000	Plan LTD (50%)	Plan LTD mejorado (60%)
Sueldo mensual promedio	\$3,000	\$3,000
Cantidad del beneficio (porcentaje del sueldo mensual promedio, sujeto a un máximo mensual)	\$1,500	\$1,800
Menos el beneficio por incapacidad del Seguro Social	- \$750	- \$750
Menos los beneficios de Seguro Social del dependiente	- \$375	- \$375
Pago LTD (mensual)	\$375	\$675

CÓMO SOLICITAR LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL

Es posible que cualifiques para recibir los beneficios por incapacidad del Seguro Social después de cinco meses de haber estado incapacitado. Si la incapacidad ha durado o se espera que dure 12 meses consecutivos, es posible que los términos de la póliza de LTD te exijan solicitar los beneficios por incapacidad del Seguro Social. Si la Administración de

Seguro Social rechaza la solicitud de beneficios, tendrás que seguir el proceso de apelación de la Administración de Seguro Social.

No solicitar los beneficios por incapacidad del Seguro Social podría significar una reducción de tus beneficios de retiro del Seguro Social cuando alcances la edad de retiro. Si cualificas para los beneficios por incapacidad o retiro del Seguro Social mientras estás recibiendo los beneficios del plan LTD, y el Seguro Social te aprueba la reclamación por incapacidad retroactivamente, tendrás que reembolsar a Lincoln cualquier beneficio de LTD que te hayan pagado de más durante el periodo cubierto por la aprobación retroactiva del Seguro Social.

Lincoln puede asistirte con la solicitud de beneficios por incapacidad de Seguro Social. Para tener acceso a dicha asistencia, es necesario que estés recibiendo un beneficio de Lincoln.

Si te encuentras incapacitado y trabajando

Podrías ser elegible para recibir beneficios por incapacidad si estás parcialmente incapacitado. Según el Plan, los términos "incapacidad parcial" y "parcialmente incapacitado" significan que, como resultado de una enfermedad o lesión, puedes:

- Realizar una o varias, pero no todas, las tareas materiales y sustanciales de tu trabajo particular o de cualquier trabajo a tiempo completo o a tiempo parcial o
- Realizar todas las tareas materiales y sustanciales de tu trabajo particular o de cualquier trabajo a tiempo parcial y
- Ganar entre el 20% y el 80% de los ingresos indexados que percibías previo a la incapacidad.

"Ingresos mensuales previos a la incapacidad" significa la tasa salarial mensual regular vigente durante los 26 periodos de nómina regulares inmediatamente anteriores al último día que trabajaste, dividido entre 12. Los ingresos previos a la incapacidad incluyen las horas extra, incentivos, vacaciones y el pago de licencia por enfermedad, pero no las comisiones ni ningún otro beneficio marginal o compensación adicional. Si has trabajado para la compañía menos de 12 meses, la tasa salarial regular se basará en los ingresos totales que realmente recibiste mientras trabajabas para la compañía inmediatamente antes de la fecha en que te incapacitaste, anualizados y divididos entre 12.

"Ingresos mensuales indexados previos a la incapacidad" significa tus ingresos previos a la incapacidad aumentados anualmente en 7% o el cambio porcentual del índice de precios al consumidor, lo que sea menor.

Lincoln ofrece un beneficio por incentivo de trabajo para los primeros tres meses en que estés parcialmente incapacitado y trabajando. Continuarás recibiendo la cantidad total del beneficio mensual por los primeros tres meses si estás parcialmente incapacitado, a menos que tu beneficio e ingresos mensuales actuales excedan tus ingresos mensuales previos a la incapacidad. El beneficio mensual se reducirá por la cantidad en exceso, de manera que el beneficio mensual más tus ingresos no excedan el 100% de tus ingresos mensuales previos a la incapacidad.

Después de los primeros tres meses en los que estés parcialmente incapacitado y trabajando, se utiliza el cálculo a continuación para determinar el beneficio mensual por incapacidad parcial.

CÁLCULO DE BENEFICIO SI ESTÁS INCAPACITADO Y TRABAJANDO	
[(A - B) ÷ A] x C = D	
A	Tus ingresos mensuales indexados previos a la incapacidad
B	Tus ingresos mensuales parciales en la actualidad
C	El beneficio mensual pagadero si calificaste como incapacitado, menos otros ingresos
D	El beneficio pagadero si estás incapacitado y trabajando

SI FALLECES MIENTRAS ESTÁS RECIBIENDO BENEFICIOS DE LTD

La cubierta del plan de seguro LTD termina el día de tu muerte. Sin embargo, si falleces mientras estás recibiendo beneficios de LTD, se pagará a tu cónyuge/pareja un solo pago global de \$5,000 o tres veces tu beneficio mensual bruto de LTD, lo que sea mayor. Si no tienes cónyuge/pareja de hecho que te sobrevive, el pago se hará en partes iguales a los hijos que te sobreviven, incluidos los hijastros e hijos legalmente adoptados. Sin embargo, si cualquiera de ellos es un menor o está incapacitado, el pago se hará en su nombre al albacea de la propiedad del menor designado por el tribunal. Si no tienes cónyuge/pareja ni hijos que te sobreviven, el pago se hará al estado.

Cuándo finalizan los pagos de beneficios

Los pagos de los beneficios LTD terminarán en la fecha que ocurra primero entre:

- La fecha en que no cumplas con presentar una evidencia de incapacidad continua y de atención regular de un médico

- La fecha en que no cooperes con el trámite de tu reclamación. Por ejemplo: si no provees la información o los documentos necesarios para determinar si los beneficios son pagaderos y determinar la cantidad del beneficio.
- La fecha en que rehúes ser examinado o evaluado a intervalos razonables
- La fecha en que rehúes recibir el tratamiento médico apropiado y disponible
- La fecha en que rechaces un trabajo similar con Walmart, con un sueldo comparable, donde se han hecho modificaciones o ajustes para permitirte realizar las tareas materiales y sustanciales del puesto
- La fecha en que puedas realizar tu trabajo particular a tiempo parcial, pero optas por no hacerlo
- La fecha en que tus ingresos mensuales por incapacidad parcial excedan del 80% de tus ingresos indexados previos a la incapacidad
- La fecha en que ya no cumplas con la definición de incapacitado del plan
- El último día del periodo máximo en el que son pagaderos los beneficios (consulta la tabla a continuación) o
- La fecha de tu muerte.

DURACIÓN MÁXIMA DE LA CUBIERTA DE LTD	
Edad en que te incapacitas	Duración de los beneficios
Antes de los 62 años	Hasta la edad normal de retiro (según aparece abajo)
62	48 meses
63	42 meses
64	36 meses
65	30 meses
66	27 meses
67	24 meses
68	21 meses
69 años o más	18 meses

EDAD NORMAL DE RETIRO PARA EFECTOS DEL SEGURO SOCIAL	
Año de nacimiento	Edad normal de retiro
1937 o antes	65
1938	65 + 2 meses
1939	65 + 4 meses
1940	65 + 6 meses
1941	65 + 8 meses
1942	65 + 10 meses
De 1943 hasta 1954	66
1955	66 + 2 meses
1956	66 + 4 meses
1957	66 + 6 meses
1958	66 + 8 meses
1959	66 + 10 meses
1960 o después	67

CUANDO LA INCAPACIDAD SE DEBE A ENFERMEDAD MENTAL, ALCOHOLISMO O ADICCIÓN A DROGAS

A fin de recibir los beneficios de LTD durante más de 24 meses por las incapacidades indicadas a continuación, es necesario que estés confinado en un hospital u otro centro autorizado para ofrecer atención médica.

- Enfermedad mental (no incluye daño cerebral estructural y demostrable)
- Una condición que surge de la enfermedad mental
- Alcoholismo y
- Uso no médico de narcóticos, sedantes, estimulantes, alucinógenos o sustancias similares.

Cuando no estés confinado en un hospital u otro centro autorizado, habrá un beneficio de 24 meses de por vida para estas incapacidades, a menos que estés participando de lleno en un plan de tratamiento extendido para la condición que produjo la incapacidad, en cuyo caso el beneficio será pagadero hasta por 36 meses.

Si regresas al trabajo y te incapacitas de nuevo

Si regresas a trabajar durante menos de seis meses de trabajo activo y vuelves a sufrir una incapacidad debido a la misma condición que causó el primer periodo de incapacidad, o una relacionada, según determinado por Lincoln (se conoce como "reclamación de recaída/recurrente"), la incapacidad recurrente será parte de la misma incapacidad.

Tus beneficios de LTD comenzarán donde se quedaron antes de regresar al trabajo. No habrá un periodo de espera adicional. La duración de los beneficios combinados para ambos periodos de incapacidad no excederá la duración que aparece en la tabla a la izquierda.

Si regresas a trabajar como asociado activo a tiempo completo durante seis meses o más, cualquier recurrencia de una incapacidad se tratará como una incapacidad nueva. Tendrás que completar un nuevo periodo de espera de beneficios.

Cubierta durante una licencia o una cesantía temporal

Una vez haya entrado en vigor la cubierta de LTD y seas elegible para presentar una reclamación de beneficios, si no estás activo en el trabajo debido a una licencia aprobada no relacionada con incapacidad o a una cesantía temporal, seguirás siendo elegible para los beneficios de LTD por 90 días a partir de tu último día de trabajo. Tu elegibilidad para beneficios LTD terminará el día 91 después del comienzo de la licencia aprobada no relacionada con incapacidad o cesantía temporal, pero será restablecida si regresas a estatus de trabajo activo en el término de un año. Consulta la sección de [Continuación de beneficios si te vas de licencia](#) en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#) para obtener más información, incluidos los detalles sobre el pago de beneficios mientras estás de licencia.

Cuándo termina la cubierta

La cubierta LTD termina:

- Cuando termine tu empleo, a menos que te hayas ausentado debido a una incapacidad durante el periodo de espera de beneficios de 26 semanas o cualquier periodo durante el cual no se exige el pago de las primas
- El último día del periodo de nómina en el que tu estatus laboral cambie de un estatus laboral elegible
- El último día de cubierta para la cual se pagaron las primas, si dejas de pagar la prima en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento de la misma
- En la fecha en que dejes de ser elegible
- Si no regresas al trabajo después del último día de una licencia aprobada
- Cuando la compañía deje de ofrecer el beneficio o
- En la fecha de tu muerte.

Además, la cubierta del plan de incapacidad a largo plazo terminaría cuando te des de baja de la cubierta como sigue:

- **Después de un evento de cambio de estatus:** la cubierta termina en la fecha de efectividad del evento. Consulta [Eventos de cambio de estatus](#) en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#) para más información.
- **En la Inscripción Anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Si dejas la compañía y te reconstratan

Si te vas de la compañía y regresas a trabajar a tiempo completo en el término de 13 semanas, te reinscribirán automáticamente en la misma cubierta que tenías antes de irte de la compañía (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan). Si te reinscriben automáticamente en el Plan LTD o el Plan LTD mejorado y optas por darte de baja cuando regreses, podrás hacerlo en el término de 60 días de regresar al empleo.

Si regresas al trabajo después del término de 13 semanas, te considerarán recién elegible y podrás inscribirte en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).

Si pierdes la elegibilidad y luego la recuperas o te das de baja y te reinscribes

Si pierdes elegibilidad y luego la recuperas o te das de baja y te reinscribes en el término de 30 días, te reinscribirán automáticamente en la misma cubierta que tenías antes de perder elegibilidad o darte de baja (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan).

Si pierdes elegibilidad y luego la recuperas o si te das de baja y te reinscribes después del término de 30 días, te considerarán recién elegible y podrás inscribirse en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).

Reclamaciones y apelaciones

Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal	112
Cómo apelar una decisión sobre el estatus de inscripción o elegibilidad	112
Proceso de reclamaciones médicas, dentales y de farmacia	113
Proceso de apelaciones internas	115
Revisión voluntaria	117
Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, dentales y de farmacia	118
Otros derechos relacionados con los beneficios médicos, dentales y de farmacia	119
Reclamaciones de beneficios y derecho a apelar las decisiones sobre reducción, reembolso y subrogación	121
Proceso de reclamaciones al seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro por accidentes en viajes de negocios y seguro AD&D	123
Proceso de reclamaciones y apelaciones para la cubierta por incapacidad	124
Beneficios de Resources For Living	125
Seguro médico para viajes de negocios internacionales	125

Reclamaciones y apelaciones

Como participante del Plan de Salud y Bienestar para Asociados, tienes el derecho de apelar una decisión acerca de tu elegibilidad para el Plan y sus beneficios. Este capítulo describe el proceso y las fechas límite para apelar una reclamación que ha sido denegada en parte o en su totalidad en las áreas de elegibilidad y de los seguros médico, dental, de vida, AD&D y por incapacidad.

RECURSOS	
Encuentra lo que necesitas	
Presentar una reclamación de beneficios	Presentar reclamaciones a los administradores externos del Plan según se explica más adelante en este capítulo
Apelar una reclamación denegada	Presentar apelaciones con las fechas límite provistas en este capítulo para: <ul style="list-style-type: none"> • Reclamaciones médicas a MCS Life • Reclamaciones de farmacia a MC-Rx • Reclamaciones dentales a Delta Dental of Puerto Rico, Inc. • Seguro de vida, seguro por accidentes en viajes de negocio y seguro AD&D a Prudential • Seguro de incapacidad a corto plazo a Multinational, luego al Secretario del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos • Seguro de incapacidad a largo plazo a Lincoln Todas las direcciones aparecen más adelante en este capítulo.
Appeal a decision on eligibility for coverage or enrollment status	Escribe a: Walmart Total Rewards Benefits Attn: Internal Appeals 508 SW 8th Street Bentonville, Arkansas 72716-3500 O envía un fax al 888-715-4154 O, para apelaciones de cubierta de COBRA, escribe a: Alight Solutions Centro de Beneficios COBRA para Walmart P.O. Box 194926 San Juan, Puerto Rico 00919-4926
Designar a un representante autorizado para presentar reclamaciones en tu nombre	Llama al Servicio de Beneficios del Cliente de la Oficina Central de PR al 787-653-1065

Lo que debes saber sobre las reclamaciones y apelaciones

- Tienes derecho a apelar una decisión de elegibilidad adversa que afecte tu cubierta o la cubierta de un miembro de tu familia.
- Tienes el derecho a apelar una decisión de autorización previa adversa respecto a los beneficios solicitados.
- Debes presentar las reclamaciones de beneficios directamente al administrador externo o al proveedor del Plan.
- Tienes derecho a apelar una reclamación que haya sido denegada total o parcialmente.
- Puedes nombrar a otra persona para presentar la apelación a tu nombre. El Plan proporcionará el formulario pertinente para que lo completes y lo firmes. Este es el único formulario de autorización que será aceptado para fines de que otra persona presente una apelación en tu nombre.
- Después de que el administrador externo o el Plan tome una decisión final acerca de la apelación de una reclamación médica o de farmacia, es posible que tengas el derecho de solicitar una revisión externa independiente de dicha decisión.
- Las decisiones acerca de inscripción, estatus de elegibilidad y reclamaciones para los planes que siguen, no cualifican para una revisión externa, pero serán elegibles para una revisión voluntaria del Plan: seguro dental, de vida, AD&D, por incapacidad y por accidentes en viajes de negocio.

Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal

Debes presentar la reclamación al Plan en el término de seis meses. A menos que se especifique lo contrario en el capítulo que describe el beneficio en cuestión, las reclamaciones iniciales de beneficios del Plan deberán presentarse en el término de 6 meses a partir de la fecha del servicio (180 días para reclamaciones de farmacia) u otra fecha en la que primero surja el derecho a presentar una reclamación. Dado que los procedimientos para presentar una reclamación o una apelación de una decisión son diferentes para los distintos planes de beneficios y administradores externos, no dejes de revisar la sección pertinente de este capítulo para obtener más información.

Debes cumplir con todas las fechas de reclamaciones y apelaciones y “agotar” los remedios administrativos antes de poder tomar otra acción legal. Deberás completar las reclamaciones y los procesos de apelación requeridos tal como se indican en este capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#) antes de poder entablar una acción legal o, en el caso de ciertas reclamaciones médicas, de farmacia, salud conductual (Resources for Living) o dentales, acudir a una revisión externa. No puedes entablar una demanda por beneficios si no presentas la reclamación o apelación inicial dentro de los límites de tiempo expuestos en los procedimientos para reclamaciones del Plan. Puedes nombrar a otra persona para presentar la apelación a tu nombre completando el formulario de representante autorizado del Plan.

Tienes un tiempo limitado para entablar una demanda de reclamación de beneficios. Si has completado todas las reclamaciones y apelaciones requeridas y deseas entablar una demanda es necesario que entables cualquier demanda por beneficios en el término de 180 días después de la decisión final sobre la apelación (ya sea del Plan o después de una revisión externa). Si solicitas una revisión voluntaria o una revisión externa de la decisión sobre la apelación, si corresponde, no se contará el tiempo empleado en

la revisión voluntaria hacia los 180 días que tienes para entablar una demanda. Sin embargo, no es requisito que solicites una revisión voluntaria del Plan o una revisión externa de la decisión sobre la apelación antes de entablar una demanda.

NO SE PUEDEN CEDER LOS BENEFICIOS

No puedes ceder tus derechos legales ni otros derechos, como el derecho a presentar apelaciones, el derecho a solicitar copias de ciertos documentos relacionados con el plan, el derecho a acudir a cualquier tipo de litigación en tu nombre, incluidos, pero sin limitarse a litigación por el pago de beneficios, el derecho a litigar por incumplimiento de deber fiduciario y para recuperar multas reglamentarias o tus derechos a cualquier pago bajo el Plan. Sin embargo, el Plan puede optar por remitir los pagos de beneficios directamente a los proveedores de servicios médicos con respecto a los servicios cubiertos, si lo autorizas o lo autorizan tus dependientes, pero solo para tu conveniencia. Los proveedores de servicios médicos no son, ni se debe interpretar que sean, "participantes" o "beneficiarios" conforme a este Plan y no tienen derecho a recibir beneficios del Plan ni de ejercer derechos legales o presentar apelaciones o causas de acción legal a nombre tuyo o de tus dependientes bajo ninguna circunstancia

Cómo apelar una decisión sobre el estatus de inscripción o elegibilidad

Esta sección describe el proceso de apelación que aplica a inscripción y elegibilidad solamente.

Si no estás de acuerdo con la determinación del Administrador del Plan acerca de tu estatus de inscripción o elegibilidad, tienes 365 días a partir del evento de elegibilidad para inscripción para apelar por escrito a la dirección que aparece en la tabla de [Recursos](#) al principio de este capítulo.

Los participantes de COBRA deben enviar la apelación por escrito a Alight a la dirección que aparece en la tabla de [Recursos](#) al principio de este capítulo.

La apelación se tramitará en el término de 60 días a partir de la fecha en que se recibe (30 días para apelaciones de COBRA), a menos que se requiera una prórroga.

El período de 60 días podría extenderse si se determina que la prórroga es necesaria debido a asuntos fuera del control del Plan. Se te notificará antes del final del período de 60 días si se requiere una prórroga o alguna información adicional. Las apelaciones de decisiones de inscripción o elegibilidad no cualifican para una revisión externa pero sí para revisiones voluntarias.

Proceso de reclamaciones médicas, dentales y de farmacia

Esta sección describe el proceso de apelación que se usará solo para los siguientes beneficios:

- Seguro médico
- Farmacia
- Seguro dental y
- Una rescisión de la cubierta, que significa una cancelación de la misma y que tiene una fecha de vigencia retroactiva, excepto cuando la cancelación de la cubierta se deba a la falta de pago de las aportaciones o primas en el debido tiempo.

Si optas por notificar voluntariamente de antemano al administrador externo de un servicio médico programado antes de recibir el tratamiento y no se requiere una notificación previa, la respuesta del administrador externo no es vinculante para el Plan y no está sujeta a apelación. Sin embargo, si los términos o las políticas del Plan, según aplicadas por el administrador externo, te exigen o exigen a tu proveedor una autorización previa de los servicios, y si deniegan la solicitud de autorización previa, esa decisión estará sujeta a apelación.

MCS Life determinará las reclamaciones médicas iniciales. MC-Rx determinará las reclamaciones iniciales de farmacia. Delta Dental of Puerto Rico determinará las reclamaciones dentales iniciales.

PERIODOS DE TIEMPO PARA LAS DETERMINACIONES SOBRE RECLAMACIONES

El tiempo que tomará determinar la reclamación depende del tipo de reclamación.

Reclamaciones pre-servicio. El Plan exige autorización previa para ciertos servicios. Tú o tu proveedor tendrá que presentar una reclamación para que aprueben estos beneficios antes de recibir el tratamiento, o es posible que no se paguen. Estas reclamaciones se conocen como reclamaciones pre-servicio.

Reclamaciones de atención urgente. Si tu reclamación pre-servicio es urgente, se decidirá en los plazos de tiempo establecidos para la atención de urgencia. Una reclamación se considera urgente cuando tomar una determinación en los plazos de tiempo normales pondría en peligro grave tu vida, salud o capacidad de recuperar las funciones al máximo, o si, en la opinión de un médico conocedor de tu condición médica, una demora te sometería a un dolor severo que no podría tratarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento para el cual se presenta la reclamación.

Reclamaciones post-servicio. Si estás presentando una reclamación después de haber recibido los servicios, esta sería una reclamación post-servicio. Si la reclamación surge cuando se reduce una atención continua, sería una reclamación de atención concurrente.

Reclamaciones de atención concurrente. Si la reclamación surge cuando se reduce una atención continua, como por ejemplo una reducción en el tiempo de una hospitalización aprobada o una reducción en el número de visitas de terapia física previamente aprobado, o si solicitas una prórroga de un curso de tratamiento continuo, esta sería una “reclamación de atención concurrente”.

La tabla titulada **Proceso y tiempo de las reclamaciones** en la próxima página muestra las fechas límite para determinar estos tipos de reclamaciones.

PROCESO Y TIEMPO DE LAS RECLAMACIONES

Reclamaciones urgentes

Una reclamación de atención o tratamiento médico se considera urgente cuando tomar una determinación en los plazos de tiempo normales pondría en peligro grave tu vida, salud o capacidad de recuperar las funciones al máximo, o si, en la opinión de un médico conocedor de tu condición médica, una demora te sometería a un dolor severo que no podría tratarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento para el cual se presenta la reclamación.

Se enviará notificación en cuanto sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, y en ningún caso más de 72 horas después de recibirse la reclamación. La notificación se enviará independientemente de si la reclamación se aprueba o se deniega.

La notificación puede ser verbal, en cuyo caso se te enviará una notificación escrita en el plazo de tres días a partir de la notificación verbal. Si se determina que tu reclamación urgente está incompleta, recibirás aviso de esto no más de 24 horas después de recibirse la reclamación, y tendrás 48 horas para proveer la información adicional.

Si solicitas una prórroga de los beneficios de atención urgente más allá del periodo determinado inicialmente y haces la solicitud por lo menos 24 horas antes de vencerse la determinación original, serás notificado en el término de 24 horas después de recibirse la solicitud.

Reclamaciones pre-servicio*

Una reclamación por servicios que aún no han sido brindados y para los cuales el Plan exige autorización previa.

Si presentas la reclamación pre-servicio debidamente, te enviarán una determinación dentro de un periodo razonable de tiempo apropiado para las circunstancias médicas, pero no más de 15 días después de recibirse la reclamación.

En el caso de que sea necesaria una prórroga debido a asuntos fuera del control del Plan, el periodo podría extenderse 15 días. Recibirás una notificación antes de la prórroga indicando las circunstancias que exigen la prórroga y la fecha para la cual el Plan espera emitir una determinación. Si la prórroga es necesaria para solicitar información adicional, la notificación describirá la información que se requiere y te darán un mínimo de 45 días para presentarla. Entonces el Plan tomará su determinación en el término de 15 días a partir de la fecha en que recibe la información, o, si ocurre antes, la fecha límite para someter la información.

Reclamaciones post-servicio

Una reclamación por servicios que ya han sido brindados o para los cuales el Plan no exige autorización previa.

Se te enviará notificación de rechazo de una reclamación post-servicio dentro de un periodo razonable de tiempo, pero no más de 30 días después del recibo de la reclamación.

En el caso de que sea necesaria una prórroga debido a asuntos fuera del control del Plan, el periodo podría extenderse 15 días. Recibirás una notificación antes de la prórroga indicando las circunstancias que exigen la prórroga y la fecha para la cual el Plan espera emitir la determinación. Si la prórroga es necesaria para solicitar información adicional, la notificación describirá la información que se requiere y te darán un mínimo de 45 días para presentarla. Entonces el Plan tomará su determinación en el término de 15 días a partir de la fecha en que recibe la información, o, si ocurre antes, la fecha límite para someter la información.

Reclamaciones de atención concurrente
Una reclamación relacionada con la reducción de servicios continuos o una solicitud de prórroga de un curso de tratamiento continuo.

Se te notificará por adelantado de cualquier decisión de reducir o dar por terminada una cubierta de atención continua, de manera que puedas apelar la decisión antes de que se reduzca o termine la cubierta, a menos que dicha reducción o terminación se deba a una enmienda del Plan o a la terminación del Plan.

***Con respecto a cuidado y servicios dentales:** Si el costo total de un plan de tratamiento para ti, tu cónyuge/pareja de hecho o dependientes cubiertos en el plan de Delta Dental exceden de \$300, se recomienda una predeterminación para aprobar cargos y servicios a fin de garantizar que tanto tú como el dentista conozcan cuáles beneficios y cantidades cubrirá el plan antes de comenzar el tratamiento. Delta Dental devolverá con prontitud un comprobante de predeterminación al participante y al dentista que incluirá una verificación de elegibilidad y la definición y alcance de los beneficios en un periodo de doce meses para completar los servicios. Consulta el certificado de cubierta del plan dental para más información.

AVISO DE DENEGACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Si se deniega la reclamación, esta incluirá la información que sigue:

- La razón o razones específicas de la denegación
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la denegación
- Información acerca de los límites de tiempo para apelar
- Una descripción de la información adicional necesaria para considerar la reclamación y por qué dicha información es necesaria
- Una declaración de que tienes derecho a obtener, a solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que se basa la determinación
- Si la denegación se basa en una necesidad médica o una limitación similar, una explicación de esta regla (o una declaración de que está disponible a solicitud) y
- Una notificación acerca de tu derecho a entablar una acción legal si se deniega la apelación.

Para los beneficios médicos, dentales y de farmacia la denegación también incluirá:

- Información suficiente para identificar la reclamación, incluida la fecha del servicio, el proveedor médico y la cantidad de la reclamación (si corresponde)
 - A tu solicitud por escrito, el Plan indicará los códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus significados) relacionados con una reclamación o apelación denegada.
- El código de denegación y su significado
- Una descripción del criterio del Plan para denegar la reclamación
- Información acerca de las apelaciones internas y externas disponibles, que incluye cómo iniciar una apelación y
- La disponibilidad de información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor en asuntos de seguro médico o procurador que ayude a los participantes con el proceso de apelaciones internas y externas.

ALGUNOS TIPOS DE DISPUTAS DE PAGOS NO SON “DENEGACIONES” DE RECLAMACIONES

No todas las situaciones de disputa entre el Plan y el proveedor de atención médica sobre un pago se consideran reclamaciones de beneficios bajo estos procedimientos de reclamación que dan como resultado una notificación de denegación o un derecho a apelar. Si la decisión se limita a una pregunta sobre la cantidad adeudada por el Plan a

un proveedor y no afecta la cantidad que puedas deberle al proveedor, por lo general la disputa no caerá bajo estos procedimientos. Esto podría ocurrir, por ejemplo, cuando un proveedor de la red objete la cantidad negociada y pagada por el administrador externo o cuando un proveedor fuera de la red objete un pago del administrador externo con respecto a un servicio para el cual el proveedor no tiene derecho a cobrar el balance no pagado según las leyes estatales o federales. El proveedor podría disputar este pago por separado al administrador externo o al Plan, pero no sería una reclamación de los beneficios del Plan bajo estos procedimientos.

Proceso de apelaciones internas

CÓMO APELAR UNA RECLAMACIÓN QUE HA SIDO TOTAL O PARCIALMENTE DENEGADA: APELACIONES MÉDICAS, DENTALES O DE FARMACIA



NOTA: La información en esta sección sobre apelaciones médicas incluye un resumen de los beneficios y las condiciones de MCS Life, y está sujeta a los términos y condiciones del certificado principal de MCS. Para obtener información adicional, consulta el certificado principal de MCS.

Si se ha denegado una reclamación presentada por ti o en tu nombre, puedes solicitar una apelación de la decisión. Para que se considere la apelación, esta deberá:

- Constar por escrito (con respecto a las apelaciones médicas, se podrían aceptar las solicitudes verbales al ponerlas por escrito según se describe en la próxima página)
- Enviarse a la dirección correcta (consulta [Direcciones de correo para las apelaciones](#) en la próxima página)
- Presentarse en el término de no más de 180 días a partir de la fecha de la denegación inicial e
- Incluir cualquier información/ documentación adicional que desees se tome en consideración y tu número de contrato.

Si tu apelación se relaciona con una reclamación urgente, comunícate con el administrador externo para obtener información acerca de cómo presentar la reclamación verbalmente.

Al hacer una apelación, es necesario enviar por escrito la solicitud de la revisión de la reclamación inicial al administrador externo que administra las reclamaciones, según la tabla a continuación.

DIRECCIONES DE CORREO PARA ENVIAR LAS APELACIONES

SERVICIOS MÉDICOS	
<i>Consulta la tarjeta de identificación del plan para ver el nombre del administrador externo.</i>	
MCS-LIFE	MCS LIFE Customer Service Division P.O. Box 3547 San Juan, Puerto Rico 00919-3547 También se puede enviar un Formulario de Presentación de Apelación a MCS a: Grievances and Appeals Unit MCS Plaza P.O. Box 195429 San Juan, Puerto Rico 00919-5429
<p>Otra alternativa es que puedes visitar, o tu representante puede visitar, cualquier Centro de Servicios de MCS para presentar la apelación. Si la visita es respecto a una apelación, será documentada por escrito, o puedes usar el Formulario de Presentación de Apelación de MCS. El formulario pasará a la Unidad de quejas y apelaciones el mismo día que se presenta.</p> <p>Puedes presentar la solicitud verbalmente. Tú, tu representante o el proveedor pueden contactar a MCS al 888-758-1616 (TTY/TDD 866-627-8182). MCS documenta todas las solicitudes verbales por escrito y mantiene la documentación en un archivo del caso siguiendo los siguientes procedimientos:</p> <p>La solicitud se graba en tus propias palabras, las cuales se repiten para que verifiques su exactitud, y se colocan en un sistema de rastreo.</p> <p>Si un departamento que no sea la Unidad de Quejas y Apelaciones recibe la solicitud, la remite a dicha unidad el mismo día por correo electrónico o fax a fin de abrir el caso y cumplir con las fechas establecidas.</p>	
FARMACIA	
MC-Rx	MC-Rx Customer Service Department Call Box 4908 Caguas, Puerto Rico 00908
DENTAL	
Delta Dental of Puerto Rico	Delta Dental of Puerto Rico, Inc. Grievance and Appeals 14 Calle 2 Suite 200 Guaynabo, Puerto Rico 00968-1735

La apelación será realizada, sin importar la determinación inicial, por una persona que no sea la misma que decidió la reclamación inicial. No habrá deferencia a la determinación inicial, lo que significa que la apelación será una determinación independiente con respecto a la reclamación. Tendrás la oportunidad de enviar comentarios escritos, documentos u otra información para respaldar la apelación. Tienes derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los

documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación. El administrador externo, en nombre del Plan, te proporcionará cualquier evidencia o razonamiento nuevo o adicional que se haya considerado con respecto a la reclamación con suficiente tiempo previo a la fecha de determinación de la apelación para darte una oportunidad razonable de responder.

(Respecto a las apelaciones dentales, puedes revisar los registros de tu solicitud de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. de lunes a viernes en las oficinas de Delta Dental of Puerto Rico. Como muchos de los registros son electrónicos, debes llamar antes para que tengan las copias listas. Ciertos casos podrían ser referidos a uno de los consultores de Delta Dental, a un comité de revisión de la asociación dental de tu área o la asociación dental del estado para su evaluación.)

Si la reclamación conlleva una pregunta que precisa un criterio médico, el Plan consultará con un profesional de la salud debidamente cualificado y con capacitación y experiencia en el campo pertinente de la medicina. Si se consultó con un profesional de la salud para la determinación inicial, se consultará con otro profesional de la salud para efectos de la apelación. A solicitud, el Plan te proporcionará la identificación de cualquier experto médico que haya sido consultado en nombre del Plan para fines de tu apelación.

Se tomará una decisión final dentro de los periodos de tiempo especificados en la tabla que sigue, dependiendo del tipo de reclamación:

PROCESO Y TIEMPO DE DETERMINACIÓN DE LAS APELACIONES	
Reclamaciones urgentes	Te notificarán en cuanto sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero no más de 48 horas después de recibirse la reclamación (72 horas para reclamaciones de farmacia).
Reclamaciones pre-servicio	Te notificarán la determinación en un periodo razonable de tiempo, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero no más de 15 días después de recibirse la solicitud (30 días para reclamaciones dentales).
Reclamaciones post-servicio	Te notificarán la determinación en un periodo razonable de tiempo, pero no más de 30 días después de la fecha de recibo de la solicitud (60 días para reclamaciones dentales).

Si se deniega la reclamación después de apelada, recibirás un aviso de denegación que incluye:

- La razón o razones específicas de la denegación

- Referencias a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la denegación y, en el caso de reclamaciones médicas, los títulos y las credenciales de las personas que revisaron la apelación
- Una declaración que describe tu derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación
- Una declaración de que tienes derecho a obtener, a solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que se basa la determinación
- Si la denegación se basa en una necesidad médica o limitación similar, una explicación de esa regla (o una declaración de que está disponible a solicitud)
- Una descripción de los procedimientos de revisión voluntaria disponibles y
- Una notificación acerca de tu derecho a entablar una acción legal si se deniega la apelación.

La denegación también incluirá:

- Información suficiente para identificar la reclamación pertinente, incluida la fecha del servicio, el proveedor médico y la cantidad de la reclamación (si corresponde)
 - A tu solicitud por escrito, el Plan te indicará los códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus significados) relacionados con una reclamación o apelación denegada.
- El código de denegación y su significado
- Una descripción del criterio del Plan para denegar la reclamación
- Información acerca de las apelaciones internas disponibles (y de las apelaciones externas en el caso de reclamaciones médicas y de farmacia), que incluye cómo iniciar una apelación y
- La disponibilidad de información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor en asuntos de seguro médico o procurador que ayude a los participantes con el proceso de apelaciones internas y externas.

Revisión voluntaria

En las situaciones descritas a continuación, puedes solicitar una revisión voluntaria de una apelación que ha sido denegada. La revisión voluntaria es opcional. No es requisito que solicites una revisión voluntaria a fin de que se considere que has agotado los remedios administrativos.

CÓMO SOLICITAR UNA REVISIÓN VOLUNTARIA DE UNA APELACIÓN DENEGADA

Tienes el derecho de apelar una reclamación dental denegada. Las instrucciones sobre cómo, cuándo y dónde presentar la solicitud de una revisión voluntaria adicional se incluirá con la decisión que se emite como parte de la revisión de la apelación inicial.

Al recibo de una solicitud de revisión voluntaria adicional, te enviaremos un aviso o a tu representante autorizado acerca de los derechos y las reglas que rigen el proceso de revisión voluntaria.

Incluso cuando la reclamación no ha sido denegada, puedes presentar una queja a Delta Dental con relación a la disponibilidad, entrega o calidad de los servicios dentales cubiertos, acerca de pagos de reclamaciones, manejo o reembolso de servicios dentales o con relación a otros asuntos que tienen que ver con tu relación con el plan de Delta Dental.

Puedes presentar la queja enviando los materiales impresos que deseas se consideren al llevar a cabo la revisión de la queja a la dirección indicada en la sección anterior. Al recibo de la queja, Delta Dental nombrará a una o más personas que llevarán a cabo la revisión y te darán la información de contacto de dichas personas. En el término de 30 días después de recibir la solicitud, Delta Dental enviará una decisión por escrito y te informará cualquier acción que hayamos tomado.

CÓMO SOLICITAR UNA REVISIÓN DE UNA APELACIÓN DENEGADA RELACIONADA CON DETERMINACIONES SOBRE EL ESTATUS DE INSCRIPCIÓN O ELEGIBILIDAD (INCLUYE COBRA)

Si tienes información adicional que no incluiste con la apelación, puedes solicitar una revisión voluntaria de la decisión sobre la apelación en el término de 180 días a partir de la fecha de la carta de denegación. Por lo general, a este nivel de revisión voluntaria se aplican los mismos criterios y tiempos de respuesta que aplicaron a la apelación.

El reclamante deberá enviar una solicitud escrita para una apelación voluntaria respecto al estatus de inscripción o elegibilidad a:

Walmart Total Rewards Benefits
Attn: Voluntary Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

Consulta la sección anterior de [Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal](#) en este capítulo con respecto a las fechas límite para entablar una acción legal.

CÓMO SOLICITAR UNA REVISIÓN VOLUNTARIA DE UNA APELACIÓN DENEGADA POR RAZONES ADMINISTRATIVAS: APELACIONES MÉDICAS

Puedes solicitar una revisión voluntaria de la decisión sobre tu apelación de un beneficio médico denegado si la apelación fue denegada por razones administrativas como, por ejemplo, exceder el número de visitas permitidas, y no por razones de criterio médico. Debes presentar la solicitud en el término de 180 días a partir de la fecha de la carta de denegación de la apelación. Por lo general, a este nivel de revisión voluntaria se aplican los mismos criterios y tiempos de respuesta que aplicaron a la apelación.

Debes enviar una solicitud escrita para una revisión voluntaria de una denegación administrativa a:

Walmart Total Rewards Benefits
Attn: Voluntary Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, dentales y de farmacia

APELACIONES EXTERNAS PARA BENEFICIOS MÉDICOS

Si MCS afirma su decisión inicial en su totalidad o en parte, y no estás de acuerdo con dicha determinación, o si MCS no te provee una determinación de la apelación por escrito en el marco de tiempo para las apelaciones, tú, tu representante autorizado o tu médico, puede solicitar una revisión externa en el término de 120 días a partir de la fecha de la determinación de la primera apelación.

La revisión externa se hará por medio de una organización de revisiones independientes contratada por MCS, pero con criterio independiente.

Si tienes una condición médica por la cual esperar el tiempo regular podría perjudicarte, o si tu apelación está relacionada con un procedimiento experimental que debe comenzar con urgencia, puedes solicitar una apelación urgente incluso cuando no se haya agotado el proceso interno. La organización de revisión independiente que realiza la revisión podría solicitar que pases por el proceso interno.

MCS recibirá tu solicitud de revisión externa y determinará en el plazo de un día laborable si la solicitud es elegible para una revisión externa en función de si:

- Estás o estuviste cubierto al momento en que se recomendó o solicitó el servicio o tratamiento médico o,

en el caso de una revisión retrospectiva, estabas inscrito en MCS al momento en que se recomendó o solicitó el servicio o tratamiento médico.

- Puede entenderse razonablemente que el servicio médico es un servicio cubierto por el Plan de beneficios, excepto cuando MCS haya determinado que no está cubierto porque no cumple con los requisitos de MCS de necesidad médica, adecuación, entorno médico, nivel de atención o eficacia del servicio.
- Has agotado el proceso de apelaciones internas del Plan.
- Has provisto toda la información y los formularios necesarios para procesar una revisión externa.
- Para efectos de revisiones de denegación de apelaciones de tratamientos experimentales o investigativos, si el tratamiento es un beneficio cubierto bajo el Plan aparte de la determinación de MCS de que el servicio o tratamiento es experimental o investigativo para una condición médica en particular, y no está explícitamente indicado como beneficio excluido del Plan.

Envía tu solicitud escrita para la revisión de la reclamación inicial al administrador externo que administra las reclamaciones:

MCS LIFE
Customer Service Division
P.O. Box 3547
San Juan, Puerto Rico 00919-3547

También se puede enviar un Formulario de Presentación de Apelación a MCS a:

Grievances and Appeals Unit
MCS Plaza
P.O. Box 195429
San Juan, Puerto Rico 00919-5429

Puedes retirar una solicitud de apelación, ya sea verbalmente o por escrito en cualquier momento antes de que se tome una decisión sobre la apelación.

APELACIONES EXTERNAS PARA BENEFICIOS DENTALES Y DE FARMACIA

Si el Plan deniega tu apelación de beneficios dentales o de farmacia, es posible que tengas derecho a otra apelación conforme al proceso de revisión externa independiente.

Dicha apelación externa será realizada por una organización de revisiones independientes no afiliada al Plan. Esta organización de revisiones independientes puede anular la decisión del Plan y su decisión será vinculante para el Plan. La notificación de denegación de la apelación interna incluirá información adicional sobre tu derecho a solicitar una revisión externa, así como la información de contacto. Debes presentar la solicitud de revisión externa en el término de cuatro meses después de recibir la determinación final de la apelación interna. Presentar una

solicitud de revisión externa no afectará tu capacidad de entablar una acción legal en los tribunales. Cuando solicites una revisión externa, te exigirán que autorices la divulgación de cualquier expediente médico que pueda ser necesario revisar para fines de tomar una decisión respecto a la revisión externa.

Debes enviar una solicitud escrita de apelaciones externas dentales o de farmacia a:

BENEFICIOS DE FARMACIA
MC-Rx Customer Service Department PO Box 4908 Caguas, Puerto Rico 00908
BENEFICIOS DENTALES
Delta Dental of Puerto Rico, Inc. Grievance and Appeals 14 Calle 2 Suite 200 Guaynabo, Puerto Rico 00968-1735

Otros derechos relacionados con los beneficios médicos, dentales y de farmacia

DERECHO DEL PLAN DE SOLICITAR EXPEDIENTES MÉDICOS

El Plan tiene el derecho de solicitar los expedientes médicos de cualquier asociado o persona asegurada.

DERECHO DEL PLAN DE RECUPERAR UN SOBREPAGO

Los pagos se hacen conforme a las disposiciones del Plan. Si se determina que se hizo un pago por un cargo inelegible o que otro seguro se consideraba el primario, o que ha ocurrido cualquier otra circunstancia que dio como resultado que el Plan haya pagado más beneficios de lo permitido o requerido por los términos del Plan, el Plan tiene el derecho de recuperar el sobrepago. El Plan (o el administrador externo u otro proveedor de servicios que actúe en nombre del Plan) tratará de cobrarle el sobrepago a la parte que recibió el pago. No obstante, el Plan se reserva el derecho de cobrarle el sobrepago a cualquier participante, beneficiario o dependiente. Además, el Plan tiene el derecho de contratar a una agencia de cobro externa para recuperar los sobrepagos en nombre del Plan si sus propios esfuerzos de cobro no dan fruto. El Plan también podría entablar una demanda para ejercer su derecho de recuperar un sobrepago.

Si el sobrepago se le hace al proveedor, el Plan (o cualquier administrador externo que actúe en nombre del Plan) puede reducir, compensar o denegar beneficios, por la cantidad del sobrepago, en el caso de servicios de otra forma cubiertos

para reclamaciones actuales y futuras con el proveedor en nombre de cualquier participante, beneficiario o dependiente del Plan. Si un proveedor a quien se le ha hecho un sobrepago tiene pacientes que participan en otros planes de salud y bienestar administrados por el administrador externo, este podría reducir o compensar los pagos de otra forma adeudados al proveedor de dichos planes de salud por la cantidad del sobrepago.

TU DERECHO DE RECUPERAR UN SOBREPAGO

Si haces un sobrepago en tus aportaciones o primas de cualquier cubierta del Plan (excepto la de COBRA), el Plan te reembolsará el exceso en aportaciones o primas a tu solicitud. En estas circunstancias, cualquier reembolso que recibas puede ser compensado por un beneficio pagado por el Plan durante este periodo si tú o tu dependiente no era elegible para dicha cubierta. Si sobrepagas las primas de la cubierta de COBRA bajo el Plan, se debe hacer una solicitud de reembolso por dichas primas en exceso al administrador del Plan para la cubierta de COBRA.

DERECHO DEL PLAN DE AUDITAR

El Plan tiene el derecho de auditar tus reclamaciones y las de tus dependientes, así como las de los proveedores médicos. El Plan (o el administrador externo correspondiente) podría reducir o denegar los beneficios de servicios de otra forma cubiertos en todas las reclamaciones actuales y futuras con el proveedor hechas en nombre tuyo o de tu dependiente, o de un participante de cualquier otro plan de salud y bienestar administrado por el administrador externo, basándose en los resultados de una auditoría. El Plan también podría reducir o denegar beneficios de servicios de otra forma cubiertos en todas las reclamaciones actuales o futuras presentadas por ti o por un dependiente basándose en los resultados de una auditoría.

DERECHO DEL PLAN DE HACER DEDUCCIONES DE SALARIO/SUELDO

En la medida en que el Plan pueda recuperar de ti o tus dependientes todos o parte de los beneficios anteriormente pagados, se dará por sentado que has aceptado, en virtud de tu inscripción en esta cubierta médica, que la compañía podría deducir dichas cantidades de tu salario u otro beneficio o compensación y pagar las mismas al Plan hasta que se complete la recuperación. Si te inscribes en una cubierta del Plan, el Plan dará por sentado que has consentido a las deducciones de nómina correspondientes a dicha cubierta. Además, si no te inscribes afirmativamente o te reinscribes durante el periodo de inscripción anual, el Plan dará por sentado que has consentido a la reinscripción automática según explicada en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**, incluidas las deducciones de nómina pertinentes.

DERECHO A REDUCCIÓN, REEMBOLSO Y SUBROGACIÓN

Si sufres o un dependiente cubierto (una persona asegurada) sufre una lesión u otro daño debido a la conducta de otra parte y el Plan paga los beneficios como resultado de dicha lesión o daño, el Administrador del Plan tiene el derecho de recuperar los pagos que hace en nombre de la persona asegurada o de cualquier parte que sea responsable de compensar a la persona asegurada por sus enfermedades o lesiones. El término legal de este derecho de recuperación es “subrogación”. El Plan tendrá un gravamen de primera prioridad en contra de cualquier cantidad que la persona asegurada recupere de otra parte o aseguradora responsable por la cantidad total de los beneficios que se pagan a o en beneficio de la persona asegurada como resultado de la lesión o daño del tercero, y el Plan tendrá el derecho de compensar dichas cantidades de beneficios con futuros beneficios pagaderos por el Plan.

El Plan tiene el derecho de tomar cualquiera de las acciones a continuación para hacer valer su gravamen y derecho de reembolso y recuperación:

- Reducir o denegar beneficios pagaderos por el Plan en otras circunstancias y
- Recuperar o subrogar el 100% de los beneficios pagados o por pagar a personas aseguradas por el Plan, hasta el total de todos y cada uno de los pagos a continuación:
 - Cualquier fallo, acuerdo de liquidación o pago efectuado o por efectuar debido a un accidente o a una negligencia médica, (excepto una negligencia médica que tenga como resultado una paraplejía o cuadriplejía, quemaduras graves, incapacidad física o mental total y permanente o muerte), independientemente de cómo el fallo, el acuerdo de liquidación o el pago se caracterice, incluidos los pagos efectuados por cualquier otro seguro, ya sea que provea cubierta de tercera o primera parte
 - Cualquier cubierta o beneficio de seguro de automóvil o vehículo recreacional, incluida, pero sin limitarse a, la cubierta de conductores insuficiente y sin seguro
 - Cubierta o pagos de seguro comercial médico y de responsabilidad civil y
 - Honorarios de abogados.

El gravamen del Plan existe al momento en que el Plan paga cualquier beneficio a, o en nombre de, una persona asegurada. Si una persona asegurada presenta una solicitud de quiebra, dicha persona acepta que el gravamen del Plan existía antes de crearse el caudal de quiebra.

Además, ten presente que:

- “Persona asegurada” significa cualquier participante (según lo define la Ley ERISA) o dependiente de un participante que tenga derecho a beneficios conforme al Plan
- El Plan tiene primera prioridad con relación a su derecho de reducción, reembolso y subrogación
- El Plan tiene el derecho de recuperar el interés en la cantidad pagada por el Plan debido al accidente
- El Plan tiene derecho a un reembolso de 100% en un solo pago global
- El Plan no está sujeto a ninguna ley estatal o doctrina de equidad, que incluye, pero no se limita a la doctrina de fondos comunes, que pretendería exigir al Plan reducir su recuperación por cualquier parte de los honorarios legales y costos de una persona asegurada
- El Plan no es responsable de los honorarios, los gastos ni los costos de abogado de la persona asegurada
- El derecho a reducción, reembolso y subrogación se basa en el lenguaje del Plan vigente al momento del fallo, pago o acuerdo de liquidación
- El derecho de reducción, reembolso y subrogación del Plan aplica a todos los fondos recuperados de otra parte, por o en nombre de la herencia de una persona asegurada y
- El derecho del Plan de tener primera prioridad no se reducirá debido a la negligencia del propio participante.

El Plan no procurará reducción, reembolso o subrogación cuando la lesión o la enfermedad que es la base de la recuperación de la persona asegurada de cualquiera de las partes cause:

- Paraplejía o cuadriplejía
- Quemaduras graves
- Incapacidad mental o física total y permanente o
- Muerte.

Además de las excepciones antes mencionadas, el Administrador del Plan tiene la autoridad, a su entera discreción, de determinar que el Plan se limite o no acuda a sus derechos de reducción, reembolso o subrogación. Comunícate con el Administrador del Plan para obtener más información.

Se determinará si la persona asegurada tiene una “incapacidad mental o física total y permanente” conforme a los criterios desarrollados y aplicados por el Administrador del Plan a su entera discreción. Una forma de demostrar incapacidad física o mental total y permanente es que la persona asegurada evidencie que es elegible para beneficios de ingresos por incapacidad del Seguro Social. El Administrador del Plan tomará en consideración las reclamaciones por incapacidad física y mental, aun cuando la persona asegurada no cualifique para beneficios de ingreso por incapacidad del Seguro Social, según los criterios desarrollados por el comité.

Incluso en circunstancias en las que no se le prohíbe al Plan ejercer sus derechos de reducción, reembolso o subrogación conforme a las excepciones mencionadas anteriormente en este capítulo, el derecho del Plan a reducción, reembolso o subrogación se limitará a no más de 50% de la cantidad total recuperada de cualquier parte por o en nombre de la persona asegurada (que no será reducida para los honorarios o costos de abogado de la persona asegurada). El Plan requiere que todas las personas aseguradas y sus representantes cooperen a fin de garantizar el reembolso de beneficios de terceros al Plan. No cumplir con esta solicitud le otorgará al Plan el derecho de retener beneficios adeudados a ti o a tus dependientes bajo el Plan. Una persona asegurada y sus representantes no deberán hacer nada para obstaculizar el reembolso de un sobrepago al Plan después de que la persona asegurada o sus representantes hayan aceptado los beneficios.

Los derechos del Plan a reducción, reembolso y subrogación aplican independientemente de que dichos pagos sean designados como pago por concepto de, pero sin limitarse a:

- Dolor y sufrimiento, o
- Beneficios médicos

Los derechos del Plan a reducción, reembolso y subrogación aplican independientemente de cualquier asignación o designación del acuerdo de liquidación o el otorgamiento (por ej., por dolor y sufrimiento o por beneficios médicos) e independientemente de las causas específicas o causas de acción que se estén acordando o adjudicando. Los derechos del Plan aplican independientemente de si la persona asegurada ha recibido compensación parcial o completa por sus lesiones y sin importar ninguna ley estatal o doctrina de equidad, como la doctrina de restitución completa, que limitaría el derecho del Plan de recuperación basado en que la persona asegurada ha sido indemnizada, siendo la intención que el derecho de recuperación del Plan es un derecho a recuperación plena.

Además, el Plan tiene el derecho de entablar una demanda en nombre de la persona asegurada por la condición relacionada con los gastos médicos a fin de recuperar los beneficios pagados o por pagar del Plan.

Para ayudar al Plan a ejercer su derecho de reducción, recuperación, reembolso y subrogación, la persona asegurada o su representante designado deberá, a solicitud y discreción del Plan:

- Tomar las acciones necesarias para que el Plan pueda ejercer sus derechos de recuperación
- Ofrecer información o
- Proveer al Plan cualquier información solicitada con respecto a la reclamación pertinente, incluida la información sobre otros seguros, fallos, pagos o acuerdos de liquidación

No ayudar al Plan a cumplir con dichas solicitudes podría dar como resultado que el Plan retenga o recupere beneficios, servicios, pagos o créditos adeudados o pagados por el Plan.

Reclamaciones de beneficios y derecho a apelar las decisiones sobre reducción, reembolso y subrogación

La decisión del Plan de ejercer sus derechos de reducción, reembolso o subrogación es una determinación de beneficios del Plan y puede ser apelada conforme a los procedimientos a continuación.

Para efectos de los procedimientos de reclamaciones especificados más adelante, una “reclamación de beneficios” significa una solicitud de parte de un participante, beneficiario o dependiente (el “reclamante”) de que los beneficios provistos por el Plan no se reduzcan por medio de la aplicación del derecho del plan a reducción, reembolso o subrogación.

RECLAMACIÓN INICIAL DE BENEFICIOS

Si un reclamante recibe una notificación de que sus beneficios están sujetos a reducción, reembolso o subrogación y el reclamante piensa que su caso cae dentro de una de las excepciones o limitaciones al derecho del Plan a reducción, reembolso o subrogación, la persona puede presentar al Plan una reclamación de beneficios. El reclamante también podría designar a un representante autorizado para que presente una reclamación de beneficios o una apelación en su nombre.

Para que una reclamación de beneficios inicial se considere, ésta deberá:

- Constar por escrito
- Enviarse a la dirección correcta
- Presentarse no más de 12 meses después de la fecha de la notificación de que un beneficio está sujeto a reducción, reembolso o subrogación
- Identificar la excepción o limitación del derecho del Plan a reducción, reembolso o subrogación que el reclamante considere aplica a su caso e
- Incluir documentación que ayudará al Plan a tomar su decisión (por ej., registros médicos y del hospital, cartas de médicos)

Se debe enviar una solicitud escrita de revisión de la reclamación de beneficios inicial a:

Walmart Total Rewards Benefits
Attn: Subrogation Review
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

En un tiempo razonable, pero no más de 30 días después de presentada la reclamación inicial de beneficios, el Plan proveerá notificación escrita de su decisión. Si se deniega parcial o totalmente la reclamación de los beneficios, la notificación incluirá lo que sigue:

- La razón o razones específicas de la denegación
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la denegación
- Una descripción de cualquier información o material adicional necesario para perfeccionar la reclamación de beneficios del reclamante y una explicación de por qué dicho material o dato es necesario
- Una declaración de que el reclamante tiene derecho a obtener, a su solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que el Plan se basa para tomar su determinación
- Una descripción de los procedimientos de apelación del Plan y las fechas límites para las apelaciones y
- Una notificación acerca del derecho del reclamante de presentar una demanda ante el tribunal si se deniega su apelación.

El período de 30 días puede extenderse 15 días si se determina que la prórroga es necesaria debido a asuntos fuera del control del Plan. El Plan notificará al reclamante antes del final del período de 30 días si se requiere una prórroga o alguna información adicional. Si le piden proveer información adicional, el reclamante tendrá 45 días a partir de la fecha de notificación para proveer la información. Se suspenderá la fecha límite para tomar una determinación (o la fecha límite para proveer información, lo que ocurra primero) hasta que el reclamante presente la información requerida.

DERECHO A APELAR UNA DENEGACIÓN

En el caso de que se deniegue total o parcialmente una reclamación relacionada con una decisión de reducción, reembolso o subrogación el reclamante puede solicitar una apelación de dicha decisión. Para que la apelación del reclamante se considere, ésta deberá:

- Constar por escrito
- Enviarse a la dirección correcta
- Presentarse en el término de no más de 180 días a partir de la fecha de la denegación inicial e
- Incluir cualquier información/ documentación adicional que el reclamante desee entregar para que se tome en consideración.

El reclamante deberá enviar una solicitud escrita de apelación a:

Walmart Total Rewards Benefits
Attn: Internal Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

La apelación será realizada, sin importar la determinación inicial, por una persona que no sea la misma que determinó la respuesta a la reclamación inicial de beneficios. El reclamante tiene derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a su reclamación de beneficios. El reclamante también tiene derecho a presentar comentarios escritos, documentos, registros y otra información que el Plan tendrá en cuenta al tomar su decisión sobre la apelación. Al decidir sobre cualquier reclamación de beneficios basada totalmente o en parte en un criterio médico, el fiduciario de reclamaciones del Plan consultará con un profesional de la salud que tenga la capacitación y la experiencia pertinentes en el campo de la medicina relacionado con el criterio médico. El profesional de la salud no será la persona que fue consultada respecto a la decisión del Plan en la reclamación inicial de beneficios ni será un subalterno de dicho profesional de la salud. Si se obtiene una recomendación de un profesional de la salud para decidir una apelación, se proveerá el nombre de dicho profesional de la salud al reclamante a su solicitud, independientemente de si el Plan utilizó o no la recomendación. El Plan deberá proveer a la persona reclamante notificación escrita de la decisión del Plan sobre la revisión no más de 60 días después del recibo por parte del Plan de la apelación del reclamante.

Si se deniega la apelación de la reclamación de beneficios, el Plan proveerá una notificación de denegación que incluya:

- La razón o razones específicas de la denegación
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la denegación
- Una declaración que describa el derecho del reclamante a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a su reclamación de beneficios.
- Una declaración de que el Reclamante tiene derecho a obtener, a su solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que se basa esta determinación
- Una descripción de los procedimientos de revisión disponibles, de haberlos, y
- Una notificación acerca del derecho del reclamante de presentar una demanda ante el tribunal si se deniega su apelación.

UNA RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS ES LA FORMA EXCLUSIVA DE PROCURAR UNA EXCEPCIÓN AL DERECHO DEL PLAN DE REDUCCIÓN Y RECUPERACIÓN

El único método que puede usar el reclamante para solicitar que el Plan no reduzca sus beneficios es el de presentar una reclamación de beneficios siguiendo el proceso descrito anteriormente. Un reclamante deberá completar el proceso

requerido de reclamaciones y apelaciones descrito en estos procedimientos para reclamaciones antes de presentar una demanda legal. Un reclamante no puede presentar una demanda por beneficios si no presenta su reclamación inicial de beneficios o su apelación dentro de los límites de tiempo expuestos en estos procedimientos para reclamaciones. El reclamante deberá presentar cualquier demanda por beneficios en el término de 180 días después de la decisión sobre la apelación. El reclamante no puede presentar una demanda después de vencido dicho periodo de 180 días.

Proceso de reclamaciones al seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro por accidentes en viajes de negocios y seguro AD&D

Se pueden iniciar las reclamaciones al seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro por accidentes en viajes de negocios y seguro AD&D llamando a Prudential al **877-294-7026**.

Consulta el capítulo correspondiente al seguro para ver los detalles de la información requerida para presentar cada tipo de reclamación. Cuando presentes una reclamación a Prudential y la denieguen, te enviarán notificación dentro de un periodo razonable de tiempo, pero no más de 90 días después de recibirse la reclamación. Si Prudential determina que es necesaria una prórroga debido a asuntos fuera de su control, el periodo podría extenderse 90 días adicionales. Recibirás una notificación antes de la prórroga indicando las circunstancias que exigen la prórroga y la fecha en la cual el Plan espera emitir la determinación.

Si deniegan la reclamación en su totalidad o en parte, recibirás una notificación de determinación adversa para beneficios que:

- Indicará la razón o razones específicas de la determinación adversa para beneficios
- Hará referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la determinación
- Describirá el material o la información adicional, de haberla, necesaria para perfeccionar la reclamación y una explicación de por qué dicho material o dato es necesario y
- Describirá los procedimientos de revisión de reclamaciones de Prudential y los límites de tiempo aplicables a dichos procedimientos, incluida una declaración de su derecho a entablar una acción civil conforme a las Sección 502(a) de la Ley ERISA después de una determinación adversa de una revisión.

CÓMO APELAR UNA RECLAMACIÓN QUE HA SIDO TOTAL O PARCIALMENTE DENEGADA

Si te deniegan una reclamación de beneficios y deseas apelar, es necesario que envíes una apelación por escrito a Prudential a la dirección a continuación en el término de 180 días después de la denegación. La apelación debe incluir cualquier comentario, documento, registro o información que deseas que se tome en consideración.

Puedes enviar la apelación escrita a:

Prudential Insurance Company of America
Prudential Group Life Claim Division
P.O. Box 8517
Philadelphia, Pennsylvania 19176

Tienes derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a tu reclamación. La apelación será revisada, sin importar la determinación inicial, por una persona que no sea la misma que determinó la respuesta a la reclamación inicial. Prudential hará una determinación respecto a la apelación en el término de 45 días a partir del recibo de tu solicitud de apelación. Este periodo podría extenderse por hasta 45 días adicionales si Prudential determina que hay circunstancias especiales que requieren una prórroga. Se te notificará antes del final del periodo de 45 días si se requiere una prórroga o alguna información adicional. Si te piden que envíes información adicional, tendrás 45 días a partir de la fecha en que te notifiquen para proveer la información, y la fecha límite de la determinación se suspenderá hasta que proveas la información (o la fecha límite para proveerla, si ocurre antes).

Si te deniegan la apelación en su totalidad o en parte, recibirás una notificación escrita de Prudential que incluye:

- La razón o razones específicas de la determinación adversa
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la determinación
- Una declaración que describa tu derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación
- Una descripción de los procedimientos de revisión de Prudential y las fechas límite pertinentes
- Una declaración de que tienes derecho a obtener, a solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que se basa la determinación y
- Una declaración que describa los procedimientos de apelación ofrecidos por el Plan y tu derecho a entablar una demanda civil al amparo de la Ley ERISA.

Si no te proporcionan una decisión sobre la apelación dentro de las fechas límite antes mencionadas, se considerará que la apelación de la reclamación fue denegada.

SEGUNDA APELACIÓN VOLUNTARIA DE RECLAMACIONES DE SEGURO DE VIDA, AD&D O ACCIDENTES EN VIAJES DE NEGOCIOS

Si te deniegan la apelación o si no recibes una respuesta a la misma dentro de las fechas límite (en cuyo caso se considera denegada la apelación), tú o tu representante pueden presentar una segunda apelación voluntaria de la denegación por escrito a Prudential. Debes presentar la segunda apelación en el término de 180 días después de recibir la notificación escrita de denegación o 180 días a partir de la fecha en que se denegó la reclamación. Puedes incluir comentarios escritos, documentos, registros y cualquier otra información relacionada con la reclamación. Por lo general, a esta segunda apelación voluntaria se aplican los mismos criterios y tiempos de respuesta que aplicaron a la primera apelación.

Consulta la sección anterior de [Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal](#) en este capítulo con respecto a las fechas límite para entablar una acción legal.

Proceso de reclamaciones y apelaciones para la cubierta por incapacidad

Una vez se haya presentado la reclamación, se tomará una decisión en el término de 45 días después del recibo de tu reclamación debidamente presentada. El tiempo para tomar la decisión podría extenderse por hasta dos periodos adicionales de 30 días siempre y cuando, antes de cualquier prórroga, se te notifique por escrito que dicha prórroga es necesaria debido a asuntos fuera del control del Plan, que dichos asuntos se identifiquen y que te den la fecha para la cual esperan emitir la decisión. Si la reclamación se extiende debido a que no presentaste la información necesaria para decidir la reclamación, el tiempo para tomar la decisión puede suspenderse desde la fecha en que se te envía la notificación de la prórroga hasta la fecha en que se recibe tu respuesta. Si se aprueba la reclamación, la decisión incluirá información suficiente para informarte razonablemente de dicha decisión.

Cualquier determinación adversa de beneficios se hará por escrito e incluirá:

- Las razones específicas de la decisión
- Referencias específicas a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la decisión
 - Una descripción de cualquier material o información adicional necesarios para perfeccionar la reclamación y una explicación de por qué es necesario dicho material o información;
- Una descripción de los procedimientos de revisión y las fechas límite pertinentes a dichos procedimientos

- Una declaración de que tienes el derecho de entablar una demanda civil conforme a la Sección 502(a) de la Ley ERISA después de apelar la decisión si recibes una denegación escrita de la apelación y
- Si se dependió de una regla interna, guía, protocolo u otro criterio similar para denegar la apelación:
 - La regla, guía, protocolo o criterio similar o
 - Una declaración de que se dependió de dicha guía, protocolo o criterio similar al hacer la denegación y que se proveerá una copia sin costo a tu solicitud.

CÓMO APELAR UNA RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD QUE HA SIDO TOTAL O PARCIALMENTE DENEGADA

Si te deniegan una reclamación de beneficios y deseas apelar, es necesario que envíes una apelación por escrito a Multinational o a Lincoln (según corresponda), a la dirección indicada más adelante en este capítulo, en el término de 180 días después de la denegación. La apelación debe incluir cualquier comentario, documento, registro o información que desees que se tome en consideración.

Tienes derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación. La apelación será revisada, sin importar la determinación inicial, por una persona que no sea la misma que determinó la respuesta a la reclamación inicial.

Multinational o Lincoln (según corresponda) hará una determinación respecto a la apelación en el término de 45 días a partir del recibo de tu solicitud de apelación. Este periodo podría extenderse por hasta 45 días adicionales si se determina que hay circunstancias especiales que requieren una prórroga. Se te notificará antes del final del periodo de 45 días si se requiere una prórroga o alguna información adicional. Si te piden que envíes información adicional, tendrás 45 días a partir de la fecha en que te notifiquen para proveer la información, y la fecha límite de la determinación se suspenderá hasta que proveas la información (o la fecha límite para proveerla, si ocurre antes).

Si te deniegan la apelación en su totalidad o en parte, recibirás una notificación escrita que incluye:

- La razón o razones específicas de la determinación adversa
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la determinación
- Una declaración que describa tu derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación
- Una declaración de que tienes derecho a obtener, a solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que se basa la determinación y

- Una declaración que describa los procedimientos de apelación ofrecidos por el Plan y tu derecho a entablar una demanda civil al amparo de la Ley ERISA.

Consulta la sección anterior de **Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal** en este capítulo con respecto a las fechas límite para entablar una acción legal.

Las reclamaciones del seguro de incapacidad a corto plazo se enviarán a:

Multinational Life Insurance
P.O. Box 366107
San Juan, Puerto Rico 00936-6107

Si Multinational te deniega una apelación respecto a los beneficios del seguro de incapacidad a corto plazo, puedes presentar una apelación ante el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico, División de SINOT, en el término de 10 días a partir del aviso de la decisión de Multinational.

Las reclamaciones del seguro de incapacidad a largo plazo se enviarán a:

Group Benefits Claims
Lincoln Financial Group
Group – Charlotte WM
P.O. Box 2578
Omaha, Nebraska 68172-9688

Beneficios de *Resources For Living*

No tienes que presentar una reclamación para recibir los beneficios de Resources For Living. Puedes acceder a la página web de Resources For Living o comunicarte con el programa llamando al **800-825-3555** en cualquier momento.

Sin embargo, si tienes una pregunta acerca de los beneficios o si no estás de acuerdo con los beneficios provistos, puedes comunicarte con Total Rewards Benefits o enviar una reclamación o apelación escrita a la dirección que sigue:

Walmart Total Rewards Benefits
Attn: Internal Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

Las reclamaciones y apelaciones se determinarán en los periodos de tiempo y según los requisitos aplicables a los beneficios médicos.

Seguro médico para viajes de negocios internacionales

Por lo general no se requieren formularios de reclamación para los servicios de GeoBlue. Sin embargo, si tienes una pregunta acerca de tus beneficios o si no estás de acuerdo con los beneficios brindados, puedes comunicarte con GeoBlue o enviar una reclamación escrita a: Para presentar una reclamación vía correo electrónico o fax, descarga el formulario de reclamación y lee las instrucciones detalladas en el Member Hub de geo-blue.com. Envía tu reclamación por correo electrónico a claims@geo-blue.com o por fax al **610-482-9623**.

También puedes enviar reclamación por correo regular. Descarga el formulario de reclamación del Member Hub en geo-blue.com y envíalo completado a:

GeoBlue
Claims Department
P.O. Box 1748
Southeastern, Pennsylvania 19399-1748

Las reclamaciones y apelaciones se determinarán en los mismos periodos de tiempo y según los mismos requisitos indicados en la póliza de GeoBlue. Contacta a GeoBlue en cualquier momento llamando al **888-412-6403**. Fuera de los Estados Unidos, llama sin cargos al: **610-254-5830**.

Información legal

Plan de Salud y Bienestar para Asociados	128
Información de identificación del plan	128
Financiamiento del Plan	129
Enmiendas o terminación del Plan	129
Tus derechos al amparo de la Ley ERISA	129
Aviso de prácticas de privacidad de la Ley HIPAA	130
Medicare y tu cubierta de medicamentos con receta	134
Apreciado Participante del Plan	139

Información legal

El Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para los asociados de Puerto Rico contiene capítulos distintos que juntos constituyen la Descripción Resumida del Plan para el Plan de Salud y Bienestar para Asociados de Walmart, Inc. (el Plan). La Descripción Resumida del Plan incluye los capítulos a continuación:

- Elegibilidad e inscripción
- El plan médico
- El plan dental
- COBRA
- Resources for Living
- Seguro de vida patronal
- Seguro de vida opcional para asociados
- Seguro por incapacidad a corto plazo
- Seguro por incapacidad a largo plazo
- Reclamaciones y apelaciones

En este capítulo de Información Legal de la Descripción Resumida del Plan encontrarás información administrativa importante y datos sobre tus derechos como participante del Plan.

RECURSOS DE INFORMACIÓN LEGAL		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Contacta al Administrador del Plan		Escribe a: Walmart Plan Administrator Associates' Health and Welfare Plan 508 SW 8th Street Bentonville, Arkansas 72716-3500 Llama al 479-621-2058
Respuestas a preguntas sobre el Aviso de Privacidad de la Ley HIPPA	Envía la pregunta por correo electrónico a privacy@wal-mart.com	Llama a People Services al 800-421-1362
Respuestas a preguntas sobre Medicare Parte D	Visita medicare.gov para recibir ayuda personalizada	800-MEDICARE (800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048
Respuestas a preguntas sobre Medicaid/CHIP	Visita insurekidsnow.gov	877-KIDSNOW (877-543-7669)

Lo que debes saber sobre la información legal del Plan de Salud y Bienestar para Asociados.

- Como participante del Plan de Salud y Bienestar para Asociados tienes ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos por Retiro de 1974 (Ley ERISA), según enmendada.
- El aviso de privacidad de la Ley HIPPA describe cómo se puede usar y divulgar tu información médica personal y cómo puedes acceder a dicha información.
- La sección de [Medicare y tu cubierta de medicamentos con receta](#) de este capítulo, explica las opciones que tienes en la cubierta de Medicare para medicamentos con receta y puede ayudarte a decidir si debes o no inscribirte.
- El aviso sobre Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) explica los derechos de inscripción especial y asistencia con las primas que tienen las personas elegibles para estos programas.

Plan de Salud y Bienestar para Asociados

Walmart Inc. mantiene el Plan para beneficio exclusivo de sus asociados elegibles y los dependientes elegibles de sus familias. El Plan ofrece beneficios de salud y bienestar por medio de los siguientes componentes del programa de beneficios:

- Beneficios médicos, incluidos los de farmacia
- Beneficios dentales
- Programas de asistencia a los asociados (Resources for Living)
- Seguro de vida patronal
- Seguro de vida opcional para asociados
- Seguro por muerte accidental y desmembramiento
- Seguro por accidentes en viajes de negocios
- Seguro por incapacidad a largo plazo

Cada componente de los programas de beneficios se resume en su respectivo capítulo de esta Descripción Resumida del Plan. Estos resúmenes también son parte de la Descripción Resumida del Plan.

Los términos y condiciones del Plan de Salud y Bienestar para Asociados se exponen en este manual, en el Documento de Resumen del Plan de Salud y Bienestar para Asociados (Documento de Resumen) y en las pólizas de seguro y demás documentos sobre programas de bienestar incorporados al Documento de Resumen. El Documento de Resumen, junto con este manual y los demás documentos incorporados, constituye el instrumento escrito en el que se establece y se mantiene el Plan de Salud y Bienestar para Asociados. Una enmienda a un documento incorporado, incluida esta Descripción Resumida del Plan, se considera una enmienda al Plan.

Información de identificación del plan

Patrocinador del Plan:

Walmart Inc.

702 SW 8th Street

Bentonville, Arkansas 72716-0295

Núm. EIN del Patrocinador de Plan: 71-0415188

Número del Plan: 501

Tipo de plan: Plan de bienestar, que incluye los programas de seguro médico, dental y de asistencia a los asociados (Resources for Living), seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados y dependientes, seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), seguro por accidentes en viajes de negocios y seguro por incapacidad a largo plazo.

Tipo de administración: El Plan es administrado por el Administrador del Plan. El Administrador del Plan ha delegado su responsabilidad fiduciaria respecto a la determinación de reclamaciones de beneficios y apelaciones bajo los componentes de beneficios autofinanciados a administradores externos. En el caso de los componentes de beneficios asegurados, las aseguradoras tienen la responsabilidad fiduciaria respecto a la determinación de reclamaciones de beneficios y apelaciones. Cada capítulo de esta Descripción Resumida del Plan identifica a las aseguradoras que administran las reclamaciones y apelaciones para los respectivos beneficios.

El Administrador del Plan (o sus representantes, incluidos los administradores externos y las aseguradoras que deciden las reclamaciones y apelaciones) tendrá la discreción total para interpretar y analizar las disposiciones del plan, hacer conclusiones basadas en los hechos, corregir errores y suministrar omisiones. Todas las decisiones e interpretaciones del Administrador del Plan (o un representante) realizadas conforme al Plan serán finales, concluyentes y vinculantes para todas las personas y no podrán anularse salvo que un tribunal las declare arbitrarias y caprichosas. Se pagarán los beneficios solo si el Administrador del Plan, o su representante, determina a su entera discreción que el reclamante tiene derecho a los mismos.

Administrador del Plan/ Fiduciario designado:

Vicepresidente Sénior, Beneficios de EE.UU.

Walmart Inc.

Plan de Salud y Bienestar para Asociados

508 SW 8th Street

Bentonville, Arkansas 72716-3500

479-621-2058

Fiduciario designado (para los beneficios médico, dental y farmacia): Para cada uno de los componentes de estos programas de beneficios, el administrador externo correspondiente es un fiduciario nombrado con respecto a las decisiones sobre el pago de las reclamaciones de beneficios bajo el Plan.

Fiduciario designado (para el seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes, AD&D, seguro por accidentes en viajes de negocio y seguro por incapacidad a largo plazo): Para cada uno de estos componentes de programas de beneficios asegurados, la compañía aseguradora correspondiente es un fiduciario nombrado con respecto a las decisiones sobre el pago de las reclamaciones de beneficios bajo el contrato de seguro.

Fiduciario del Plan:

J. P. Morgan

4 New York Plaza, 15th Floor

New York, New York 10004-2413

Agente para efectos de diligenciar emplazamientos:

Corporation Trust Company
1209 Orange Street Corporation Trust Center
Wilmington, Delaware 19801

Al Administrador del Plan o al Fiduciario también se le puede emplazar.

Año del Plan: Del 1 de enero al 31 de diciembre

Financiamiento del Plan

Walmart, Inc. puede financiar los beneficios del Plan con sus activos generales o mediante aportaciones al Fideicomiso de Salud y Bienestar para Asociados de Walmart, Inc. Los asociados también pueden requerir las aportaciones en las cantidades determinadas por Walmart, Inc. a su entera discreción. Todos los activos del Plan, incluidas las aportaciones de los asociados y los dividendos o ingresos del Plan, estarán disponibles para pagar los beneficios dispuestos por el Plan o los gastos del Plan, incluidas las primas de seguro.

Enmiendas o terminación del Plan

Walmart se reserva el derecho de, a su entera discreción, enmendar o dar por terminado cualquier beneficio o disposición del Plan, en cualquier momento y por cualquier razón, según se relacione con cualquier participante o beneficiario actual, pasado o futuro del Plan.

No se puede enmendar verbalmente el Plan ni los beneficios descritos en este manual. Ninguna declaración o representación verbal tendrá vigencia ni efecto, incluso cuando dichas declaraciones o representaciones sean hechas por el Administrador del Plan, por un asociado exento de la compañía o por un miembro del centro de llamadas sobre beneficios. Solo las declaraciones escritas del Administrador del Plan serán vinculantes para el Plan.

Tus derechos al amparo de la Ley ERISA

Como participante del Plan de Salud y Bienestar para Asociados tienes ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos por Retiro de 1974 (Ley ERISA), según enmendada. La Ley ERISA dispone que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN Y SUS BENEFICIOS

Tienes el derecho de:

- Examinar, sin costo, en las oficinas del Administrador del Plan y en otros centros especificados como los lugares de trabajo y las salas sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los convenios colectivos y una copia del último informe anual (Serie de Formularios 5500) presentados por el Plan al Departamento del Trabajo de los Estados

Unidos y disponibles en el Salón de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration).

- Obtener, al solicitarlo por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguro y convenios colectivos, copias del último informe anual (Serie de Formularios 5500) y una copia actualizada de la Descripción Resumida del Plan. El Administrador podría solicitar un pago razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley requiere que el Administrador del Plan provea a cada participante una copia de este informe financiero anual.

CONTINUAR LA CUBIERTA GRUPAL DEL PLAN MÉDICO

Tienes el derecho de continuar con la cubierta médica tuya, de tu cónyuge/ de hecho o de tus dependientes si ocurre una pérdida de cubierta del Plan como resultado de un evento que te cualifica. Es posible que tú o tus dependientes tengan que pagar por dicha cubierta. Revisa esta Descripción Resumida del Plan y los documentos que rigen el plan en las reglas que rigen los derechos de continuación de cubierta conforme a la Ley COBRA. (Consulta el capítulo sobre **COBRA** para más información.)

Debes recibir un certificado de cubierta acreditable, sin costo, de tu plan médico grupal o emisor de seguro médico cuando pierdas la cubierta del Plan, cuando cualifiques para la continuación de cubierta de COBRA o cuando esta termine, si lo solicitas antes de perder la cubierta, o si lo solicitas en el término de 24 meses después de perder la cubierta.

Ten presente que el Plan de Salud y Bienestar para Asociados no tiene una exclusión por condición preexistente.

ACTUACIÓN PRUDENTE DE LOS FIDUCIARIOS DEL PLAN

Además de crear derechos para los participantes del Plan, la Ley ERISA impone deberes a las personas responsables de las operaciones del Plan. Las personas que manejan el Plan, llamadas “fiduciarios”, tienen el deber de hacerlo prudentemente y en interés tuyo y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni tu patrono, ni tu sindicato, ni ninguna otra persona, puede despedirte o de alguna forma discriminar en contra tuya para evitar que obtengas un beneficio o que ejerzas tus derechos al amparo de la Ley ERISA.

Si tu reclamación de un beneficio es denegada u obviada, en parte o en su totalidad, tienes el derecho de conocer la razón de la denegación, de obtener, sin costo, copias de los documentos relacionados con la decisión y de apelar cualquier denegación, todo dentro del tiempo establecido.

A tenor con la Ley ERISA, hay medidas que puedes tomar para hacer valer los derechos antes mencionados. Por ejemplo:

- Si solicitas materiales del Plan y no los recibes en un plazo de 30 días, puedes entablar una demanda en el tribunal federal. En dicho caso, el tribunal puede exigirle al Administrador del Plan que te provea los materiales y que te pague hasta \$110.00 diarios hasta tanto recibas los materiales, a menos que éstos no hayan sido enviados por razones fuera del control del Administrador.
- Si has presentado una reclamación de beneficios y esta ha sido denegada u obviada, en parte o en su totalidad, puedes entablar una demanda ante el tribunal estatal o federal. Por lo general, deberás completar el proceso de apelación antes de entablar una demanda en contra del Plan. No obstante, debes consultar con un abogado para determinar cuándo es apropiado entablar una demanda contra el Plan.
- Si no estás de acuerdo con la decisión del Plan o la ausencia de una decisión acerca del estatus calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de pensión alimentaria, puedes entablar una demanda ante el tribunal federal.
- En caso de que los fiduciarios del Plan hayan hecho mal uso de los fondos del mismo, o que se haya discriminado en tu contra por hacer valer tus derechos, puedes procurar la ayuda del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos o puedes entablar una demanda ante un tribunal federal.

El tribunal decidirá quién debe pagar las costas del tribunal y los honorarios de abogado. Si tienes éxito, el tribunal podría ordenar a la persona a quien has demandado, que pague dichas costas y honorarios. Si pierdes, el tribunal podría ordenarte a pagar dichas costas y honorarios; por ejemplo, si el tribunal estima que tu reclamación es frívola.

AYUDA CON TUS PREGUNTAS

Si tienes alguna pregunta acerca del Plan, debes comunicarte con el Administrador del Plan. Si tienes alguna pregunta sobre esta declaración o sobre tus derechos conforme a la Ley ERISA, o si necesitas ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, debes comunicarte con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos que aparece en el directorio telefónico, o con:

**Division of Technical Assistance and Inquiries
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue NW
Washington, DC 20210**

También puedes obtener ciertos documentos sobre tus derechos al amparo de la Ley ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al **866-444-3272** o accediendo a dol.gov/ebsa.

Aviso de prácticas de privacidad de la Ley HIPAA

Este aviso fue actualizado el 1 de agosto de 2019

ESTE AVISO APLICA AL PLAN MÉDICO PARA ASOCIADOS (PMA), EL PLAN DENTAL Y RESOURCES FOR LIVING (RFL), COLECTIVAMENTE “LOS PLANES”.



ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR TU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL Y CÓMO PUEDES OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉELO CON DETENIMIENTO. Tienes ciertos derechos al amparo de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Ley HIPAA). La Ley HIPAA gobierna cuándo y cómo el Plan Médico para Asociados, el plan dental y el programa Resources for Living (RFL) pueden usar y divulgar tu información médica personal y cómo puedes acceder a dicha información. Comparte una copia de este aviso con los miembros de tu familia que tienen cubierta bajo el plan médico, el plan dental y Resources for Living.

EL COMPROMISO DE WALMART CON TU PRIVACIDAD

Las menciones a "nosotros" y "nos" en este aviso se refieren a los Planes. Walmart también ofrece beneficios a algunos asociados por medio de una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO, por sus siglas en inglés), un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) y un plan médico para viajes de negocios internacionales. En el caso de estas opciones de beneficios, la aseguradora del plan HMO o PPO o del plan médico para viajes de negocios internacionales es responsable de proteger tu información médica personal conforme a las reglas de la Ley HIPAA, que incluyen proveerte un aviso de las prácticas de privacidad.

Los Planes tienen el compromiso de proteger la privacidad de tu información médica por el tiempo en que los Planes mantengan dicha información o por cincuenta años después de tu muerte. Al manejar los Planes, nosotros creamos registros sobre ti y los beneficios que te ofrecemos. Este aviso explica las formas en las que podemos usar y divulgar tu información de salud. También describe tus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de la información médica. La ley nos exige:

- Mantener la privacidad de tu información de salud, también conocida como Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés)
- Proveerte este aviso

- Cumplir con este aviso y
- Notificarte si ocurre una violación de tu Información Médica Protegida.

Los Planes se reservan el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y de aplicar cualquier cambio de este tipo a la Información Médica Protegida que obtuvimos sobre ti antes del cambio. Si hay una revisión sustancial de este aviso, se te entregará un nuevo aviso. Puedes obtener una copia impresa del aviso actual comunicándote con los Planes por medio de la información de contacto que aparece al final de este aviso. Además, el aviso más reciente está disponible en la página de beneficios en One.Walmart.com.

CÓMO PUEDEN EL PLAN MÉDICO PARA ASOCIADOS, EL PLAN DENTAL Y RESOURCES FOR LIVING USAR Y DIVULGAR TU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La ley nos permite usar y divulgar tu Información Médica Protegida para ciertos propósitos sin tu permiso o autorización. Estos son ejemplos de cada una de dichas circunstancias:

1. **Para tratamiento.** Podemos usar o divulgar tu Información Médica Protegida para fines de tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar tu Información Médica Protegida a médicos, personal de enfermería y otros profesionales que te brindan atención médica.
2. **Para efectuar pagos.** Podemos usar o divulgar tu Información Médica Protegida para fines de efectuar pagos por el tratamiento que recibes bajo los Planes. Por ejemplo, podemos comunicarnos con tu profesional de la salud a fin de certificar que has recibido un tratamiento (y para cuál serie de beneficios) y podemos solicitar detalles acerca del tratamiento para determinar si tus beneficios lo cubren o lo pagan. También podemos usar y divulgar tu Información Médica Protegida a fin de obtener pagos de terceros que puedan ser responsables de dichos costos, como familiares u otras compañías de seguro.
3. **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar tu Información Médica Protegida para fines de nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, nuestros administradores de reclamaciones en algunos estados o los Planes pueden usar tu Información Médica Protegida para realizar actividades de manejo de costos y planificación. La información que usamos o divulgamos para fines de seguro no incluirá Información Médica Protegida que sea información genética.
4. **Al patrocinador del Plan.** Los Planes pueden usar o divulgar tu Información Médica Protegida a Walmart, el Patrocinador del Plan. El Patrocinador del Plan solo usará tu Información Médica Protegida cuando sea necesario para administrar los Planes. La ley solo permite a los Planes divulgar tu Información Médica Protegida a Walmart en su

función como Patrocinador del Plan, si Walmart certifica, entre otras cosas, que usará o divulgará dicha información solo según lo permita el Plan, que limitará el acceso a tu Información Médica Protegida a los asociados de Walmart cuya función es administrar el Plan y que no la usará para ninguna acción relacionada con el empleo.

5. **Para fines de programas y servicios relacionados con la salud.** Los Planes podrían comunicarse contigo acerca de información sobre tratamientos alternos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarte.
6. **A personas que participan en tu atención médica o en el pago de esta.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida a un tercero que participa en tu atención médica, que incluye un familiar, amigo cercano o persona que identificaste para efectos del plan, siempre que consientas a dicha divulgación. Si no estás presente o disponible para aceptar u objetar la divulgación de tu Información Médica Protegida a un tercero que la solicita, entonces los Planes pueden usar su criterio profesional para decidir si la divulgación te beneficia. Si se determina que una divulgación te beneficia, los Planes pueden divulgar la cantidad mínima de Información Médica Protegida necesaria para cumplir con la necesidad. Además, tienes el derecho de solicitar que los Planes limiten cualquier divulgación de Información Médica Protegida a personas específicas que participan en tu atención médica.

OTROS USOS O DIVULGACIONES DE TU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN AUTORIZACIÓN

La ley nos permite usar y divulgar tu Información Médica Protegida en las siguientes circunstancias sin tu permiso o autorización:

1. **Cuando lo exige la ley.** Los Planes usarán y divulgarán tu Información Médica Protegida cuando lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
2. **Con relación a riesgos de salud pública.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida para fines de actividades de salud pública, como las dirigidas a prevenir o controlar enfermedades, prevenir lesiones, informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos, y para reportar el abuso o abandono de niños, personas de mayor edad y adultos dependientes.
3. **Para actividades de fiscalización médica.** Los Planes podrían divulgar tu Información Médica Protegida a una agencia de fiscalización para fines de actividades autorizadas por ley. Estas actividades de fiscalización, que son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de salud, incluyen investigaciones, inspecciones, auditorías y licencias.
4. **Para fines de demandas y disputas.** Los Planes pueden usar o divulgar tu Información Médica Protegida para responder

a una orden judicial o administrativa si eres parte de una demanda o proceso similar. También podemos divulgar tu Información Médica Protegida para responder a una solicitud de descubrimiento de prueba, un emplazamiento, u otro proceso legal entablado por otra parte involucrada en la disputa, pero sólo si hemos realizado esfuerzos para informarte sobre la solicitud y darte la oportunidad de objetar al tribunal u obtener una orden que proteja la información que dicha parte ha solicitado.

5. **Para fines de cumplimiento de la ley.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida a un oficial de ley y orden cuando lo solicite en ciertas circunstancias, que incluyen, pero no se limitan a:
 - Con relación a una víctima de crimen en ciertas situaciones, si no podemos obtener el consentimiento de la persona
 - Con respecto a una muerte que pensamos pueda ser el resultado de conducta delictiva
 - Con relación a una conducta delictiva en nuestras oficinas
 - Para responder a una orden judicial, una orden del tribunal, un emplazamiento u otro proceso legal similar
 - Para identificar o localizar a un sospechoso, un testigo directo, un fugitivo o una persona desaparecida y
 - En una emergencia, para reportar un crimen (lo que incluye la ubicación o la(s) víctima(s) del crimen o la descripción, identidad o ubicación de la persona que cometió el delito) y
 - En los casos en que una agencia de ley y orden haya solicitado Información Médica Protegida para fines de identificar o ubicar a una persona, la Ley HIPAA dispone que, si se cumplen ciertas situaciones específicas, los Planes deberán divulgar a la agencia de ley y orden información limitada como nombre, dirección, número de Seguro Social, tipo de sangre (sistema ABO), tipo de lesión, fecha y hora del tratamiento o la muerte, y características físicas distintivas.
6. **Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad.** Los Planes podrían usar y divulgar tu Información Médica Protegida cuando sea necesario para reducir o evitar una amenaza grave a tu salud y seguridad o a la salud y seguridad de otra persona o del público en general. En estas situaciones, solo divulgaremos información a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
7. **Para fines de funciones militares.** Los Planes podrían usar y divulgar tu Información Médica Protegida si eres miembro de las fuerzas armadas de los EE.UU. o de un país extranjero (incluye a los veteranos), y si es necesario para asegurar la debida ejecución de una misión militar cuando la autoridad militar pertinente ha publicado la información requerida en el Registro Federal.
8. **Para fines de seguridad nacional.** Los Planes podrían divulgar tu Información Médica Protegida a funcionarios federales para fines de actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por ley. También podríamos divulgar tu Información Médica Protegida a funcionarios federales para que puedan proteger al Presidente y a otros funcionarios o jefes de estado o para realizar investigaciones.
9. **Confinados.** Los Planes podrían divulgar tu información médica a instituciones penales u oficiales de ley y orden si eres un confinado o estás bajo la custodia de un oficial de ley y orden. La divulgación para estos fines sería necesaria: para que la institución te provea servicios de salud; para la seguridad de la institución y/o para proteger tu salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.
10. **A los programas de compensación al trabajador.** Los Planes podrían divulgar tu información médica a programas de compensación al trabajador y similares.
11. **Para servicios relacionados con muertes.** En el caso de tu muerte, los Planes podrían divulgar tu Información Médica Protegida a un médico forense, director de funeraria, o a servicios de donación de tejido u órganos, según sea necesario para permitirles realizar sus funciones.
12. **Investigación.** La Ley HIPAA permite que los Planes divulguen Información Médica Protegida para fines de investigaciones aprobadas por el gobierno. La política de los Planes es no divulgar Información Médica Protegida para fines de investigación y no se divulgará tu Información Médica Protegida para dichos fines a menos que sea requerido por ley.
13. **Notas de psicoterapia.** Siempre se requiere una autorización para usar o divulgar las notas de psicoterapia a terceros a menos que el uso o la divulgación esté permitido por las regulaciones de la Ley HIPAA. Los usos o divulgaciones permitidos incluyen: uso para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; uso por la persona que origina las notas para fines de tratamiento; uso por parte de los Planes para defenderse en una demanda iniciada por ti; cuando lo exige el Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos; cuando dicha divulgación es requisito de ley; para fines de actividades de fiscalización médica según permitido por las regulaciones; divulgación a una persona que podría razonablemente evitar un daño grave a una persona o al público y divulgación a un médico forense para fines de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte o para otros fines permitidos por ley. Aunque las regulaciones permiten que las entidades cubiertas usen y divulguen notas de psicoterapia para fines de adiestrar a profesionales de la salud o estudiantes, los Planes no participan en dichos ejercicios de adiestramiento y no pueden divulgar la información para esos propósitos.

14. **Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida si existe una sospecha razonable de que eres víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Dicha divulgación se permite según la Ley HIPAA solo cuando lo requiere la ley o con tu permiso o en la medida de que la divulgación sea autorizada expresamente por ley y solo si, según el mejor criterio del Plan, la divulgación sea necesaria para prevenir un daño grave a ti o a otras posibles víctimas.
15. **Actividades de fiscalización médica e investigaciones conjuntas.** Los Planes tienen que divulgar Información Médica Protegida solicitada por agencias de fiscalización médica para fines de auditorías legalmente autorizadas, investigaciones, incluidas investigaciones conjuntas, inspecciones, licencias, acciones disciplinarias u otras actividades de fiscalización de entidades autorizadas.
16. **Esfuerzos de ayuda a víctimas de catástrofes.** Los Planes pueden usar o divulgar Información Médica Protegida para notificar a un familiar u otra persona involucrada en tu cuidado sobre tu localización, condición general o muerte, o a una entidad pública o privada autorizada por ley (o por su acta constitutiva) para dar dicha notificación y asistir en esfuerzos de socorro en casos de desastres.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN TU AUTORIZACIÓN

Los Planes obtendrán tu autorización escrita para cualquier otro uso o divulgación de Información Médica Protegida, incluida la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, excepto en las situaciones mencionadas arriba, usos y divulgaciones de Información Médica Protegida para fines de mercadeo y usos y divulgaciones que son ventas de Información Médica Protegida. El Plan no impondrá condición alguna a tu autorización, incluida la elegibilidad de participar en el Plan o en los beneficios del Plan, excepto donde lo permita la ley. Si nos brindas autorización escrita para un uso o divulgación de tu Información Médica Protegida, puedes revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si revocas la autorización, no usaremos ni divulgaremos tu Información Médica Protegida por las razones indicadas en la autorización, excepto en el caso de que hayamos actuado de acuerdo a tu autorización antes de recibir la revocación por escrito.

LEYES ESTATALES DE PRIVACIDAD MÁS ESTRUCTAS

Según la reglamentación de privacidad de la Ley HIPAA, el Plan tiene que cumplir con las leyes estatales, de haberlas, que también sean aplicables y no sean contrarias a la Ley HIPAA (por ejemplo, cuando las leyes estatales son más estrictas). El Plan tiene una política para garantizar el cumplimiento con dichas leyes.

TUS DERECHOS RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Tienes los siguientes derechos respecto a tu Información Médica Protegida:

1. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tienes derecho a solicitar que los Planes se comuniquen contigo respecto a problemas de salud y asuntos relacionados de una forma particular o en cierto lugar cuando pienses que tu vida puede peligrar si las comunicaciones se envían a tu residencia. Por ejemplo, podrías pedirnos que nos comuniquemos contigo en tu lugar de trabajo y no en la casa. A fin de solicitar un tipo de comunicación confidencial en particular, es necesario que envíes una solicitud por escrito a la dirección indicada al final de esta sección que especifique el método de contacto o el lugar donde deseas ser contactado. Para que consideremos satisfacer tu solicitud de comunicación confidencial, es necesario que la solicitud escrita declare claramente que la divulgación de toda o parte de esta información podría poner en peligro tu vida.
2. **Derecho a solicitar restricciones.** Tienes el derecho de solicitar una restricción a nuestro uso o divulgación de tu Información Médica Protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por lo general, no estamos obligados a aceptar tu solicitud excepto en circunstancias limitadas; sin embargo, si aceptamos, nuestro acuerdo será vinculante excepto cuando la ley indique otra cosa, en caso de emergencia o cuando la información sea necesaria para ofrecerte tratamiento. Para solicitar una restricción en el uso y divulgación de tu Información Médica Protegida, debes solicitarlo por escrito a la dirección indicada al final de esta sección. La solicitud debe describir, de forma clara y concisa, lo siguiente: (a) la información que deseas restringir; (b) si estás limitando el uso o divulgación o ambos por parte del Plan Médico para Asociados, el plan dental o RFL y (c) a quién deseas que se apliquen los límites.
3. **Derecho a inspeccionar y copiar la información.** Con la excepción de circunstancias limitadas, tienes el derecho de inspeccionar y copiar la Información Médica Protegida que puede usarse para tomar decisiones relacionadas con tu persona. Esto usualmente incluye los expedientes médicos y los registros de facturación. Para inspeccionar o copiar tu Información Médica Protegida, debes solicitarlo por escrito a la dirección indicada al final de esta sección. Los Planes deberán proveer directamente a ti y/o a la persona que nombres, acceso a la Información Médica Protegida de la forma y en el formato electrónico que solicites, si está fácilmente disponible, o, si no, en un formato electrónico legible según acordado entre tú y el Plan. Los Planes pueden cobrar un cargo por concepto de copias, envío, mano de obra y materiales relacionados con tu solicitud. Podemos denegar tu solicitud de inspeccionar

y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas, en cuyo caso puedes enviarnos una solicitud de revisión de la denegación a la dirección indicada abajo.

4. **Derecho a solicitar una enmienda.** Tienes el derecho de solicitar que enmendemos tu Información Médica Protegida si consideras que está incorrecta o incompleta. Para solicitar una enmienda, debes enviar una solicitud escrita a la dirección indicada al final de esta sección. Deberás incluir una razón que respalde la solicitud de enmienda. Podemos denegar tu solicitud si nos pides enmendar Información Médica Protegida que: (a) esté correcta y completa; (b) no sea parte de la Información Médica Protegida mantenida por el Plan o en nombre del Plan; (c) no sea parte de la Información Médica Protegida que se te permitiría inspeccionar y copiar o (d) no haya sido creada por el Plan, a menos que la persona o la entidad que creó la información no esté disponible para enmendarla. Aun en el caso que deneguemos tu solicitud de enmienda, tienes el derecho de presentar una declaración de desacuerdo acerca de cualquier dato en su expediente que consideres incompleto o incorrecto. Si lo solicitas, este formará parte de tu expediente médico, lo adjuntaremos a tus registros y lo incluiremos cuando divulguemos el dato o la declaración que consideres incompleta o incorrecta.
5. **Derecho a recibir una explicación de las divulgaciones.** Tienes el derecho de recibir una explicación de las divulgaciones. La explicación de las divulgaciones es una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de tu Información Médica Protegida, para la mayoría de los fines que no sean los de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras excepciones conforme a la ley. Para solicitar una explicación de las divulgaciones, debes enviar una solicitud escrita a la dirección indicada al final de esta sección. Deberás especificar el período de tiempo, el cual no puede exceder del periodo de seis años anterior a tu solicitud. Te notificaremos acerca del costo que conlleva satisfacer tu solicitud y puedes optar por retirar o modificar la solicitud en ese momento.
6. **Aviso impreso.** Tienes el derecho de solicitar una copia impresa de este aviso, aunque hayas acordado recibirla en formato electrónico.

Si consideras que tus derechos de privacidad han sido violados, puedes presentar una querrela al Plan Médico para Asociados, al plan dental o RFL o al Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Para presentarnos una querrela, debes enviarla por escrito a la dirección indicada al final de esta sección. Ni Walmart ni los Planes tomarán represalias en tu contra por haber presentado una querrela. No serás objeto de represalia o discriminación ni se te negarán servicios, pagos o privilegios por haber presentado una querrela al Plan Médico para Asociados, al plan dental o RFL o al Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Si tienes alguna pregunta sobre este aviso o si deseas ejercer uno o varios de los derechos mencionados en el mismo, contacta a:

Walmart People Services
Attn: HIPAA Compliance Team
508 SW 8th Street
Mail Stop #3500
Bentonville, Arkansas 72716-3500

Envía la pregunta por correo electrónico a:
AHWPrivacy@walmart.com
 Teléfono: **800-421-1362**

Medicare y tu cubierta de medicamentos con receta

Lee este aviso sobre Medicare y tu cubierta de medicamentos con receta detenidamente y guárdalo donde puedas encontrarlo. Este aviso tiene información sobre tu cubierta actual de medicamentos con receta del Plan de Salud y Bienestar para Asociados (el Plan) y sobre tu opción de cubierta de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarte a decidir si debes inscribirte o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si estás considerando inscribirte, debes comparar tu cubierta actual, incluidos los medicamentos cubiertos y el costo, con la cubierta y los costos de los planes que ofrecen cubierta de Medicare para medicamentos con receta en tu área. También te indica dónde puedes encontrar información adicional para ayudarte a tomar decisiones sobre la cubierta de medicamentos con receta.

Hay varios datos importantes que debes saber sobre tu cubierta actual y la cubierta de medicamentos con receta de Medicare:

- La cubierta de Medicare de medicamentos con receta se hizo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puedes obtener esta cubierta si te unes a un plan Medicare para medicamentos con receta o a un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cubierta de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos con receta de Medicare proveen por lo menos un nivel estándar de cubierta establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cubierta pagando una prima mensual mayor.
- Se espera que los planes de medicamentos con receta de Walmart (según se describen más adelante en este aviso bajo el título **¿Cuáles planes de Walmart se consideran acreditables?**) paguen, en promedio, tanto como pagaría la cubierta normal de Medicare para medicamentos con receta y, por lo tanto, se considera que constituyen una cubierta acreditable. Si participas en uno de estos planes, puedes mantener la cubierta y no pagar una prima más alta (penalidad) si luego decides unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

CUBIERTA ACREDITABLE Y NO ACREDITABLE

¿Qué significa el término "cubierta acreditable"? Cubierta acreditable significa que se espera que tu cubierta actual de medicamentos con receta pague, en promedio para todos los participantes del Plan, tanto como pagaría la cubierta normal de Medicare para medicamentos con receta. Una cubierta que no satisface este requisito no es una cubierta acreditable.

¿CUÁLES PLANES DE WALMART SE CONSIDERAN ACREDITABLES?

Walmart ha determinado que las cubiertas Elite y Premium para medicamentos con receta se consideran cubiertas acreditables conforme a las pautas de Medicare.

Si tu cubierta es acreditable, puedes conservar la cubierta existente y no pagar más si luego decides inscribirte en la cubierta de Medicare.

Si estás inscrito en el Plan Elite o el Plan Premium, puedes optar por unirse a un plan de medicamentos de Medicare después, sin tener que pagar más, ya que tienes una cubierta de medicamentos con receta que, en promedio, es tan buena como la de Medicare.

Si estás inscrito en Medicare Parte D, no calificas para inscribirte en el Plan Elite ni el Plan Premium. Si tu dependiente está inscrito en Medicare Parte D y tú no, calificas para inscribirte en un plan médico de Walmart, pero tu dependiente no sería elegible para dicha cubierta.

Si te das de baja de la cubierta de Walmart y te inscribes en un plan Medicare para medicamentos con receta, tú y tus dependientes elegibles tendrán la opción de reinscribirse en el plan de Walmart durante el período de inscripción anual o a raíz de un evento de cambio de estatus válido. Debes comparar la cubierta actual, incluidos los medicamentos cubiertos, con la cubierta y los costos de los planes que ofrecen cubierta de Medicare para medicamentos con receta en tu área.

¿CUÁLES PLANES DE WALMART SE CONSIDERAN NO ACREDITABLES?

Ninguna. Conforme a las pautas de Medicare, todas las cubiertas de medicamentos con receta ofrecida por el Plan se consideran acreditables.

¿CUÁNDO PUEDO INSCRIBIRME EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE?

Puedes unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando comience tu elegibilidad para Medicare, y cada año durante el período del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Si tienes una cubierta acreditable para medicamentos con receta y la pierdes por razones ajenas a tu voluntad, también serás elegible para un período de inscripción especial de dos meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Si tienes una cubierta para medicamentos con receta que no es acreditable y la suspendes, ya que tu cubierta es un plan patronal grupal, serás elegible para un período de inscripción especial de dos meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Sin embargo, es posible que pagues una prima más alta (penalidad) porque no tenías una cubierta acreditable con el Plan.

¿CUÁNDO PAGARÉ UNA PRIMA MÁS ALTA (PENALIDAD) POR UNIRME A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si tienes una cubierta acreditable y suspendes o pierdes tu cubierta con el Plan, y no te inscribes en un plan Medicare para medicamentos durante los 63 días consecutivos posteriores a la terminación de tu cubierta actual, es posible que tengas que pagar una prima más alta (penalidad) para poder unirse más adelante a un plan de medicamentos de Medicare.

Si tienes una cubierta que no es acreditable, dependiendo de cuánto tiempo pasas sin cubierta acreditable para medicamentos con receta, es posible que tengas que pagar una penalidad para poder unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

A partir del final del último mes en el que te hiciste elegible para unirse a un plan de medicamentos de Medicare por primera vez, pero no te inscribiste, si pasas 63 días consecutivos o más sin una cubierta acreditable de medicamentos con receta, es posible que la prima mensual aumente por lo menos en un 1% de la prima básica de beneficiarios de Medicare al mes por cada mes que no tuviste cubierta. Por ejemplo, si pasas 19 meses sin cubierta acreditable, es posible que tu prima sea siempre un mínimo de 19% más alta que la prima básica de beneficiarios de Medicare. Puede que tengas que pagar esta prima más alta (penalidad) durante todo el tiempo que tengas cubierta de Medicare para medicamentos con receta. Además, es posible que tengas que esperar hasta el próximo período de inscripción anual de Medicare que comienza en octubre para inscribirte.

¿QUÉ OCURRE CON TU CUBIERTA ACTUAL SI DECIDES UNIRTE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si decides unirse a un plan de medicamentos de Medicare, se verá afectada tu cubierta actual en el Plan Médico para Asociados (PMA). Las guías del Plan te impiden inscribirte en los planes Elite y Premium si estás inscrito en la Parte D de Medicare. Si tu dependiente está inscrito en la Parte D de Medicare y tú no,ificarías para inscribirte en el plan médico de Walmart, pero tu dependiente no sería elegible para dicha cubierta.

Si decides unirse a un plan Medicare de medicamentos y suspendes tu cubierta en el PMA de Walmart, ten presente que tú y tus dependientes podrán recuperar dicha cubierta de PMA, pero solo durante la inscripción anual o debido a un evento de cambio de estatus.

Si te inscribes en la Parte D de Medicare y decides, en el término de 60 días, cambiar de nuevo a un plan PMA de Walmart, serás reinscrito automáticamente para la misma cubierta que tenías antes del evento de cambio de estatus.

PARA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE MEDICARE Y TU CUBIERTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA

- Recibirás este aviso todos los años antes del periodo de inscripción de Medicare.
- Si efectuamos un cambio al plan que afecte tu cubierta acreditable, recibirás otro aviso.
- Si necesitas una copia de este aviso, puedes solicitarla llamando a Servicio de Beneficios del Cliente al **800-421-1362**.

INFORMACIÓN ADICIONAL DISPONIBLE

Hay información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cubierta para medicamentos con receta disponible en el folleto de "Medicare y Usted" provisto por Medicare. También es posible que los planes de medicamentos con receta aprobados por Medicare se comuniquen directamente contigo. Recibirás una copia del folleto de Medicare por correo todos los años. Además, puedes obtener más información sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare de estas fuentes:

- Visita medicare.gov.
- Llama al programa estatal de asistencia con el seguro médico para obtener ayuda personalizada. (Puedes encontrar el teléfono del programa en tu copia del manual "Medicare y Usted".)
- Llama a 800-MEDICARE (**800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **877-486-2048**.

For people with limited income and resources, extra help paying for the Medicare prescription drug plan is available. Las personas de ingresos y recursos limitados pueden solicitar ayuda adicional disponible para pagar el plan de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visita la página de la Administración de Seguro Social en socialsecurity.gov, o llama al **800-772-1213** (TTY **800-325-0778**).



RECUERDA

Guarda este aviso. Si decides inscribirte en uno de los planes de medicamentos con receta de Medicare, puede que tengas que proveer una copia de este aviso al inscribirte para demostrar que has mantenido o no has mantenido una cubierta acreditable y, por consiguiente, si tienes que pagar o no una prima más alta (penalidad).

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si cualificas o tus hijos cualifican para Medicaid o CHIP y si eres elegible para la cubierta médica de Walmart, Inc., es posible que tu estado de residencia tenga un programa de asistencia con las primas para ayudarte a pagar la cubierta con fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si no cualificas o tus hijos no cualifican para Medicaid o CHIP, no serás elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que puedas comprar cubierta de seguro individual por medio del servicio de Health Insurance Marketplace. Para obtener más información visita healthcare.gov.

Si tú o tus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados indicados en la lista a continuación, puedes comunicarse con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para investigar si ofrecen asistencia con las primas.

Si tú o tus dependientes NO están inscritos en Medicaid o CHIP actualmente y piensas que podrían cualificar para uno de estos dos programas, puedes comunicarte con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llamando a 877-KIDSNOW, o accediendo a insurekidsnow.gov para investigar cómo inscribirte. Si cualificas, pregunta si el estado tiene un programa que pueda ayudarte a pagar las primas del Plan.

Si tú o tus dependientes son elegibles para la asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como para el Plan de Walmart, Inc., el Plan tiene que permitir que se inscriban. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial" y es necesario que solicites la cubierta en el término de 60 después de haberse determinado que cualificas para asistencia con las primas. Si tienes preguntas sobre cómo inscribirte en el plan patronal, contacta al Departamento del Trabajo federal en askebsa.dol.gov o llama al **866-444-EBSA (3272)**.

Si resides en uno de los estados a continuación, es posible que cualifiques para asistencia con el pago de las primas del plan médico patronal. La lista de estados a continuación se actualizó el 31 de julio de 2021.

Debes comunicarte con tu estado de residencia para obtener información adicional sobre elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid

web: <http://myalhipp.com>
Teléfono: 855-692-5447

ALASKA – Medicaid

web de AK Health Insurance Premium Payment Program: <http://myakhipp.com>
Teléfono: 866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad:
<http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

web: <http://myarhipp.com>
Teléfono: 855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program
<https://www.dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Medicaid) & Child Health Plan Plus (CHP+)

web de Health First Colorado:
<https://www.healthfirstcolorado.com>
Health First Colorado Member Contact Center:
800-221-3943 State Relay 711
CHP+:
<https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus>
CHP+ Customer Service:
800-359-1991 / State Relay 711
Health Insurance Buy-In Program (HIBI):
<https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program>
HIBI Servicio al cliente: 855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

web: <https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

web: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678-564-1162 ext 2131

INDIANA – Medicaid

web del plan Healthy Indiana para adultos de 19 a 64 años de bajos ingresos: <http://www.in.gov/fssa/hip>
Teléfono: 877-438-4479
Demás servicios de Medicaid
web: <https://www.in.gov/medicaid>
Teléfono: 800-457-4584

IOWA MEDICAID AND CHIP (Hawki)

web de Medicaid: <https://dhs.iowa.gov/ime/members>
Teléfono de Medicaid: 800-338-8366
web de Hawki: <http://dhs.iowa.gov/Hawki>
Teléfono de Hawki: 800-257-8563
web de HIPP:
<https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>

KANSAS – Medicaid

web: <http://www.kancare.ks.gov>
Teléfono: 800-792-4884

KENTUCKY – Medicaid

web de Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) website:
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPP.program@ky.gov
web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 877-524-4718
web de Medicaid: <https://chfs.ky.gov>

LOUISIANA – Medicaid

web de: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

web de inscripción: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 800-442-6003
TTY: Maine relay 711
web de primas de seguro médico privado:
<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 800-977-6740
TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP

web: <http://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa>
Teléfono: 800-862-4840

MINNESOTA – Medicaid

web: <https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>
Teléfono: 800-657-3739

MISSOURI – Medicaid

web:
<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

web:
<http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 800-694-3084

NEBRASKA – Medicaid

web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Website: <http://dhcftp.nv.gov>
Phone: 800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

web: <https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm>
Teléfono: 603-271-5218
Línea sin cargos para programa HIPP: 800-852-3345, ext 5218

NEW JERSEY – Medicaid and CHIP

web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid>
Teléfono de Medicaid: 609-631-2392
web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 800-701-0710

NEW YORK – Medicaid

web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid
Teléfono: 800-541-2831

NORTH CAROLINA – Medicaidweb: <https://medicaid.ncdhhs.gov>

Teléfono: 919-855-4100

NORTH DAKOTA – Medicaid

web:

<http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid>

Teléfono: 844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIPweb: <http://www.insureoklahoma.org>

Teléfono: 888-365-3742

OREGON – Medicaidweb: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx><http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html>

Teléfono: 800-699-9075

PENNSYLVANIA – Medicaidweb: <https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx>

Teléfono: 800-692-7462

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIPweb: <http://www.eohhs.ri.gov>

Teléfono: 855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)

SOUTH CAROLINA – Medicaidweb: <https://www.scdhhs.gov>

Teléfono: 888-549-0820

SOUTH DAKOTA – Medicaidweb: <http://dss.sd.gov>

Teléfono: 888-828-0059

TEXAS – Medicaidweb: <http://gethipptexas.com>

Teléfono: 800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIPweb de Medicaid: <https://medicaid.utah.gov>web deCHIP: <http://health.utah.gov/chip>

Teléfono: 877-543-7669

VERMONT – Medicaidweb: <http://www.greenmountaincare.org>

Teléfono: 800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid and CHIPweb: <https://www.coverva.org/en/famis-select><https://www.coverva.org/en/hipp>

Teléfono: 800-432-5924

WASHINGTON – Medicaidweb: <https://www.hca.wa.gov>

Teléfono: 800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaidweb: <http://mywhipp.com>

Teléfono: 855-MyWVHIPP (855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

web:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>

Teléfono: 800-362-3002

WYOMING – MedicaidWebsite: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/web-and-eligibility>

Teléfono: 800-251-1269

Para ver si otros estados han añadido un programa de asistencia con las primas desde el 31 de julio de 2021, o para información adicional sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con uno de los siguientes:

U.S. Department of Labor

Employee Benefits Security Administration

dol.gov/ebsa

866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services

Centers for Medicare & Medicaid Services

cms.hhs.gov

877-267-2323, Opción 4, Ext. 61565

Apreciado Participante del Plan

EL PLAN DE SALUD Y BIENESTAR PARA ASOCIADOS RESPETA LA DIGNIDAD DE CADA PERSONA QUE PARTICIPA EN EL PLAN.

El Plan de Salud y Bienestar para Asociados no discrimina por razones de raza, color de la piel, origen nacional, género, edad o incapacidad, y prohíbe las represalias en contra de una persona por presentar una queja de discriminación. Además, con gusto ofrecemos a nuestros participantes asistencia de idiomas y materiales y servicios auxiliares gratuitamente. Te apreciamos como participante y tu satisfacción es importante para nosotros.

Si necesitas de dicha asistencia o si tienes inquietudes acerca de los servicios del Plan, puedes llamar al número de teléfono que aparece al dorso de la tarjeta del Plan. Si tienes alguna pregunta o inquietud, puedes utilizar una de las siguientes alternativas a continuación para que podamos servirte mejor.

عربي
خدمات الترجمة الفورية متاحة دون تكلفة. 1-800-421-1362.

မြန်မာ
စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-421-1362

汉语普通话
翻译服务免费提供。1-800-421-1362.

فارسی
خدمات مترجم بدون هیچ هزینه ای در دسترس می باشد. 1-800-421-1362

Français
Des services d'interprètes sont disponibles sans frais.
1-800-421-1362.

kreyòl ayisyen
Gen Sèvis entèprèt ki disponib gratis. 1-800-421-1362.

日本人
通訳サービスは無料でご利用いただけます。1-800-421-1362.

한국어
통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-421-1362.

Polski
Usługi tłumacza dostępne są bez żadnych kosztów.
1-800-421-1362.

Para obtener asistencia, llama al número de teléfono que aparece en la tarjeta del Plan.

Para conocer o utilizar nuestro proceso de quejas, contacta a People Services al 1-**800-421-1362**.

Contacta a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. para presentar una queja por discriminación:

Teléfono: 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)

web: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

Ofrecemos servicios de intérprete sin costo alguno:
1-800-421-1362.

Português (Brasil)
Serviços de intérprete estão disponíveis grátis.
1-800-421-1362.

ਪੰਜਾਬੀ
ਦੇਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-421-1362.

Română
Serviciile de interpretariat sunt disponibile gratuit.
1-800-421-1362.

Русский
Переводческие Услуги оказываются бесплатно. 1-800-421-1362.

Af-Soomaali
Adeegyada Turjumaanka waxaa lagu heli karaa kharash la'aan.
1-800-421-1362.

Español
Los servicios de interpretación están disponibles de manera gratuita. 1-800-421-1362.

Kiswahili
Huduma za tafsiri zipo bila malipo. 1-800-421-1362.

Tiếng Việt
Dịch Vụ Thông Dịch có sẵn miễn phí. 1-800-421-1362.

Plan de Compra de Acciones para Asociados

Elegibilidad para el Plan de Compra de Acciones para Asociados	142
Inscripción en el Plan de Compra de Acciones para Asociados	142
Aportación de Walmart a tu participación en las acciones de la compañía	142
Cómo vender acciones a través del Plan	143
<hr/>	
Cómo manejar la cuenta de Computershare	143
Cómo terminar tu participación y cerrar la cuenta	143
Si dejas la compañía	143
PROSPECTUS	144
Introducción y resumen	144
Administración del Plan; manejo de la cuenta	145
Participación en el Plan y elegibilidad	145
Aportaciones al Plan: Programa de Compra de Acciones	146
Posesión de acciones, cuotas y riesgos	147
Entrega de certificados de acciones y ventas de acciones	149
Terminación de la participación; cierre de la cuenta	149
Enmiendas al Plan y terminación	150
Información tributaria	150
Información disponible	151
Entrega electrónica de prospectos y otros documentos	151
Documentos incorporados por referencia	152

Plan de Compra de Acciones para Asociados

El Plan de Compra de Acciones para Asociados (ASPP, por sus siglas en inglés o el Plan) te permite comprar acciones de Walmart a tu conveniencia por medio de deducciones de nómina y pagos directos al administrador del plan. Puedes optar por que te retengan cualquier cantidad de entre \$2 y \$1,000 del cheque de nómina quincenal (entre \$1 y \$500 si cobras semanalmente) para la compra de acciones. Walmart hace una aportación paralela de \$0.15 por cada dólar que aportas mediante deducciones de nómina para la compra de acciones, hasta los primeros \$1,800 que aportas al Plan durante cada año del Plan (de abril a marzo).

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Inscribirte en el Plan o cambiar la cantidad de la deducción	Completa una sesión de inscripción en línea en One.Walmart.com/ASPP	
<ul style="list-style-type: none"> • Acceder a la información de tu cuenta • Obtener un estado de cuenta • Obtener un formulario 1099 	Visita la página de Computershare en computershare.com/walmart o la aplicación de acciones del asociado	Llama a Computershare al 800-438-6278 (para personas con discapacidad auditiva: 800-952-9245) o baja la aplicación de acciones para el asociado (Associate Stock, disponible para dispositivos Apple o Android)
Enviar el dinero directamente a Computershare		Envía el cheque a: Computershare Attn: Walmart ASPP P.O. Box 505042, London, Kentucky 4074240233. (La compañía no hará aportaciones paralelas para el dinero enviado directamente a Computershare)

Lo que debes saber sobre el Plan de Compra de Acciones para Asociados

- Todos los asociados elegibles pueden comprar acciones de Walmart por medio de convenientes deducciones de nómina y pagos directos a Computershare.
- Walmart hace una aportación paralela de \$0.15 por cada \$1 que aportes al Plan mediante deducciones de nómina, hasta los primeros \$1,800 que aportas en cada año del plan.
- No tienes que pagar cargos cuando compras acciones de Walmart a través del Plan. Solo pagarás un cargo cuando vendas las acciones.
- Se acreditarán las acciones a una cuenta que mantiene Computershare en tu nombre. Puedes acceder a tu cuenta por Internet, por teléfono o por la aplicación (consulta la tabla de [Recursos](#) arriba) para obtener el balance o vender acciones de la cuenta.

Elegibilidad para el Plan de Compra de Acciones para Asociados

Serás elegible para inscribirte en el Plan de Compra de Acciones para Asociados si:

- No eres miembro de una unidad de convenio colectivo en la que los beneficios fueron objeto de una negociación colectiva de buena fe.
- Tienes por los menos 18 años de edad o tienes la mayoría de edad en el estado donde se paga tu nómina para participar (en Alabama y Nebraska serían 19 años). Si vives en Puerto Rico, deberás tener 21 años para participar. Si tienes preguntas acerca del requisito de edad, revisa las leyes sobre la mayoría de edad de tu estado.

Inscripción en el Plan de Compra de Acciones para Asociados

Puedes inscribirte en el Plan completando una sesión de inscripción en los beneficios en One.Walmart.com/ASPP.

Antes de inscribirte en este plan, debes repasar este folleto del Plan de Compra de Acciones para Asociados y el Prospecto del Plan (más adelante se incluye una copia), así como los informes y demás documentos que la compañía ha incorporado por referencia al Prospecto del Plan.

La decisión de participar en el Plan y comprar acciones de la compañía es una decisión particular que solo tú puedes tomar. La compañía no recomienda, endosa ni solicita la participación en el Plan ni la compra de acciones de la compañía. Al tomar la decisión, debes tener presente que el rendimiento pasado de las acciones de la compañía no es una indicación ni una predicción del rendimiento futuro. El valor de las acciones de la compañía puede verse afectado por muchos factores, incluidos factores externos a esta, como las condiciones económicas. La compañía recomienda que consultes con tus asesores financieros y de impuestos acerca de la participación en el Plan y la inversión en acciones de la compañía.

Aportación de Walmart a tu participación en las acciones de la compañía

El Plan de Compra de Acciones para Asociados permite a todos los asociados elegibles comprar acciones de Walmart a su conveniencia mediante deducciones de nómina. Puedes solicitar que te retengan cualquier cantidad de entre \$2 y \$1,000 del cheque de nómina para comprar acciones (entre \$1 y \$500 para los asociados que cobran semanalmente).

Walmart aporta a tu cuenta de compra de acciones con una aportación paralela de \$0.15 por cada \$1 que aportes al Plan mediante deducciones de nómina, hasta los primeros \$1,800 que aportas en cada año del plan. El año del Plan es de abril a marzo de cada año. La aportación paralela de la compañía se refleja como ingreso en el talonario de tu cheque y en el formulario W-2.

Además de las deducciones de nómina, también puedes aportar al Plan de Compra de Acciones para Asociados enviando dinero directamente a Computershare, el administrador del Plan, a:

Computershare
Attn: Walmart ASPP
P.O. Box 505042
Louisville, Kentucky 40233

Walmart no hará una aportación paralela al dinero que se envía directamente a Computershare. La cantidad total de las deducciones de nómina y dinero enviado directamente a Computershare no puede exceder de \$125,000 por año del Plan. Los dividendos sobre las acciones que posee en cada fecha de registro de dividendos se reinvierten automáticamente para comprar acciones adicionales en tu nombre, pero no cuentan hacia el máximo de \$125,000.

El valor de las acciones que compras puede fluctuar y disminuir. No hay forma de garantizar que en el futuro las acciones tengan el mismo valor que tenían cuando efectuaste la compra o que el valor vaya a aumentar.

Cuando tomes una decisión acerca de adquirir acciones de Walmart, considera todas tus inversiones, incluidas las acciones de Walmart que ya posees. Si tienes preguntas sobre inversiones, consulta con un asesor financiero. La inversión en acciones está sujeta a ciertos riesgos según se describe en el Prospecto del Plan y en el informe anual de Walmart más reciente incorporado por referencia al prospecto en el Formulario 10-K.

APORTACIÓN DE WALMART A TU PARTICIPACIÓN EN LAS ACCIONES DE LA COMPAÑÍA			
Si aportas	Tu aportación mediante deducción de nómina para el año del Plan es de	La aportación paralela de Walmart* es de	Cantidad total usada para comprar acciones de Walmart
\$10 quincenalmente	\$260	\$39	\$299
\$20 quincenalmente	\$520	\$78	\$598
\$70 quincenalmente	\$1,820	\$270 (Walmart hace una aportación paralela de \$0.15 por cada \$1 hasta un máximo de \$1,800)	\$2,090

*La compañía hará aportaciones solamente sobre las acciones adquiridas mediante deducciones de nómina. No hará aportaciones paralelas sobre el dinero enviado directamente a Computershare.

Cómo vender acciones a través del Plan

No se cobrarán cargos por la compra de acciones; sin embargo, habrá un cargo cuando se venden las acciones. Las cuotas cobradas por Computershare descritas en este Prospecto ocasionalmente están sujetas a cambio.

Si optas por vender tus acciones, la venta se hará conforme a una orden de mercado. Las acciones serán vendidas en cuanto se pueda razonablemente procesar tu solicitud. Por lo general, las órdenes de mercado se ejecutan inmediatamente después de hacerse el pedido. Sin embargo, no se garantiza el precio al cual se ejecutará tu orden, y el precio de venta de tus acciones antes de la ejecución de la orden de venta no es necesariamente el precio al cual se ejecutará la orden.

Por lo general, cualquier venta de acciones se efectuará a través de la bolsa New York Stock Exchange (NYSE). Si la NYSE está cerrada cuando tu orden esté lista para procesar, se procesará tan pronto como sea posible en el próximo día de compra y venta de la NYSE. El cargo es de \$25.50 por cada venta más \$0.05 (cinco centavos) por cada acción que vendas.

Puedes vender acciones en computershare.com/walmart, con la aplicación Associate Stock (disponible para dispositivos Apple y Android), o llamando a Computershare al **800-438-6278** (personas con problemas auditivos: **800-952-9245**) Puedes optar por que el pago se deposite a una cuenta bancaria que tengas registrada o recibir un cheque a la dirección que tienes registrada con Computershare. Si optas por recibir el pago en una cuenta de banco, los fondos se enviarán al banco en la fecha de liquidación en la bolsa, que es dos días después de la fecha de venta. Si optas por recibir el pago en un cheque, debes recibir el cheque en el término de siete a diez días laborables después de hacer la orden de venta de acciones en la cuenta del Plan.

El cargo por venta se deduce automáticamente de la cantidad depositada o reportada en tu cheque por las ganancias netas de la venta. Cada vez que vendas acciones recibirás un formulario de resumen de transacciones junto con el cheque. Para efectos de rendir la planilla de contribuciones sobre ingresos, recibirás los documentos tributarios pertinentes (1099B y/o 1099DIV) adjuntos a tu estado de cuenta anual durante el primer trimestre del año siguiente (de enero a marzo). Dependiendo de la preferencia de entrega, los documentos se enviarán a la dirección que tienes registrada con Computershare o te notificarán por correo electrónico cuando estén disponibles. Necesitarás estos documentos cuando rindas la planilla contributiva.

Es importante entender las consecuencias tributarias de una venta de acciones. Si tienes preguntas relacionadas con los impuestos/contribuciones, consulta con un asesor financiero o de impuestos.

Cómo manejar la cuenta de Computershare

Recibirás un estado de cuenta de Computershare por lo menos una vez al año (durante el primer trimestre) que muestra la actividad de tu cuenta. Sin embargo, si optaste por recibir los

estados de forma electrónica, recibirás un correo electrónico para informarte que el estado de cuenta está listo y disponible en computershare.com/walmart.

El estado de cuenta anual incluirá información importante sobre impuestos y contribuciones. Es muy importante que guardes el estado, de manera que puedas ver la diferencia entre el precio de compra y el precio de venta de las acciones que vendes. Necesitarás esta información para la planilla contributiva.

Puedes vender acciones en línea en computershare.com/walmart, con la aplicación Associate Stock (disponible para dispositivos Apple y Android), o llamando a Computershare al **800-438-6278** (personas con discapacidad auditiva: **800-952-9245**).

Si solicitas estados de cuenta adicionales a Computershare, habrá un cargo de \$5 por cada estado de años anteriores. O puedes obtener copias gratis en la página web computershare.com/walmart.

Cómo terminar tu participación y cerrar la cuenta

Para cancelar las deducciones de nómina relacionadas con el Plan de Compra de Acciones para Asociados, completa una sesión de inscripción en los beneficios en One.Walmart.com/ASPP.

Después de cancelar las deducciones de nómina, puedes cerrar la cuenta vendiendo o transfiriendo las acciones restantes. Para que no tengas que pagar el cargo por transacción de venta dos veces, cancela las deducciones de nómina antes de cerrar la cuenta. También tienes la opción de suspender las deducciones de nómina y seguir en posesión de las acciones a través del Plan en Computershare.

Si dejas la compañía

Si te vas de la compañía, tendrás varias opciones respecto al estatus de tu cuenta:

- Puedes mantener la cuenta abierta sin las deducciones semanales o quincenales y la aportación paralela de la compañía. Puedes hacer compras voluntarias en efectivo con el beneficio de no pagar cuotas de corretaje. Hay una cuota anual de mantenimiento de \$35 que se deducirá automáticamente de tu cuenta mediante la venta de un número apropiado de acciones o una fracción de acción a fin de cubrir la cuota durante el primer trimestre del año.
- Puedes cerrar la cuenta y transferir las acciones a otro corredor.
- Puedes cerrar la cuenta y vender algunas o todas las acciones en la cuenta.

A fin de evitar balances residuales y no pagar un cargo por transacción de venta dos veces, espera hasta recibir el último cheque de nómina antes de cerrar la cuenta.

Si cambias de dirección después de terminar tu empleo con la compañía, es muy importante que actualices la información en Computershare.

PROSPECTUS

Prospecto

La información que sigue constituye un prospecto sobre los valores que han sido registrados a tenor con la Ley de Valores de 1933.

50,935,077 acciones

WALMART INC.

Acciones comunes
(valor nominal de \$.10 por acción)

WALMART INC.

Plan de Compra de Acciones para Asociados de 2016

(anteriormente el Plan de Compra de Acciones para Asociados de Wal-Mart Stores, Inc. de 2016, el Plan de Compra de Acciones para Asociados de Wal-Mart Stores, Inc. de 2004 y el Plan de Compra de Acciones para Asociados de Walmart Stores, Inc. de 1996)

Este prospecto se refiere a la compra de un número de acciones de las acciones comunes, con un valor nominal de \$.10 por acción, de Walmart, Inc. ("Walmart," la "Compañía" o "nosotros"), mostrada anteriormente bajo el Plan de Compra de Acciones de Walmart, Inc. 2016 (el "Plan"), por parte de asociados elegibles de Walmart que optan por participar en el Plan.

Estos valores no han sido aprobados ni desaprobados por la Comisión de Bolsa y Valores de los Estados Unidos ni ninguna otra comisión estatal de valores, como tampoco han determinado la exactitud o idoneidad de este prospecto. Cualquier representación al contrario constituye un delito penal.

Nadie tiene autorización para ofrecer información o representación alguna fuera de las incluidas en este Prospecto y, de ser ofrecidas, no debes confiar en ellas. Este Prospecto no es una oferta de venta ni una solicitud de una oferta para comprar los valores mencionados en este Prospecto en un estado u otra jurisdicción donde sería ilícita dicha oferta o solicitud. Ni la entrega de este Prospecto ni la adquisición de los valores descritos en el mismo implica que no ha habido cambios en los asuntos de la compañía desde la fecha de este Prospecto.

La inversión en las acciones comunes ofrecidas implica ciertos riesgos. Consulta "Parte I, inciso 1A. Factores de riesgo" en el Formulario 10-K más reciente radicado ante la Comisión de Bolsa y Valores para ver una descripción de ciertos riesgos que pueden afectar nuestros negocios, operaciones, condición financiera, resultado de las operaciones y flujo de efectivo. Consulta la sección de "[Posesión de acciones, cuotas y riesgos](#)" más adelante.

Este Prospecto tiene fecha de 30 de junio de 2021.

Introducción y resumen

El Plan es una enmienda actualizada del Plan de Compra de Acciones para Asociados de Wal-Mart Stores, Inc. de 2004 que anteriormente había enmendado y modificado el Plan de Compra de Acciones para Asociados de Wal-Mart Stores, Inc. de 1996. La aprobación más reciente del Plan por parte de los accionistas de Walmart se dio en la Reunión Anual de Accionistas el 3 de junio de 2016. Al 3 de junio de 2021, estaban disponibles para compra a la compañía o en el mercado libre bajo el Plan 50,935,077 de las acciones comunes de la compañía, valor nominal de \$.10 por acción ("las Acciones"); 20,000,000 acciones estaban

disponibles para comprar a la compañía bajo el Plan y 100,000,000 acciones estaban disponibles para compra en el mercado libre bajo el Plan. Al 30 de noviembre de 2018, se habían registrado 50,000,000 acciones con la Comisión de Bolsa y Valores de los Estados Unidos para oferta y venta en Declaraciones de Registro en el Formulario S-8. Las acciones se cotizan en la Bolsa de Nueva York. A los asociados participantes se les puede mencionar como segunda persona ("tu") en este Prospecto.

El Plan tiene dos partes: El Programa de Compras de Acciones y el Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente. El Programa de Compras de Acciones ofrece

PROSPECTUS

a los asociados elegibles la oportunidad de participar como dueños de la compañía al permitirles comprar acciones mediante deducciones de nómina. Además, si efectúan o han efectuado compras a través de dichas deducciones de nómina conforme al Plan, también pueden adquirir acciones mediante aportaciones voluntarias al Plan con sus otros fondos. Por medio del Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente, la compañía puede premiar a los asociados por un desempeño laboral excepcional otorgándoles acciones.

La compañía opina que el Plan no está sujeto a ninguna de las disposiciones de la Ley de Seguridad de Ingresos por Retiro de 1974, según enmendada. El plan no está cualificado conforme a la Sección 401(a) ni la Sección 423 del Código de Rentas Internas de Estados Unidos de 1986, según enmendado.

Administración del Plan; manejo de la cuenta

El Plan dispone que el Comité de Compensación y Desarrollo Gerencial de nuestra Junta de Directores (el "Comité") tenga autoridad total para administrar el Plan. El Comité podría delegar algunos o todos los aspectos de la administración del Plan (y revocar la delegación) a los directivos o gerentes de la compañía o de una subsidiaria que es propiedad total o mayoritaria de la compañía (dichas subsidiarias se mencionan en este Prospecto como "afiliadas"), sujeto a los términos y según considere apropiado. La Junta de Directores de Walmart selecciona a los miembros del Comité. La Junta de Directores puede retirar a un miembro del Comité a su discreción, y una persona dejará de ser miembro del Comité si deja de ser director de Walmart por alguna razón. A la fecha de este Prospecto, los miembros del Comité eran Steve Reinemund, Carla Harris, Marissa Mayer y Randall Stephenson.

El Comité ha seleccionado a un Administrador Externo, actualmente Computershare Trust Company, N.A. ("Computershare"), para establecer y mantener las cuentas del Plan. Computershare, además, sirve como agente de transferencia de acciones de la compañía y brinda otros servicios relacionados con las acciones a la empresa y a sus accionistas.

El Comité, como administrador del Plan, o su delegado, deberá observar los términos del Plan, pero en lo demás tiene la entera facultad y discreción para administrar el Plan, lo que incluye pero no se limita a la facultad de: (1) determinar cuándo, a quién y en qué tipo y cantidad se deben hacer las aportaciones; (ii) autorizar a la compañía a efectuar aportaciones a los asociados elegibles en cualquier cantidad y determinar los términos y condiciones

pertinentes para cada aportación; (iii) fijar una limitación mínima y máxima en dólares, acciones o de otro tipo para las diversas aportaciones permitidas por el Plan; (iv) determinar si una entidad en la cual poseemos más del 50% o de otra forma controlamos, directa o indirectamente ("una afiliada") debe ser (o dejar de ser) un Patrono participante (según se define abajo); (v) determinar si los asociados elegibles de los Patronos participantes fuera de EE.UU. deben participar en el Plan (y cuáles); (vi) tomar todas las decisiones que considere necesarias o aconsejables para la administración del Plan; (vii) establecer, enmendar y revocar reglas y regulaciones para la administración del Plan y (viii) ejercer las facultades, realizar los actos y tomar las determinaciones que considere necesarias o aconsejables para administrar el Plan. Todas las decisiones tomadas por el Comité conforme al Plan son finales y vinculantes respecto a todas las personas, incluida la compañía y sus afiliadas, todos los asociados, cualquier persona que reclame derechos de o a través de un participante del Plan y los accionistas de la compañía. Los miembros del Comité no actúan como fiduciarios de los participantes ni mantienen en fideicomiso acciones acreditadas a las cuentas de los participantes del Plan, fondos aportados al Plan por cualquier asociado o las ganancias de cualquier venta de acciones de la compañía para beneficios de los participantes.

Participación en el Plan y elegibilidad

Si eres elegible para participar en el Plan, puedes convertirte en participante del Plan inscribiéndote en línea en One.Walmart.com/ASPP para autorizar que se hagan deducciones de nómina de tu salario regular y se aporten a la compra de acciones en tu cuenta del Plan. También puedes convertirte en participante del Plan si el Comité te otorga acciones como parte del Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente.

Todos los asociados y las afiliadas aprobadas de la compañía ("Patronos participantes") son elegibles para participar en el Plan, excepto en los casos que siguen:

- Si la ley de tu estado o país de residencia restringe o prohíbe la participación en el Plan, es posible que no puedas participar en el Plan o que tu participación sea limitada. Es responsabilidad tuya garantizar que la participación en el Plan no esté sujeta a dichas restricciones o prohibiciones.
- Es necesario que hayas cumplido la mayoría de edad en tu estado de residencia o de empleo para participar. Es responsabilidad tuya asegurarte de que tienes la edad legal para participar. La compañía puede dar por terminada tu participación si descubre que no tienes la edad suficiente para participar en el Plan.

PROSPECTUS

- Si eres miembro de una unidad de convenio colectivo en la que los beneficios fueron objeto de una negociación colectiva de buena fe, serás excluido de la participación en el Plan.
- Si tu patrono es un patrono participante fuera de los EE.UU., solo podrás participar si has sido aprobado (registrado por grupo, categoría o por individuo).
- Si eres un director de Walmart sujeto a la subsección 16(a) de la Ley del Mercado de Valores de 1934, o de otra forma sujeto a la política de "Insider Trading" de la compañía, es posible que se vea restringida tu capacidad de cambiar la cantidad de la deducción quincenal y adquirir o vender acciones en ciertos momentos.

Si te encuentras en una licencia bona fide de la compañía o de un patrono participante, seguirás siendo elegible para efectuar aportaciones al Plan durante la licencia, pero no cualificarás para las aportaciones paralelas de la compañía durante ese periodo. Si te encuentras en una licencia militar de la compañía o de un patrono participante, contacta al Departamento de Beneficios para verificar si calificas para recibir aportaciones paralelas de la compañía durante la licencia. Ten presente que deberás hacer las aportaciones de tus propios fondos si no estás recibiendo un cheque de nómina mientras estás de licencia, ya que las deducciones de nómina no serían una opción. El Comité tiene que aprobar cualquier otra circunstancia que te permitiría seguir participando en el Plan mientras estás de licencia.

Aportaciones al Plan: Programa de Compra de Acciones

Para efectuar aportaciones mediante deducciones de nómina, es necesario que completes una sesión de inscripción en los beneficios en One.Walmart.com. Una vez te hayas inscrito debidamente en el Plan, las aportaciones mediante deducciones de nómina continuarán conforme a tu autorización de deducción de nómina más reciente (sujeto a cualquier restricción impuesta por el Plan) siempre que sigas empleado por la compañía o por un Patrono participante, a menos que cambies o suspendas la autorización de las deducciones de nómina o que el Plan en sí se dé por terminado.

Ten presente que no se harán deducciones de un cheque de nómina en el que la aportación deducida exceda tu salario neto después de la retención de impuestos. Puedes cambiar o suspender la autorización de deducción de nómina completando una sesión de inscripción en los beneficios en One.Walmart.com. La solicitud será procesada en cuanto sea viable. Es posible que la inscripción o solicitud se retrase o se rechace si dicha inscripción o cambio solicitado esté

prohibido por una política de la compañía al momento del intento de inscripción o solicitud, incluida la Política de "Insider Trading" de la compañía.

Ten presente que las aportaciones mediante deducción de nómina por lo general se sacan del último cheque de nómina. Si no deseas que se retiren esas aportaciones de tu último cheque de nómina, es importante que suspendas la autorización de deducción de nómina a tiempo. Si trabajas en un estado que exige que te paguen el último cheque de nómina fuera del ciclo de nómina normal, no se retirarán las aportaciones del último cheque.

Las deducciones de nómina pueden ser de un mínimo de \$2 o de un máximo de \$1,000 por periodo de nómina quincenal. Las deducciones de nómina para asociados que cobran semanalmente pueden ser de un mínimo de \$1 o de un máximo de \$500 por periodo de nómina semanal. La cantidad de una deducción quincenal o semanal en exceso del mínimo deberá ser en incrementos de \$1. La Compañía o tu Patrono participante efectuará las aportaciones paralelas en efectivo en tu nombre a la cuenta del Plan cuando aportes al plan mediante deducciones de nómina. Actualmente, la aportación paralela es del 15 por ciento de los primeros \$1,800 que aportas al Plan mediante deducciones de nómina, o hasta \$270 por año del Plan. La aportación paralela de la compañía se usará para comprar acciones para tu cuenta del Plan.

Si participas o has participado en deducciones de nómina bajo el Plan y no has cerrado la cuenta según se describe más adelante, también puedes aportar efectivo (en dólares de EE.UU.) voluntariamente de tus otros recursos para financiar la compra de acciones que se mantendrán en la cuenta del Plan, incluso después de terminar tu empleo con la Compañía o con un patrono participante. Las aportaciones voluntarias se hacen directamente a Computershare. Computershare te dará las instrucciones para efectuar dichas aportaciones voluntarias. Ni la Compañía ni un Patrono participante hará aportaciones paralelas sobre las cantidades que aportas directamente a Computershare. Además, también puedes depositar las acciones que mantienes fuera del Plan (ya sea que las haya adquirido o no a través del Plan originalmente) en la cuenta del Plan haciendo los arreglos directamente con Computershare.

La cantidad total de tus deducciones de nómina y de aportaciones voluntarias al Plan no puede exceder de \$125,000 por año del Plan (del 1 de abril al 31 de marzo). Los dividendos acreditados a la cuenta del Plan no contarán hacia la cantidad máxima.

PROSPECTUS

El Comité establece y puede cambiar las aportaciones máximas y mínimas, puede cambiar las condiciones para las aportaciones voluntarias en efectivo o en acciones, y puede cambiar la cantidad de las aportaciones paralelas del patrono en cualquier momento.

PROGRAMA DE PREMIOS POR DESEMPEÑO SOBRESALIENTE

Conforme al componente del Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente, la compañía le puede otorgarte un premio en forma de acciones por demostrar un desempeño sobresaliente y constante en tu trabajo durante el periodo de un mes, un trimestre o un año. El Comité aprueba todos los Premios por Desempeño Sobresaliente y ocasionalmente establece las cantidades máximas en dólares de estos premios.

Las acciones del Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente se otorgan a través de una cuenta establecida para tu conveniencia por Computershare.

COMPRA DE ACCIONES

Tu patrono enviará todas las deducciones de nómina junto con cualquier aportación paralela a Computershare en cuanto sea viable después de cada periodo de nómina. Computershare comprará acciones para tu cuenta del Plan no más de cinco días laborables después de recibir los fondos. Si efectúas una aportación voluntaria en efectivo fuera de las deducciones de nómina, Computershare comprará las acciones con dicha aportación en efectivo no más de cinco días después de recibir los fondos.

Computershare podría comprar acciones para las cuentas del plan en una bolsa de valores nacional, a la compañía o por medio de una combinación de ambas. Sin embargo, el Comité se reserva el derecho de exigir que Computershare compre de una fuente en particular, conforme a las reglas aplicables de valores y las reglas aplicables de cualquier bolsa nacional.

Típicamente, cuando Computershare compra acciones del Plan en una bolsa de valores nacional, adquiere las acciones como parte de un grupo o lote en lugar de en forma individual para cada participante. En algunos casos, es necesario que las acciones para el Plan se adquieran durante el transcurso de más de un día. Cuando se compran acciones en tu nombre como parte de un lote, el precio de compra de cada acción será igual al precio promedio de todas las acciones adquiridas para ese grupo según determine Computershare. No se permite que un participante solicite a Computershare la compra de acciones que son parte de un lote únicamente para él o ella.

Si Computershare compra acciones a la compañía, ya sean acciones autorizadas, pero no emitidas o acciones propias, el precio por acción de dichas acciones será igual al Precio Promedio Ponderado por Volumen (VWAP, por sus siglas en inglés), según informado en las transacciones compuestas de la Bolsa de Nueva York en la fecha de compra. El VWAP es el promedio ponderado de los precios a los cuales se compran y venden acciones de la compañía en la NYSE en la fecha en que se compran las acciones a la compañía. Aunque el Plan permite que el Comité designe otra metodología para tasar las acciones compradas a la compañía, a la fecha de este Prospecto no se ha designado ninguna otra metodología.

El número de acciones asignadas a tu cuenta del Plan con relación a una compra de acciones será igual a la cantidad total de las aportaciones y dividendos disponibles para la cuenta del Plan y usados para financiar dichas compras, dividido por el precio de compra de cada acción atribuible a esas compras según mencionado anteriormente.

Los participantes fuera de los EE.UU. deben tener

presente: Todas las cantidades aportadas al Plan mediante deducciones de nómina, todas las aportaciones paralelas y toda aportación efectuada conforme al componente de Premios por Desempeño Sobresaliente serán convertidas de la moneda local a dólares de EE.UU. antes de efectuarse la compra de las acciones. Por lo general, la tasa de cambio usada es la del día laborable inmediatamente anterior al día en que se envían los fondos a Computershare, pero puede que eso no sea factible en algunas circunstancias. Todas las aportaciones en efectivo tienen que ser convertidas a dólares de EE.UU. antes de ser enviadas a Computershare para la compra de acciones.

Poseción de acciones, cuotas y riesgos

POSESIÓN DE ACCIONES

Desde el momento en que se acreditan acciones a tu cuenta del Plan, tendrás posesión total de las acciones (incluidas las acciones fraccionales). Las acciones mantenidas en tu cuenta del Plan se registrarán a nombre de Computershare hasta que solicites que se depositen en una cuenta de “accionista general”, que te envíen certificados de acciones de la cuenta del Plan o que vendas las acciones acreditadas a la cuenta del Plan. No puedes ceder ni transferir ningún interés en el Plan antes de que las acciones se acrediten a tu cuenta. Sin embargo, puedes vender, transferir, asignar o de otra forma intercambiar las acciones acreditadas a tu cuenta del plan una vez se hayan acreditado, como cualquier otro accionista de la compañía. No puedes transferir ni asignar la

PROSPECTUS

cuenta del Plan a otra persona que no sea un participante elegible del Plan. No existe un gravamen automático ni un derecho real de garantía sobre las acciones mantenidas en la cuenta del Plan, y los términos del Plan no disponen que nadie tenga ni posea la facultad de crear un gravamen sobre las acciones o los fondos acreditados a tu cuenta del Plan. Sin embargo, puedes pignorar, hipotecar o tratar las acciones acreditadas a tus cuentas del Plan del mismo modo que puedes hacerlo con otras acciones que puedas poseer, sujeto al cumplimiento de nuestra política de "Insider Trading".

DIVIDENDOS Y VOTACIONES

Los dividendos sobre las acciones en tu cuenta se reinvertirán automáticamente en acciones adicionales. Podrás dirigir el voto por cada acción completa que mantengas en la cuenta del Plan, pero no por las acciones fraccionarias. Recibirás, sin costo y tan pronto como sea viable (por correo u otra vía), todas las notificaciones de reuniones, declaraciones de voto por poder ("proxy"), avisos de disponibilidad en Internet de materiales de voto por poder y otros materiales distribuidos por la compañía a sus accionistas. Para ejercer el voto respecto a las acciones en tu cuenta del Plan, es necesario que presentes instrucciones de votación firmadas, también conocidas como instrucciones de voto por poder ("Proxy"), de manera oportuna según se describe en los materiales de la compañía. Si no provees instrucciones de votación debidamente completadas y firmadas según se describe en los materiales de la compañía sobre el voto por poder, no podrás votar respecto a tus acciones por asuntos relacionados con la elección de directores, la compensación a ejecutivos y muchos otros asuntos que pueden estar sujetos a votación por los accionistas. Sin embargo, en dichas circunstancias, puedes votar respecto a tus acciones de la manera recomendada por la compañía en su declaración de voto por poder o según las directrices del Comité sobre asuntos definidos por la Bolsa de Nueva York como "de rutina", como la ratificación del nombramiento de los auditores independientes de la compañía, siempre y cuando se cumpla con las leyes pertinentes y las normas de cotización de una bolsa nacional.

CUOTAS Y ESTADOS DE CUENTA

La compañía paga todos los cargos relacionados con la compra de acciones. Por lo general, no se aplicarán cargos por mantenimiento u otras cuotas a tu cuenta del Plan mientras seas empleado de la compañía o una de sus afiliadas (incluso cuando dicha afiliada no sea un Patrono participante). Sin embargo, tendrás que pagar los cargos

o comisiones que surjan de otros servicios que solicites a Computershare, como, por ejemplo, las comisiones de corretaje y otros cargos pertinentes a la venta de acciones. Computershare te puede indicar si una solicitud en particular conllevaría un cargo. Las cuotas cobradas por Computershare descritas en este Prospecto ocasionalmente están sujetas a cambio.

Por lo menos una vez al año, recibirás un estado de la cuenta del Plan que refleja toda la actividad en dicha cuenta durante el periodo cubierto por dicho estado. Puedes optar por recibir los estados de cuenta en línea. De ser así, recibirás un correo electrónico para informarte que el estado está listo y disponible en computershare.com/walmart. El estado de cuenta anual también incluirá información importante sobre impuestos/contribuciones. Es muy importante que lo guardes, de manera que puedas ver la diferencia entre el precio de compra y el precio de venta de las acciones que vendes. Necesitarás esta información para la planilla contributiva.

También puedes acceder a la información de tu cuenta en cualquier momento en computershare.com/walmart o con la aplicación Associate Stock. Puedes acceder a la información de tu cuenta por teléfono al **800-438-6278** (personas con discapacidad auditiva: **800-952-9245**)

Si solicitas estados de cuenta adicionales a Computershare, habrá un cargo de \$5 por cada estado correspondiente a los años previos al año del plan más reciente que haya concluido. Puedes obtener copias gratis en la página web computershare.com/walmart.

RIESGOS

Muchos de los riesgos que presenta la participación en el Plan son los mismos que corre cualquier otro accionista de la compañía, en el sentido de que asumes el riesgo de que el valor de las acciones pudiera aumentar o disminuir. No existen garantías en cuanto al valor de las acciones. Esto significa que asumes el riesgo de las fluctuaciones en el valor o el precio de mercado de las acciones. Nuestro informe anual más reciente presentado a la Comisión de Bolsa y Valores (SEC) en el Formulario 10-K y, según se indica abajo, incorporado por referencia a este Prospecto, trata, así como pueden tratar otros informes nuestros presentados al SEC, ciertos riesgos relacionados con la compañía, sus operaciones y el desempeño financiero que pueden afectar el valor, el precio de mercado y la liquidez de las acciones. La compañía recomienda que revise dicha

PROSPECTUS

información al decidir si vas a participar en el Plan, cambiar los términos de tu participación, dar por terminada la participación o efectuar aportaciones voluntarias al Plan.

Si resides fuera de los EE.UU., también asumirás el riesgo de fluctuaciones en las tasas de cambio de moneda. Además, hasta que Computershare aplique tus deducciones de nómina (así como las aportaciones paralelas correspondientes) a la compra de acciones, dichos fondos se consideran activos generales de la compañía o del Patrono participante y, como tal, están sujetas a las reclamaciones de los acreedores de la compañía o del Patrono participante. No se pagarán intereses sobre las aportaciones al Plan.

Entrega de certificados de acciones y ventas de acciones

Computershare le enviará, a tu solicitud y sin costo, un certificado de acciones en representación de cualquier cantidad de acciones completas acreditadas a tu cuenta del Plan. Las acciones representadas por un certificado ya no serán acreditadas ni relacionadas con ninguna cuenta del plan que tengas vigente y los dividendos pagados sobre esas acciones ya no se reinvertirán en el Plan.

También puedes solicitar que Computershare transfiera todas o una parte de las acciones acreditadas a la cuenta del Plan a tu nombre en el Sistema de Registro Directo. Dicha transferencia significa que mantendrías tus acciones como valores de "anotación de valores" ("book-entry") y que tu posesión de dichas acciones aparecería en nuestros registros de transferencias de acciones y sería representada por una declaración que evidencia dicha posesión.

Puedes solicitar en cualquier momento que Computershare venda todas o una parte de las acciones (incluidas las acciones fraccionarias) acreditadas a tu cuenta del Plan, ya sea que desees cerrar la cuenta o no.

Se cobrará una comisión de corretaje, así como cualquier otra cuota pertinente, si por alguna razón solicitas que Computershare venda las acciones de tu cuenta del Plan. Las tarifas de la comisión de corretaje o las cuotas serán las publicadas por Computershare ocasionalmente. Estas tarifas están disponibles en Computershare a solicitud. Puedes acceder a una lista de las tarifas de Computershare pertinentes al Plan en computershare.com/walmart. La compañía negoció la cantidad de dichas tarifas con Computershare.

Si optas por vender las acciones, la venta se hará conforme a una orden de mercado. Aunque el Plan permite que se efectúen ventas de las acciones del Plan mediante órdenes por lote ("batch orders") y dichas ventas han ocurrido en el pasado, las ventas de acciones del Plan ahora se efectúan

únicamente con órdenes de mercado. En consecuencia, si solicitas a Computershare la venta de acciones acreditadas a tu cuenta del Plan, Computershare venderá dichas acciones en el mercado libre al mejor precio disponible en este momento. Sin embargo, no se garantiza el precio al cual se ejecutará la orden, y el último precio de venta de tus acciones antes de la ejecución de la orden de venta no es necesariamente el precio al cual se ejecutará la orden. De tiempo en tiempo, volvemos a comprar las acciones de la compañía en el mercado libre bajo un programa de readquisición de acciones adoptado por nuestra Junta de Directores. En consecuencia, si Computershare vende acciones acreditadas a tu cuenta del Plan en el mercado libre, nosotros podríamos ser los compradores de dichas acciones. Sin embargo, por lo general no sabremos si las acciones que compramos en el mercado libre han sido compradas a ti. Las acciones serán vendidas en cuanto se pueda razonablemente procesar tu solicitud. Por lo general, las órdenes de mercado se ejecutan inmediatamente después de hacerse el pedido. Esperamos que cualquier venta de tus acciones se ejecute en la bolsa de Nueva York (la "NYSE"), pero no necesariamente es así. Si la NYSE está cerrada cuando la orden esté lista para procesar, se procesará tan pronto como sea posible en el próximo día de compra y venta de la NYSE. Las órdenes de venta de acciones del Plan pueden ser ejecutadas por una afiliada de Computershare registrada con la SEC como corredor o agente conforme a la Ley del Mercado de Valores de 1934. La venta de las acciones se efectuará en dólares de EE.UU. Si eres empleado de un Patrono Participante fuera de los EE.UU. y si Computershare así lo dispone para tu país, las ganancias de la venta se pueden convertir a otra moneda, por un cargo, si lo solicitas al momento de solicitar la venta de las acciones. Si las ganancias se convierten a otra moneda, la tasa de cambio utilizada será la tasa de cambio publicada un día laborable justo después del día de la compra en la bolsa, aunque puede que eso no sea factible en algunas circunstancias.

Terminación de la participación; cierre de la cuenta

Una vez seas participante del Plan, seguirás siéndolo hasta que elijas cerrar la cuenta del Plan y todas las acciones acreditadas y las ganancias de las ventas se hayan distribuido fuera de la cuenta del Plan, o hasta que todas las acciones y las ganancias de las ventas se hayan distribuido fuera de la cuenta del Plan después de terminado tu empleo con la compañía o con una de sus afiliadas.

PROSPECTUS

Si cancelas tu autorización de deducciones de nómina o si se da por terminado tu empleo con la compañía o con una de sus afiliadas, puedes optar por mantener la cuenta del Plan o puedes cerrarla si se lo indicas a Computershare. En específico:

- Puedes mantener la cuenta del Plan abierta (sin las deducciones semanales o quincenales y las aportaciones paralelas de la compañía). Si mantienes la cuenta abierta, puedes seguir efectuando aportaciones voluntarias en efectivo y no se cobrarán comisiones de corretaje por la compra de acciones de la compañía. Si dejas de ser empleado de la compañía o de una de sus afiliadas, te cobrarán una cuota anual por mantenimiento de la cuenta. Computershare tiene la opción de cobrar dicha cuota de mantenimiento en plazos trimestrales o en un único pago global anual que vence el primer trimestre de cada año natural, el cual será pagado por medio de la venta de un número apropiado de acciones, o de una fracción de una acción, efectuada por Computershare. (Si te trasladan a una afiliada de la compañía que no es un Patrono participante, la compañía podría continuar pagando la cuota por mantenimiento en tu nombre.)
- Si posees al menos una acción completa, podrías cerrar la cuenta del Plan moviendo las acciones a una cuenta de "accionista general" mantenida por Computershare en tu nombre. Puedes efectuar este cambio ya sea recibiendo todas las acciones completas en forma de certificado con un cheque por cualquier acción fraccionaria que posees, o volviendo a depositar las acciones en la cuenta de accionista general, o Computershare puede transferir las acciones por vía electrónica a tu solicitud. Debes comunicarse con Computershare para obtener más información sobre los cargos relacionados con una cuenta de accionista general.
- Puedes cerrar la cuenta del Plan solicitando la venta de todas las acciones en la cuenta y que te paguen las ganancias directamente o te entreguen certificados por las acciones completas (y efectivo por las fraccionarias). Las ganancias de cualquier venta de acciones completas o fraccionarias será el neto de las comisiones de corretaje, las cuotas por venta y otros cargos pertinentes. La cuenta se cerrará automáticamente si dejas de ser empleado y no hay acciones completas ni fraccionarias en la cuenta.

Si mueres antes de que se cierre la cuenta del Plan, la misma se distribuirá conforme a la documentación legal presentada a Computershare o a tu sucesión, a menos que hayas hecho los arreglos con Computershare anteriormente para mantener las acciones en una cuenta conjunta. En el caso de tener una cuenta conjunta, el titular de la cuenta conjunta puede hacer los arreglos con Computershare para transferir

las acciones a una cuenta de accionista general mantenida por Computershare a costo del titular, o puedes solicitar que las acciones (o las ganancias por la venta de estas) se distribuyan, menos cualquier cargo o comisión pertinente.

Si estableciste una cuenta de titularidad conjunta antes del 1 de abril de 2018, puedes contactar a Computershare al **800-438-6278** (personas con discapacidad auditiva: **800-952-9245**) para retirar a un titular conjunto de tu cuenta.

Enmiendas al Plan y terminación

El Plan no tiene una fecha fija de vencimiento. La Junta de Directores de la compañía, el Comité o cualquier otro comité debidamente designado por la Junta de Directores puede enmendar o cancelar el Plan en cualquier momento. Sin embargo, si la ley o las reglas pertinentes de una bolsa nacional exigen la aprobación de los accionistas en caso de una enmienda, la enmienda estará sujeta a dicha aprobación. Ninguna enmienda o terminación del Plan causará la pérdida de: (1) fondos que hayas aportado al Plan o aportaciones paralelas que la compañía haya hecho y que aún no se hayan utilizado para comprar acciones; (2) acciones (o acciones fraccionarias) acreditadas a tu cuenta del Plan; o (3) dividendos o aportaciones declaradas con respecto a las acciones después de haber efectuado una aportación al Plan, pero antes de la fecha en que entra el vigor la enmienda o la terminación.

Información tributaria

El siguiente resumen de las consecuencias tributarias del Plan en los EE.UU. se basa en el Código de Rentas Internas y las regulaciones ahí expuestas y en vigor a la fecha de este Prospecto. El resumen no cubre los impuestos/contribuciones sobre ingresos estatales o locales ni los impuestos en jurisdicciones fuera de los Estados Unidos. Debes consultar con un asesor de impuestos acerca de las consecuencias tributarias particulares antes de comprar acciones del Plan.

COMPRA DE ACCIONES EN EL PLAN DE COMPRA DE ACCIONES

No habrá consecuencias en cuanto a los impuestos federales sobre ingresos cuando te inscribas en el Plan o cuando se compren acciones en tu nombre bajo el Plan de Compra de Acciones, ya sea con deducciones de nómina o aportaciones voluntarias. La cantidad de las deducciones de nómina y de tus aportaciones voluntarias al Plan no son deducibles para efectos de determinar tu ingreso sujeto a impuestos

PROSPECTUS

federales. La cantidad de tu salario que has deducido bajo el Plan y el valor total de las aportaciones paralelas de la compañía son ingresos ordinarios que recibes en el año natural de la deducción o la aportación, según sea el caso, y serán reportados en el talonario de tu cheque de nómina y en el formulario W2. La compañía deduce todas las retenciones de sueldo pertinentes y otros impuestos requeridos de tu otra compensación (con un aumento de la retención de nómina y otras deducciones contributivas para esos fines) con respecto a la cantidad de tu salario deducido bajo el Plan y las aportaciones paralelas a tu cuenta del plan, si las hay. La compañía tiene derecho a una deducción tributaria por la cantidad de la aportación paralela en el mismo año que obtienes el ingreso.

PREMIOS POR DESEMPEÑO SOBRESALIENTE DEL PROGRAMA DE PREMIOS POR DESEMPEÑO SOBRESALIENTE

Los otorgamientos de acciones de la compañía bajo el Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente son tributables como ingreso ordinario en el año natural del premio, independientemente de si te entregan certificados de acciones directamente o se transfieren las acciones a tu cuenta del Plan. Tu ingreso ordinario será el valor de mercado de una acción en la fecha en que se otorga el premio, multiplicado por el número de acciones otorgadas. El valor de mercado de las acciones otorgadas se informará en el formulario W2. La compañía deducirá las retenciones salariales correspondientes y otros impuestos requeridos de tu otra compensación (con un aumento de la deducción de nómina para esos fines). La compañía tiene derecho a una deducción de impuestos por la misma cantidad y en el mismo año que obtienes el ingreso ordinario.

VENTA DE ACCIONES O DISTRIBUCIÓN EN CERTIFICADOS

No reconocerá ningún ingreso tributable cuando solicites que te entreguen certificados para algunas o todas las acciones mantenidas en la cuenta del Plan. Sin embargo, cuando vendas o de otra forma dispones de las acciones —ya sea mediante Computershare o más adelante cuando hayas recibido los certificados de acciones— la diferencia entre el valor justo de mercado de las acciones al momento de venta y el valor justo de mercado en la fecha en que adquiriste las acciones estará sujeto a contribuciones, como ganancia capital o pérdida. El periodo de tenencia para determinar si la ganancia capital o pérdida es de largo o corto plazo comenzará en la fecha en que adquieres las acciones (es decir, la fecha en que se acreditan a tu cuenta del Plan). La compañía no tendrá deducción alguna como resultado de que dispongas de las acciones y no será responsable del

pago de impuestos/contribuciones sobre ingresos u otros impuestos pagaderos por ti sobre cualquier ganancia que puedas tener por la venta de las acciones de la compañía o de impuestos relacionados con la transacción de venta.

Información disponible

Para obtener información adicional sobre el Plan o sus administradores, llama a People Services al **800-421-1362**. También puedes escribir a:

Walmart People Services
Walmart Inc.
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

Puedes contactar a Computershare llamando al **800-438-6278 (800 GET-MART)** (personas con discapacidad auditiva: **800-952-9245** en línea en computershare.com/walmart, o por escrito a la dirección que sigue para todo lo relacionado con correspondencia, incluidas las transacciones, solicitudes de certificados de acciones, poderes accionarios, compras voluntarias y cualquier pregunta de servicio al cliente:

Computershare
Attn: Walmart ASPP
P.O. Box 505042
Louisville, Kentucky 40233

Entrega electrónica de prospectos y otros documentos

A fin de reducir los costos de administrar el plan y contribuir a nuestros esfuerzos de sustentabilidad, solicitamos que nos permitas entregar los prospectos y otros documentos relacionados con el plan por vía electrónica y que accedas a los prospectos y documentos que ofrecemos a los participantes del Plan en One.Walmart.com. La inscripción en el Plan constituye un consentimiento de tu parte para recibir o acceder a comunicaciones nuestras sobre el Plan y los prospectos relacionados con la compra de acciones de la compañía bajo el Plan electrónicamente a través de One.Walmart.com, a menos que elijas específicamente recibir copias impresas de dichas comunicaciones. En cualquier momento después de la inscripción, puedes revocar dicho consentimiento enviando por escrito una revocación del consentimiento para recibir documentos del Plan electrónicamente al Departamento de Beneficios a la dirección que aparece más adelante. Además, puedes solicitar una copia impresa del prospecto actualizado relacionado con las compras de acciones bajo el Plan y de nuestro informe anual más reciente en el Formulario 10-K escribiendo al Departamento de Beneficios y te proporcionarán dichos documentos sin costo alguno.

Documentos incorporados por referencia

Los documentos a continuación, que la compañía radicó ante la Comisión de Bolsa y Valores (la "Comisión") (Archivo Núm. 1-6991), por la presente se incorporan por referencia y forman parte de este Prospecto:

- El informe anual de la compañía en el formulario 10-K para el año fiscal que finalizó el 31 de enero de 2021;
- Los informes trimestrales de la compañía en el formulario 10-Q para los trimestres fiscales que finalizaron el 30 de abril de 2021;
- Los informes actuales en el formulario 8-K radicados ante la Comisión el 4 de junio de 2021;
- La Declaración de Voto por Poder definitiva de la compañía para la Reunión Anual de Accionistas del 2021, radicada ante la Comisión el 20 de abril de 2021 y
- El Anejo 99.1 a la Declaración de Registro de la compañía en el formulario 8-A (Archivo Núm. 333-214060).

Todos los documentos radicados por la compañía conforme a las Secciones 13(a), 13(c), 14 y 15(d) de la Ley del Mercado de Valores de 1934 ("Securities Exchange Act") en o después de la fecha de este Prospecto se consideran incorporados por referencia a este Prospecto y formarán parte del mismo a partir de la fecha en que se radican dichos documentos, con la excepción de la información ofrecida a la Comisión que no se considera "radicada" para fines de la Ley del Mercado de Valores (dichos documentos, y los antes mencionados, en adelante se llamarán "Documentos Incorporados"). Cualquier declaración incluida en un Documento Incorporado se considerará modificada o sustituida para fines de este Prospecto en la medida que una declaración incluida aquí o en cualquier documento incorporado radicado posteriormente modifique o sustituya dicha declaración. Ninguna declaración de ese tipo modificada o sustituida se considerará, excepto si su modificación o sustitución lo indica, que constituye parte del prospecto de la Sección 10(a) de la compañía relacionada con las compras bajo el Plan de acciones de la compañía descrito en la portada de este Prospecto. Este documento y los documentos incorporados aquí por referencia constituyen dicho prospecto de la Sección 10A(a).

Estos documentos y el informe anual a los Accionistas más reciente de la compañía, así como cualquier otro documento cuya entrega al participante es requisito de la Regla 428(b) de la Ley de Valores de 1933, según enmendada, están disponibles sin costo a tu solicitud escrita o verbal. Puedes dirigir las solicitudes de documentos a:

Walmart Inc.
Benefits Department
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

O puedes llamar al Servicio de Beneficios del Cliente al **800-421-1362**.

Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

Elegibilidad para el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico	156
Tus cuentas del Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico	157
Cómo hacer una reinversión del plan de un patrono anterior	157
Cómo hacer aportaciones a la cuenta 401(k)	157
Aportaciones de Walmart a la Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía	159
Cómo invertir las cuentas	160
Información adicional si posees acciones de Walmart	162
Balances y estados de cuenta	162
Cómo recibir un desembolso mientras trabajas para Walmart Puerto Rico	162
Si falleces: tu beneficiario designado	164
Si te divorcias	165
Si cesas tu empleo con Walmart Puerto Rico	165
Si terminas tu empleo y luego Walmart Puerto Rico te contrata	166
Consecuencias contributivas de un desembolso	167
Cómo presentar una reclamación al Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico	169
Información administrativa	169

El nombre legal del plan es el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico. Este documento lo provee únicamente el patrono. Ninguna afiliada de Bank of America Corporation ha revisado ni participado en la elaboración de la información aquí incluida.

Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

RECURSOS DEL PLAN 401(K) DE WALMART PUERTO RICO		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Inscribirte o cambiar tu aportación al Plan 401(k) y la aportación adicional ("catch-up")	Visita One.Walmart.com o la página web del Plan en benefits.ml.com	Llama al Centro de Servicio al Cliente al 888-968-4015 .
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar un paquete de reinversión ("rollover") para hacer una aportación de este tipo • Obtener una hoja de divulgación de cuotas • Obtener información sobre tus cuentas del Plan • Obtener una copia del estado de cuenta trimestral • Solicitar un retiro por penuria o un retiro después de cumplir 59½ años de edad • Solicitar un retiro de tus aportaciones de reinversión • Solicitar un préstamo de la cuenta del Plan • Cambiar las opciones de inversión • Solicitar un desembolso cuando te vas de Walmart Puerto Rico • Obtener información sobre las opciones de inversión del Plan 	Visita benefits.ml.com	Llama al Centro de Servicio al Cliente al 888-968-4015 .
<ul style="list-style-type: none"> • Designar a un beneficiario 		Llenar el Formulario de Designación de Beneficiario para el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico: contacta al representante de Recursos Humanos

Lo que debes saber sobre el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

- Por lo general, eres elegible para participar en el Plan el primer día del mes natural posterior al primer aniversario de tu contratación si se te acreditó un mínimo de 1,000 horas durante ese primer año.
- Puedes aportar al Plan entre un 1% a un 50% de cada cheque de nómina una vez seas elegible.
- Walmart Puerto Rico hará aportaciones paralelas en cada periodo de nómina. La aportación paralela se hará dólar por dólar del dinero que aportas al Plan cuando seas elegible para aportaciones paralelas, hasta un 6% de tu salario anual elegible.
- Siempre tendrás el 100% de los derechos adquiridos en el dinero que aportas a la Cuenta 401(k) y el dinero que Walmart aporta a tu Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía.
- Tú eliges cómo invertir todas las aportaciones a la cuenta del Plan.
- Si no escoges cómo se invertirán las aportaciones actuales al Plan, estas se invertirán automáticamente en la opción predeterminada de inversión, que actualmente es la de los fondos BlackRock® LifePath Index Funds.
- No pagarás contribuciones sobre ingresos en Puerto Rico ni sobre ganancias de inversiones hasta que recibas un desembolso del Plan.
- El Plan acepta aportaciones de reinversión de otros planes de retiros elegibles. Puedes cambiar o retirar las aportaciones de reinversión en cualquier momento.
- Puedes solicitar un préstamo de la cuenta sujeto a las reglas del Plan.
- Puedes acceder a tu cuenta y monitorearla en cualquier momento en benefits.ml.com.

Este es un resumen de los beneficios ofrecidos por el plan al 1ero de diciembre de 2021. En el caso de que surjan preguntas sobre la naturaleza y el alcance de los beneficios, regirá el lenguaje formal del documento del Plan y no el lenguaje informal de este resumen.

Elegibilidad para el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

ASOCIADOS QUE SON ELEGIBLES PARA PARTICIPAR EN EL PLAN

Todos los asociados de Walmart Puerto Rico que son residentes de Puerto Rico son elegibles para participar en el Plan, con la excepción de:

- Empleados contractuales; extranjeros no residentes que no tienen ingresos de fuentes de Puerto Rico; contratistas o consultores independientes
- Cualquier persona que no se trate como empleado de Walmart Puerto Rico
- Asociados que participan en un convenio colectivo, en la medida que el convenio no disponga la participación en este Plan y
- Asociados representados por un representante de convenio colectivo después de que Walmart Puerto Rico haya negociado de buena fe y llegado a un impase con el representante con respecto a los beneficios.

CUÁNDO COMIENZA LA PARTICIPACIÓN

Si eres un asociado elegible, tu participación en el Plan de Participación en las Ganancias y 401(k) de Walmart Puerto Rico comenzará el primer día del mes natural posterior al primer aniversario de tu contratación en Walmart Puerto Rico si tienes acreditadas un mínimo de 1,000 horas de servicio durante ese primer año. Por ejemplo, si tu fecha de contratación es el 15 de diciembre de 2020 y te han acreditado 1,095 horas al 15 de diciembre de 2021 (tu primer aniversario), comenzarás a participar en el Plan el 1ero de enero de 2022. Esto significa que puedes optar por aportar al Plan de tu paga de nómina y que eres elegible para recibir aportaciones paralelas de la compañía.

Si no te acreditan 1,000 horas de servicio durante el primer año, tu elegibilidad se determinará según las horas trabajadas durante el año del Plan: del 1ero de febrero al 31 de enero. Serás elegible para participar en el Plan el 1ero de febrero posterior al año del Plan en el que se te acreditan por lo menos 1,000 horas de servicio. Por ejemplo, si tu fecha de contratación es el 15 de febrero de 2020 y te han acreditado solo 595 horas al 15 de febrero de 2021 (tu primer aniversario), pero trabajas 1,095 horas durante el año del Plan del 1ero de febrero de 2021 al 31 de enero de 2022, comenzarás a participar en el Plan el 1ero de febrero de 2022.

CÓMO SE ACREDITAN LAS HORAS DE SERVICIO SEGÚN EL PLAN

Para los asociados no exentos, las horas que cuentan para el requisito de 1,000 horas se acreditan de la siguiente manera:

- Se cuentan las horas elegibles (incluidas las horas extra) trabajadas por los asociados no exentos de Walmart Puerto Rico o de cualquier compañía relacionada.

- También se cuentan las horas por las cuales un asociado recibe licencia con paga o tiempo libre personal.
- Cuando un periodo de nómina abarca dos años del Plan, se acreditan las horas al año del Plan en la que realmente se trabajaron.

Si eres un asociado exento, las horas que cuentan para el requisito de 1,000 horas se acreditan de la siguiente manera:

- Se te acreditan 190 horas al mes por cada mes que trabajas por lo menos una hora en Walmart Puerto Rico o cualquier compañía relacionada.
- Por lo general, tienes que haber trabajado un mínimo de seis meses del año del Plan para tener 1,000 horas acreditadas en ese año. (Las vacaciones pagadas después de terminar tu empleo con Walmart Puerto Rico no proveerán horas de servicio adicionales para estos fines).

Si te conviertes en asociado de Walmart Puerto Rico como resultado de la adquisición de otro patrono, es posible que apliquen reglas de acreditación especiales.

Conforme a la Ley de Derechos a Contratación y Recontratación de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA), los veteranos que regresan a Walmart Puerto Rico o a una compañía relacionada después de una movilización cualificada pueden ser elegibles para que el servicio militar cualificado cuente hacia sus horas de servicio según el Plan. Para más información puedes comunicarte con People Services al **800-421-1362**.

CÓMO INSCRIBIRTE EN EL PLAN

Un poco antes de comenzar a ser elegible para participar en el Plan, recibirás un paquete de inscripción a la dirección residencial que tienes registrada en sistema. Este paquete explica cómo puedes hacer aportaciones de tu salario antes de impuestos a la cuenta 401(k) y cómo puedes dirigir la inversión de los fondos del Plan eligiendo entre un menú de opciones de inversión con diversos objetivos y riesgos relacionados. Ya que el Plan tiene el propósito de ser una fuente importante de seguridad económica en los años de retiro, debes leer toda la información sobre el mismo con detenimiento.

Al hacer elecciones acerca de las aportaciones al Plan, ten presente que Walmart Puerto Rico hará aportaciones paralelas de todas tus aportaciones dólar por dólar, hasta un 6% de tu salario anual elegible en cualquier año del Plan. Siempre tienes el 100% de los derechos adquiridos de tu cuenta 401(k) y de la Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía.

Para comenzar a hacer aportaciones al Plan una vez seas elegible, puedes inscribirte en línea en One.Walmart.com o en benefits.ml.com, o llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. Puedes inscribirte en cualquier momento después de adquirir elegibilidad.

Al inscribirte puedes escoger:

- El porcentaje de tu salario que deseas aportar cada período de nómina (consulta [Cómo hacer aportaciones a la cuenta 401\(k\)](#) más adelante en este resumen) y
- Cómo invertir tu cuenta en las distintas opciones de inversión del Plan. En el paquete de inscripción se describen las opciones de inversión y los procedimientos del Plan.

Después de inscribirte, te enviarán por correo un aviso de confirmación a tu dirección residencial, o una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible si has optado por la entrega electrónica de los materiales del Plan. La confirmación indicará el porcentaje de tu salario que has elegido aportar de cada cheque y las opciones de inversión que has seleccionado. Debes revisar la confirmación para verificar que la información de inscripción esté correcta.

Tus aportaciones al Plan comenzarán en cuanto sea factible desde el punto de vista administrativo, normalmente en el término de dos períodos de nómina después de inscribirte. No se deducirán aportaciones de tu salario antes de comenzar la elegibilidad para participar en el plan. Solo los participantes que eligen aportar sus propios fondos al Plan recibirán aportaciones de Walmart sobre dichas aportaciones.

Eres responsable de verificar los cheques de nómina para confirmar que se haya activado tu elección. Si crees que tu elección no fue activada correctamente, notifica a tiempo al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015 para que se tomen las medidas correctivas. Para que la notificación se considere a tiempo, es necesario que no transcurran más de tres meses después de la fecha en la que haces la elección.**

Tus cuentas del Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

El Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico consta de varias cuentas. Tendrás algunas de las siguientes cuentas o todas:

- **Cuenta 401(k):** Esta cuenta contiene tus aportaciones al Plan (incluidas las aportaciones adicionales, de haberlas) según ajustadas por las ganancias o pérdidas en dichas aportaciones.
- **Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía:** Esta cuenta contiene las aportaciones paralelas de Walmart Puerto Rico, según ajustadas por las ganancias o pérdidas en dichas aportaciones.
- **Cuenta de Reinversión 401(k):** Esta cuenta contiene las aportaciones que transferiste a este Plan del plan de otro patrono cualificado conforme a la Sección 1081.01(a) del Código de Rentas Internas de Puerto Rico, según ajustadas por las ganancias o pérdidas en dichas aportaciones.
- **Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía:** Esta cuenta incluye las aportaciones discrecionales de la compañía al Plan efectuadas para los años del Plan que terminaron en o antes del 31 de enero de 2011, según ajustadas por las ganancias o pérdidas en dichas aportaciones.
- **Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía:** Esta cuenta incluye las aportaciones discrecionales

de la compañía al Plan efectuadas para los años del Plan que terminaron en o antes del 31 de enero de 2011, según ajustadas por las ganancias o pérdidas en dichas aportaciones.

La tabla a continuación provee un resumen de algunas de las diferencias entre estas cuentas. Las diferencias se examinan en mayor detalle en otras partes de este resumen.

Ten presente que si te conviertes en asociado de Walmart como resultado de la adquisición de un patrono anterior y has participado en el plan 401(k) de dicho patrono, es posible que tengas otras cuentas en este plan con cantidades que aportaste al plan del patrono anterior. Si piensas que esto te aplica, puedes obtener más información sobre tus otras cuentas llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Cómo hacer una reinversión del plan de un patrono anterior

Cuando comiences a trabajar en Walmart Puerto Rico, es posible que tengas fondos antes de impuestos que te deben del plan de retiro de un patrono anterior cualificado conforme a la Sección 1081.01(a) del Código de Rentas Internas de Puerto Rico. De ser así, es posible que puedas reinvertir ese dinero en este Plan. Si reinviertes fondos en este Plan, debes tener presente que:

- Si eres un asociado elegible, puedes proceder a reinvertir el dinero en el Plan aunque no hayas cumplido aún con el requisito de 1,000 horas y el periodo de espera de 12 meses para participar en el Plan
- Una vez reinviertas los fondos en el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico, los mismos estarán sujetos a las reglas de este Plan, incluidas las reglas de desembolso, y no a las reglas del plan del patrono anterior
- Tu aportación de reinversión será colocada en la Cuenta de Reinversión 401(k) y tendrás 100% de los derechos adquiridos y
- Puedes retirar todas o cualquier parte de las aportaciones de reinversión en cualquier momento.

Si te interesa hacer una aportación de reinversión en el Plan, puedes solicitarla en benefits.ml.com o llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015** para obtener un paquete de reinversión.

Cómo hacer aportaciones a la cuenta 401(k)

Una vez comiences a participar en el Plan, puedes optar por aportar desde un 1% hasta un 50% (en porcentajes enteros) de cada cheque de nómina a tu cuenta 401(k). Sin embargo, tus aportaciones en cualquier año natural no pueden exceder el límite establecido por ley. Para el 2022, el límite es de \$15,000. Siempre tienes el 100% de los derechos adquiridos en todas las cantidades aportadas a tu cuenta 401(k).

Las aportaciones a la Cuenta 401(k) se deducen de tu salario antes de retener las contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico. Esto significa que no pagas contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico en las cantidades que aportas al Plan. Las ganancias sobre estas aportaciones siguen acumulándose libre de impuestos y no estarán sujetas a impuestos hasta que se distribuyan. Ten presente que tus aportaciones están sujetas a los impuestos de Seguro Social en el año en que se deducen de tu salario. Sin embargo, las distribuciones del Plan no están sujetas a impuestos de Seguro Social.

CÓMO SE DETERMINA LA APORTACIÓN AL PLAN 401(K)

El porcentaje del salario que eliges aportar al Plan se aplicará a los tipos de ingresos que siguen:

- Salario regular, incluyendo los bonos.
- Horas extras, tiempo libre con paga (usado y pagado en efectivo), luto y servicio de jurado.
- La mayoría de los pagos del plan de incentivos
- Bono navideño
- Premios de reconocimiento especial, como el premio por desempeño sobresaliente
- Pagos de diferencial en sueldo que recibes de Walmart Puerto Rico mientras estás en una licencia militar cualificada. Esto significa que la aportación que tienes en vigor cuando te vas de licencia, continuará aplicándose a tus pagos de diferencial en sueldo mientras estés de licencia, a menos que cambies tu elección y
- La paga de transición debido a un evento de la Ley de Notificación de Ajustes y de Reentrenamiento del Trabajador (WARN, por sus siglas en inglés).

El porcentaje del salario que eliges aportar al Plan se aplicará a los tipos de ingresos que siguen:

- La aportación del 15% que realiza Walmart en el Plan de Compra de Acciones para Asociados

- El reembolso de gastos, como por ejemplo gastos de relocalización
- Pago por incapacidad aprobada
- Ingresos de inversión de capital, incluidos los ingresos de opciones de compra de acciones o derechos restringidos sobre acciones o
- A la terminación de tu empleo, cuando se paga con cheque de nómina del final del ciclo de nómina normal (a menos que sea factible desde el punto de vista administrativo retener tu aportación de ese último cheque de nómina).

Al momento de determinar las aportaciones al 401(k) y las aportaciones paralelas de la compañía, solo se tomará en cuenta el salario devengado después de ser elegible para participar en el Plan.

CÓMO CAMBIAR LA CANTIDAD DE LA APORTACIÓN A LA CUENTA 401(K)

Puedes aumentar, reducir, suspender o comenzar tus aportaciones en cualquier momento en One.Walmart.com o en benefits.ml.com. También puedes llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. El cambio entrará en vigor en cuanto sea factible desde el punto de vista administrativo, normalmente en el término de dos períodos de nómina. Si cambias la cantidad de la aportación, se enviará un aviso de confirmación a tu dirección postal, o una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible si has optado por la entrega electrónica de documentos. Eres responsable de verificar los cheques de nómina para confirmar que se haya realizado tu elección correctamente. Si crees que tu elección no fue efectuada correctamente, debes notificar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015** a tiempo para que se tomen las medidas correctivas. Para que se considere a tiempo, es necesario que des la notificación no más tarde de tres meses después de la fecha en que hiciste la elección. Si no notificas al Centro de Servicio al Cliente a tiempo, la cantidad retenida de tu cheque de nómina será considerada como una elección diferida.

DIFERENCIAS ENTRE LAS CUENTAS DEL PLAN 401(K) DE WALMART PUERTO RICO

	Fuente de las aportaciones	¿Pueden los participantes escoger las inversiones?	Porcentaje de derechos adquiridos	¿Se pueden hacer retiros por penuria económica?	¿Se pueden hacer retiros después de los 59½ años de edad mientras estés trabajando?
Cuenta 401(k)	El asociado	Sí	100%	Sí	Sí
Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía	Walmart	Sí	100%	No	No
Todas las cuentas de reinversión	El asociado	Sí	100%	Sí	Sí
Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía	Walmart	Sí	100%	No	No
Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía	Walmart (excepto las reinversiones que haces al Plan de Participación en las Ganancias)	Sí	2 años – 20% 3 años – 40% 4 años – 60% 5 años – 80% 6 años – 100% (Las reinversiones tienen el 100% de los derechos adquiridos inmediatamente)	No	No

SI TIENES 50 AÑOS DE EDAD O MÁS (APORTACIONES ADICIONALES)

Si tienes 50 años o más (o tendrás 50 años a finales del año natural pertinente) y haces aportaciones hasta el límite del plan o el límite legal, se permite que hagas aportaciones adicionales. Estas serían aportaciones adicionales ("catch-up") efectuadas mediante deducción de nómina tal como se hacen tus aportaciones normales. Para el año 2021, las aportaciones adicionales pueden ser de cualquier cantidad hasta \$1,500 o de 75% de tu salario elegible anual, lo que sea menor. Esta cantidad podría ajustarse ocasionalmente. Las aportaciones adicionales se acreditarán a tu Cuenta 401(k).

Por ejemplo, si eliges aportar la cantidad máxima en el año natural 2022, que es la cantidad menor entre \$15,000 o el porcentaje máximo de tu salario anual elegible permitido por el Plan, podrías aportar hasta \$1,500 adicionales en el año natural 2022. Si te interesa efectuar aportaciones adicionales, puedes inscribirte en línea en One.Walmart.com o en benefits.ml.com, o llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

CÓMO APORTAR A MÁS DE UN PLAN DURANTE EL AÑO

La cantidad total máxima que puedes aportar a este Plan y a cualquier otro plan cualificado de Puerto Rico es de \$15,000 para el año natural 2022 o \$16,500 si eres elegible para aportaciones adicionales (catch-up). Esta cantidad podría aumentar ocasionalmente. Si aportas a más de un plan durante el año, eres responsable de verificar si has excedido el límite legal.

Si el total de tus aportaciones excede del límite legal en un año natural, debes solicitar que te reembolsen la cantidad en exceso. La cantidad en exceso deberá incluirse en tus ingresos de ese año y estará sujeta a contribuciones sobre impuestos. Además, si la cantidad en exceso no se te reembolsa al 15 de abril posterior al año en que fue diferida, tendrás que pagar impuestos por segunda vez cuando se te distribuya dicha cantidad en exceso. Si deseas solicitar que el Plan te devuelva esa cantidad en exceso, contacta a People Services al **800-421-1362** no más tarde del 1ero de abril posterior al año natural en el que se efectuaron las aportaciones en exceso. Perderás cualquier aportación paralela relacionada con las aportaciones reembolsadas.

SI TIENES SERVICIO MILITAR CUALIFICADO

Si te encuentras fuera del trabajo debido a un servicio militar cualificado, es posible que tengas derecho, conforme a la Ley de Derechos a Contratación y Recontratación de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA), a efectuar las aportaciones que dejaste de hacer durante el servicio militar (es decir, hacer aportaciones por una cantidad igual a la que hubieras sido elegible para aportar de haber estado trabajando para Walmart Puerto Rico). Para obtener información adicional, contacta a People Services al **800-421-1362**.

Aportaciones de Walmart a la Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía

Una vez seas elegible para recibirlas, Walmart Puerto Rico hará aportaciones a tu Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía equivalentes al 100% de las aportaciones que hagas a tu cuenta 401(k), incluidas las aportaciones adicionales, hasta un 6% de tu salario anual elegible para el año del Plan. La compañía hará las aportaciones a tu Cuenta de Aportaciones Paralelas en cada periodo de nómina y continuará haciéndolo hasta que alcances la cantidad total de aportaciones paralelas de la compañía para la cual calificas en ese año del Plan. Tu salario anual elegible para estos fines es el mismo esbozado arriba para determinar las aportaciones de 401(k) al Plan, pero no incluye las cantidades que te pagaron antes de ser elegible para participar en el Plan.

NOTA: El límite para aportaciones paralelas se aplica según el año del Plan (1ero de febrero al 31 de enero). Como el límite en dólares de las aportaciones al 401(k) (\$15,000 en 2022) se aplica según el año natural, es importante que consideres el momento en que haces tus aportaciones a la cuenta 401(k) para asegurarte de recibir la aportación paralela completa. Por ejemplo, si aportas los \$15,000 en aportaciones 401(k) en enero de 2022, es posible que no recibas una aportación paralela sobre esa suma si ya habías recibido la cantidad máxima de aportaciones paralelas anteriormente durante el año del Plan que terminó el 31 de enero de 2022.

Como se ha indicado anteriormente, si estás fuera del trabajo debido a un servicio militar cualificado, podrías tener derecho, conforme a la Ley USERRA, a añadir las aportaciones 401(k) que dejaste de hacer durante el servicio militar. Si haces aportaciones adicionales al Plan 401(k), Walmart Puerto Rico tiene la obligación de hacer aportaciones paralelas a lo que hubieras recibido con relación a esas aportaciones. Si entiendes que podría aplicarte esta regla, contacta a People Services al **800-421-1362**.

DERECHOS ADQUIRIDOS EN LA CUENTA DE APORTACIONES PARALELAS DE LA COMPAÑÍA

Siempre tienes el 100% de los derechos adquiridos en las aportaciones que hace Walmart Puerto Rico a tu Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía.

Si tienes una Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía (consulta la sección anterior de Tus cuentas del Plan 401(k) de Walmart en este resumen), el porcentaje con derechos adquiridos de dicha cuenta es la

parte que tienes derecho a recibir si te vas de Walmart Puerto Rico o sus compañías relacionadas. Tus estados de cuenta muestran el porcentaje con derechos adquiridos.

Adquieres los derechos en la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía (aparte de las reinversiones en esa cuenta, que siempre tienen un 100% de derechos adquiridos) dependiendo de tus años de servicio con Walmart Puerto Rico y compañías relacionadas, como sigue:

TIEMPO DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS EN LA CUENTA DE PARTICIPACIÓN EN LAS GANANCIAS*	
Años de servicio	Porcentaje de derechos adquiridos
Menos de dos	0%
Dos	20%
Tres	40%
Cuatro	60%
Cinco	80%
Seis o más	100%

*Aplica a los participantes con empleo activo en o después del 31 de enero de 2008.

NOTA: Si tu empleo terminó antes del 1ero de febrero de 2008, el desembolso se basó en el programa de adquisición de derechos previo y no al de la tabla mostrada arriba.

Para estos fines, un año de servicio es un año del Plan (del 1ero de febrero al 31 de enero) durante el cual te acreditan, por lo menos, 1,000 horas de servicio según las reglas sobre horas de servicio (consulta la sección anterior [Cómo se acreditan las horas de servicio según el Plan](#) en este resumen). Si te acreditan menos de 1,000 horas en un año del Plan, esto no aumenta la adquisición de derechos. (Observa que, para estos fines, la fecha de aniversario no determina los años de servicio.)

Si terminas tu empleo con Walmart Puerto Rico por razones de retiro (a los 65 años de edad o más) o por fallecimiento, tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía tendrá un 100% de derechos adquiridos, independientemente de tus años de servicio. La Cuenta de Participación en las Ganancias también tendrá un 100% de los derechos adquiridos si en algún momento se da por terminado el Plan.

DERECHOS ADQUIRIDOS EN LA CUENTA 401(K) FINANCIADA POR LA COMPAÑÍA

Siempre tienes el 100% de los derechos adquiridos en las aportaciones que hace Walmart a tu Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía.

Cómo invertir las cuentas

OPCIONES DE INVERSIÓN

Tú decides cómo se invertirán tus cuentas. Puedes escoger:

- **The BlackRock LifePath® Index Funds.** Los fondos BlackRock LifePath Index Funds son una serie de opciones de inversión comúnmente conocidas como fondos “para la fecha prevista de retiro”. Los fondos BlackRock LifePath Index son opciones de inversión diversificadas que automáticamente cambian la asignación de los activos con el tiempo para hacerla más conservadora a medida que el participante se acerca al retiro. Esto se hace cambiando la cantidad de dinero invertido en inversiones más agresivas, como las acciones, a inversiones más conservadoras, como los bonos e instrumentos de valor estable (money markets), a medida que el participante se acerca al retiro.
- Del menú de opciones de inversión disponibles en el Plan. Ten presente que las acciones de Walmart son una opción solo para la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía. Las acciones de Walmart no están disponibles para inversión en ninguna otra cuenta del Plan (aunque, en la medida que esas otras cuentas incluyan acciones de Walmart, siempre podrás vender dichas acciones, pero no se permitirán futuras compras de acciones de Walmart).

Puedes escoger una de las opciones de inversión o puedes repartir el dinero entre las diversas opciones de inversión. Las ganancias o pérdidas en tus cuentas dependerán del rendimiento de las inversiones que seleccionaste.

Si no tomas una decisión sobre cómo invertir las aportaciones actuales a la cuenta, éstas se invertirán en uno de los fondos BlackRock LifePath Index según tu edad. Consulta el aviso de Alternativa de Inversión Cualificada Predeterminada (QDIA, por sus siglas en inglés) incluido y la Guía de Inversiones. Ambos documentos están disponibles en benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Ya que la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía es un plan de acciones para asociados, los activos de participación en las ganancias, por lo general, se invierten principalmente en acciones de Walmart. Para los años del plan que terminaron antes del 31 de enero de 2006, todas o una parte considerable de las aportaciones de participación en las ganancias de Walmart Puerto Rico se invirtieron en acciones de Walmart. Si participabas en el Plan antes de esa fecha, es posible que tengas acciones de Walmart en tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía. En los años del plan que terminaron el 31 de enero de 2007 o después, no se invirtieron las aportaciones de participación en las ganancias de Walmart Puerto Rico en acciones de Walmart.

El paquete de inscripción que recibes cuando eres elegible para inscribirte incluye una descripción de todas las opciones de inversión, entre ellas los fondos BlackRock LifePath Index. También puedes obtener información adicional sobre cada opción de inversión en el Aviso Anual de Divulgación de Cuotas del Participante. Puedes obtener una copia gratuita accediendo a tu cuenta en línea en benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Observa que este Plan tiene el propósito de ser un “plan de la Sección 404(c) de la Ley ERISA”. Esto significa que asumes todos los riesgos de inversión relacionados con las opciones de inversión que seleccionas para el Plan o en las que se invierten tus fondos si no seleccionas inversiones, incluido el aumento o la disminución en el valor de mercado. Ni Walmart, Inc., ni Walmart Puerto Rico, Inc., ni el Comité de Inversión de Beneficios, ni el fiduciario, serán responsables de pérdidas en tus cuentas como resultado de decisiones de inversión tomadas por ti como resultado de que tus cuentas se inviertan en un fondo predeterminado al no tomar una decisión de inversión.

Si tienes una Cuenta de Participación en las ganancias financiada por la Compañía (consulta la sección anterior de **Tus cuentas 401(k) de Walmart Puerto Rico** en este resumen) y optas por invertir toda o parte de esa cuenta en acciones de Walmart o por conservar acciones de Walmart en tus otras cuentas, recuerda que, dado que se trata de una inversión en un solo tipo de acción, por lo general conlleva más riesgo que invertir en los fondos ofrecidos por el Plan.

CÓMO OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE INVERSIONES

También es importante revisar periódicamente tu cartera de inversiones y objetivos de inversión, así como las opciones de inversión ofrecidas por el Plan para asegurarte de que las inversiones sean compatibles con tus objetivos y tolerancia al riesgo. Si deseas ver fuentes adicionales de información acerca de las inversiones individuales y la diversificación, visita la página web de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo federal en www.dol.gov/agencies/ebsa y busca “investing and diversification”.

Puedes obtener información específica acerca de tus derechos y opciones de inversión en el Plan en benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

CÓMO CAMBIAR LAS OPCIONES DE INVERSIÓN

Puedes cambiar tus opciones de inversión en cualquier momento accediendo a benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. Si haces un cambio en las inversiones, se enviará una confirmación

por correo a tu dirección postal, o una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible si has optado por la entrega electrónica de documentos. Es tu responsabilidad confirmar que se ha hecho el cambio. Si no recibes un aviso de confirmación o no ves aplicado el cambio, contacta al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Si llamas al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015** antes de las 3:00 p.m. hora del este de EE.UU., el cambio en la inversión, por lo general, se procesará el mismo día de la llamada. Dependiendo del cambio, podría haber un periodo de trámite de hasta tres días antes de que se inviertan los fondos en la nueva elección.

DIVERSIFICACIÓN

Para ayudarte a diversificar los ahorros para el retiro, el Plan ofrece una variedad de opciones de inversiones con distintos niveles de riesgo y posibilidades de aumento en valor. Diversificación significa “poner los huevos en más de una canasta”.

Para poder lograr una seguridad económica a largo plazo para tu retiro debes considerar detenidamente los beneficios de una cartera equilibrada y diversificada. Esta estrategia puede ayudarte a reducir el riesgo de pérdida y ofrecer un rendimiento más constante porque el descenso en el valor de una inversión podría, potencialmente, ser compensado por el aumento en el valor de otra inversión. Si inviertes más del 20% de tus ahorros para el retiro en acciones de una sola compañía, como, por ejemplo, en acciones de Walmart, o en una sola industria, puede que tus ahorros no estén adecuadamente diversificados. Aunque la diversificación no puede garantizar ganancias ni protegerte contra las pérdidas, sí puede ser una estrategia efectiva para manejar mejor el riesgo de inversión.

Al decidir cómo invertir tus ahorros para el retiro, debes tomar en cuenta todos los activos, incluidos los ahorros para el retiro que tienes fuera del Plan. Por ejemplo, puedes poseer acciones de Walmart a través de otro medio. No hay una sola estrategia para todo el mundo ya que, entre otros factores, las personas tienen diferentes metas financieras, distintas expectativas de tiempo para lograr sus metas y diferente tolerancia al riesgo. Por ende, debes tener presente tu derecho a diversificar la cuenta del Plan y considerar cuidadosamente cómo debes invertirla. Puedes obtener información sobre el derecho a diversificar las cuentas y sobre todas las opciones de inversión disponibles del Plan accediendo a tu cuenta en línea en benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. También es importante que revises periódicamente tu cartera de inversiones y objetivos de inversión, así como las opciones de inversión ofrecidas por el Plan para asegurarte de que las inversiones sean compatibles con tus objetivos y tolerancia al riesgo. Si deseas obtener más información acerca de las inversiones

individuales y la diversificación, visita la página web de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo federal en www.dol.gov/agencias/ebsa y busca “investing and diversification”.

Información adicional si posees acciones de Walmart

VOTACIÓN

Si cualquier parte de tu cuenta está invertida en acciones de Walmart a través del Plan, recibirás cada año todos los materiales regularmente distribuidos a los accionistas de Walmart, incluida una tarjeta de instrucciones dejándole saber al fiduciario cómo votar respecto a las acciones que posees en la cuenta del Plan. Los materiales se enviarán por correo a tu residencia o electrónicamente, según la selección de entrega electrónica que hiciste.

Puedes darle instrucciones al fiduciario a través del agente de transferencias de la compañía, sobre cómo votar con relación a las acciones de Walmart que posees en tus cuentas del Plan. Esto ocurre usualmente en mayo de cada año. En todo momento se guardará la confidencialidad de tus instrucciones al agente de transferencias y al fiduciario. Enviarás las instrucciones de votación directamente al agente de transferencias, que compilará los votos y notificará al Comité de Inversión de Beneficios sobre el total de votos emitidos. El Comité de Inversión de Beneficios entonces notificará al fiduciario del plan sobre el total de votos que debe emitir.

Si no le das instrucciones al fiduciario sobre cómo votar respecto a las acciones, el Comité de Inversión de Beneficios votará a su discreción. En el caso de que ni tú ni el Comité de Inversión de Beneficios ejerzan su derecho de votación, el fiduciario o un fiduciario independiente nombrado por el fiduciario podría votar respecto a las acciones.

CONFIDENCIALIDAD

Se han diseñado procedimientos para proteger la confidencialidad de tus derechos respecto a las acciones de Walmart mantenidas en el Plan, entre ellos el derecho a comprar, vender, mantener o votar en asuntos de voto por poder. Por ejemplo, se han implementado procedimientos para el agente de la compañía que transfiere las acciones de Walmart a fin de prevenir que Walmart, Inc., Walmart Puerto Rico, Inc., y el Comité de Inversión de Beneficios averigüen cómo votó un participante individual o beneficiario (excepto en la medida que sea necesario para cumplir con las leyes de valores) o que tengan acceso a las tarjetas individuales de voto por poder o a los comentarios de los accionistas en dichas tarjetas.

Además, el acceso a información sobre las decisiones de comprar, vender o mantener acciones de Walmart por lo general se limita a las personas que colaboran

en la administración del plan. El Comité de Inversión de Beneficios es responsable de garantizar que estos procedimientos sean suficientes para proteger la confidencialidad de esta información y que se sigan dichos procedimientos. Si el Comité de Inversión de Beneficios determina que una situación tiene el potencial de permitir que Walmart, Inc. tenga una influencia indebida con respecto a tus derechos como accionista (mediante las cuentas del Plan), el Comité nombrará a una entidad independiente que realice las actividades necesarias para prevenir la influencia indebida.

DIVIDENDOS SOBRE LAS ACCIONES DE WALMART

Si tienes acciones de Walmart en tus cuentas, se acreditará a dichas cuentas cualquier dividendo pagado por Walmart con relación a esas acciones. Los dividendos acreditados a la Cuenta 401(k), la Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía o la Cuenta de Reinversión 401(k) se reinvertirán automáticamente en acciones de Walmart. Los dividendos acreditados a tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía también se reinvertirán según determine el Comité de Inversión de Beneficios.

Balances y estados de cuenta

Por lo menos una vez al año recibirás un estado de cuenta que muestre las aportaciones efectuadas por ti y por Walmart Puerto Rico (de haberlas), el rendimiento de tus fondos de inversión, el valor de tus cuentas y las cuotas aplicadas a las cuentas durante el trimestre. Puedes obtener información sobre tus cuentas fácilmente, incluido un estado trimestral, en cualquier momento accediendo a benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. También puedes solicitar una copia impresa de cualquier estado de cuenta en cualquier momento y sin costo, llamando al Centro de Servicio al Cliente.

CUOTAS COBRADAS A LA CUENTA

Se podrían aplicar cargos administrativos y de inversión a tu cuenta. Puedes obtener información sobre los cargos en el Aviso Anual de Divulgación de Cuotas del Participante y en línea en benefits.ml.com.

Cómo recibir un desembolso mientras trabajas para Walmart Puerto Rico

Por lo general, no tienes derecho a un desembolso del Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico hasta que ceses tu empleo con Walmart Puerto Rico y sus compañías relacionadas. Sin embargo, hay situaciones específicas en las que podrías tener derecho a recibir un desembolso de algunas o todas tus cuentas mientras aún estás trabajando:

- En el caso de penuria económica (según definido por el Departamento de Hacienda de Puerto Rico).
- Después de cumplir 59½ años.
- Las reinversiones pueden ser retiradas en cualquier momento.
- Puedes solicitar un préstamo de la cuenta del Plan

Es importante entender cómo cualquier tipo de desembolso del Plan 401(k) afectaría tu situación tributaria. Para obtener información adicional, consulta la sección de **Consecuencias tributarias de un desembolso** más adelante en este resumen.

RETIROS POR PENURIA ECONÓMICA

Puedes retirar parte o el total de los fondos de tu Cuenta 401(k) (que no sean las ganancias sobre las aportaciones) y de tu Cuenta de Reinversión en el caso de sufrir una "penuria económica".

Conforme a las guías gubernamentales, podría existir penuria económica cuando la solicitud es para fines de:

- El pago de gastos de atención médica que el seguro no cubre para ti, tu cónyuge o tus dependientes
- Costos relacionados directamente con la compra (no incluye pagos de hipoteca) de una residencia primaria (hogar)
- El pago de matrícula, cuotas, y alojamiento y comida por un máximo de los próximos 12 meses de educación post-secundaria para ti, tu cónyuge o tus dependientes
- Los pagos necesarios para evitar un desalojo o una ejecución de hipoteca de tu residencia primaria o
- El pago de gastos funerarios o de entierro de un padre/ madre, cónyuge, hijo o dependiente.

Antes de poder solicitar un desembolso por penuria, es necesario que ya hayas obtenido todos los desembolsos disponibles a los 59½ años, incluidos préstamos.

Además, las leyes tributarias de Puerto Rico no te permiten aportar a este Plan ni a ciertos planes de retiro o de compra de acciones (incluido el plan de compra de acciones para asociados) en los 12 meses posteriores a la fecha de un desembolso por penuria económica. Si eres un asociado exento que cuentas con opciones de acciones, no puedes ejercer las opciones durante dicho período de 12 meses. Además, no podrás efectuar aportaciones a la Cuenta 401(k) durante el año natural inmediatamente después del año del desembolso por penuria económica que excedan el límite aplicable de aportaciones anuales conforme al Código de Rentas Internas de Puerto (\$15,000 para el 2022), menos la cantidad de tus aportaciones para el año en que se efectuó el desembolso por penuria económica.

El desembolso por penuria económica estará sujeto a impuestos inmediatamente. Para obtener información adicional, consulta la sección de Consecuencias contributivas de un desembolso más adelante en este resumen.

Puedes solicitar un desembolso por penuria económica accediendo a benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

RETIROS DESPUÉS DE CUMPLIR 59½ AÑOS

En cualquier momento después de cumplir los 59½ años puedes optar por retirar todas o cualquier parte de tus cuentas con derechos adquiridos, incluso si aún estás trabajando para Walmart Puerto Rico. Puedes solicitar un retiro accediendo a benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

RETIROS DE APORTACIONES DE REINVERSIÓN

Puedes retirar todos o cualquier parte de los fondos de la Cuenta de Reinversión o la Cuenta de Reinversión de Participación en las Ganancias en cualquier momento, incluso si aún estás trabajando para Walmart Puerto Rico o sus afiliadas. (Observa que antes del 1ero de febrero de 1998, el Plan aceptaba reinversiones a una cuenta de participación en las ganancias, pero esta opción ya no está disponible).

PRÉSTAMOS DEL PLAN

Puedes solicitar un préstamo de la parte de tu cuenta del Plan con derechos adquiridos mientras estés trabajando para Walmart Puerto Rico. El Administrador del Plan ha establecido un programa de préstamos por escrito que explica los requisitos en detalle. Puedes solicitar una copia del programa de préstamos o solicitar un préstamo en línea en benefits.ml.com o llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Por lo general, las reglas de préstamos incluyen lo siguiente:

- La cantidad máxima del préstamo se determina según las reglas del Plan, que por lo general limitan el total de tus balances de préstamos a lo que sea menor entre: (1) el 50% del total de la cuenta con derechos adquiridos o (2) \$50,000 (reducido por el exceso, de haberlo, del mayor balance pendiente de tu préstamo durante el periodo de un año previo a la fecha del préstamo sobre el balance de préstamos actual). La cantidad mínima del préstamo es de \$1,000.
- Todos los préstamos deben estar garantizados por un colateral de hasta mitad de la cuenta del Plan con derechos adquiridos.
- Se cobrará un cargo por procesar la solicitud de préstamo. Es posible que se cobren cargos adicionales en el caso de préstamos residenciales. (Esta cantidad podría aumentar ocasionalmente.)
- Todos los préstamos tienen una tasa de interés comercialmente razonable fijada por el Administrador de tiempo en tiempo.
- Los préstamos deben ser pagados en plazos regulares durante un periodo de 1 a 5 años, a menos que estés usando

- el dinero para comprar una casa propia, en cuyo caso el periodo de pago podría ser más largo según dispuesto de tiempo en tiempo en el programa de préstamos por escrito.
- Solo puedes tener un préstamo para propósitos generales y un préstamo residencial pendiente en cualquier momento dado.
- Todos los préstamos se consideran una inversión dirigida de la cuenta del Plan. Los pagos de principal e intereses del préstamo se acreditan a tus cuentas del Plan.
- Si no cumples con los pagos del préstamo según vencen, se considerará que estás en mora. Bajo ciertas circunstancias, un préstamo en mora podría considerarse una distribución del Plan. La importancia de que el balance del préstamo se considere una distribución es que la cantidad de dicha distribución es tributable como ordinaria y sujeta a la tasa de retención de 10%.

Cuando te encuentres en una licencia autorizada sin paga, es posible que te excusen de efectuar los pagos programados del préstamo por un periodo de hasta 1 año. Si tienes un préstamo pendiente cuando te movilizan al servicio militar cualificado, podrían aplicar reglas especiales conforme a la Ley USERRA. Llama al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015** para más detalles.

Si falleces: tu beneficiario designado

En el caso de tu muerte, se pagará el balance total del Plan a tu beneficiario. Es muy importante mantener al día la información del beneficiario. A partir del 1ero de febrero de 2020, las opciones de beneficiario deberán hacerse en línea en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Dado que tu cónyuge o pareja de hecho tiene ciertos derechos en cuanto al beneficio por muerte, debes actualizar tu elección de beneficiario inmediatamente si ocurre un cambio de estatus en la relación.

Si estás casado(a) y deseas nombrar a una persona que no sea tu cónyuge como beneficiario designado, es necesario que tu cónyuge consienta a dicha designación. Tendrás que llenar el Formulario B de Beneficiario Alterno para Participantes Casados y tu cónyuge deberá llenar el Formulario de Consentimiento del Cónyuge. Para que sea válido el Formulario B, el Consentimiento del Cónyuge debe ser firmado ante un notario y acompañar dicho formulario.

Puedes obtener el Formulario B y el de Consentimiento del Cónyuge en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com), o hablar con el representante de Recursos Humanos de tu unidad. Cualquier designación de beneficiario que hagas será efectiva para todas las cuentas del Plan.

Si no designas a un beneficiario, el beneficio por muerte se distribuirá conforme a las disposiciones del Plan en el orden que sigue:

- Cónyuge o pareja de hecho (según se define más adelante); de no haberlo, entonces

- Hijos sobrevivientes (no incluye hijastros); de no haberlos, entonces
- Padres sobrevivientes; de no haberlos, entonces
- Hermanos sobrevivientes; de no haberlos, entonces
- Tu herencia, que se distribuirá según los términos de tu testamento o según determine el tribunal.

Si designas a tu cónyuge como beneficiario y luego te divorcias, la designación no será efectiva después del divorcio a menos que llenes otro formulario de designación. De igual forma, si estás soltero(a) y después te casas, la designación de beneficiario previa no será efectiva después del matrimonio a menos que llenes un nuevo formulario de designación con el consentimiento de tu cónyuge.

Además, ten presente que si designas a un beneficiario y la persona muere antes de emitirse el cheque del beneficio, este se pagará a tu beneficiario contingente o, de no haberlo, conforme a las reglas de orden de sucesión antes mencionadas. Si tu beneficiario muere después de emitirse el cheque del beneficio, el beneficio se pagará a la herencia del beneficiario. No obstante, si tu cónyuge o pareja es el beneficiario, el beneficio siempre se pagará a la herencia del cónyuge o pareja si él o ella muere después de ti, pero antes de pagarse el beneficio. Recuerda que es muy importante mantener al día la información del beneficiario. Las designaciones de beneficiario se deben hacer en línea en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

Un cónyuge del mismo sexo recibirá el mismo tratamiento que un cónyuge del sexo opuesto para efectos del Plan. Ten presente que si tenías un cónyuge del mismo sexo al 23 de junio de 2013, cualquier designación de beneficiario que tenías en vigor y que designara a una persona que no era tu cónyuge como beneficiario se invalidó de inmediato en esa fecha. Tu cónyuge se convertirá en beneficiario automáticamente a menos que hagas una nueva designación con el consentimiento de tu cónyuge.

Si tienes una "pareja" y no has efectuado una designación de beneficiario afirmativa, tu pareja será el beneficiario a menos que hayas designado a otro beneficiario afirmativamente (independientemente de si la designación ocurrió antes o después del comienzo de la unión de hecho). Para efectos del plan, "pareja" significa:

- Tu pareja de hecho, siempre y cuando la persona y tú:
 - Estén en una relación continua, exclusiva y comprometida, similar a la de un matrimonio durante un mínimo de 12 meses y tengan la intención de seguirla indefinidamente
 - No estén casados entre sí ni con ninguna otra persona
 - Cumplan con la edad mínima para el matrimonio en el estado en que residen y cuenten con la competencia mental para participar en un contrato en dicho estado
 - No estén emparentados de manera que prohibiría un matrimonio legal en el estado en que residen y

- No estén en la relación únicamente para fines de recibir los beneficios o
- Cualquier otra persona con la cual el asociado esté unido en una relación legal reconocida que ofrezca algunos o todos los derechos del matrimonio en el estado o país en el cual fue creada la relación.

DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS EFECTUADAS ANTES DEL 31 DE OCTUBRE DE 2003

Si designaste a un beneficiario para el Plan 401(k) en o antes del 31 de octubre de 2003, dicha designación seguirá vigente para la Cuenta 401(k), la Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía y la Cuenta de Reinversión 401(k). De igual forma, si designaste a un beneficiario para el Plan de Participación en las Ganancias antes del 31 de octubre de 2003, dicha designación seguirá vigente para tu Cuenta de Participación en las Ganancias. Si cambias tu designación de beneficiario después del 31 de octubre de 2003, esto aplicará a todas las cuentas del Plan y toda designación anterior será invalidada.

Ten presente que los cambios en el estatus de la relación podrían afectar tu designación de beneficiario, según explicado anteriormente.

Es sumamente importante mantener al día la información del beneficiario. Para efectuar una designación de beneficiario, es necesario que completes una sesión de inscripción de beneficiarios en línea en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

Si te divorcias

Si te divorcias, todo o parte del balance del Plan puede ser otorgado a un “beneficiario alternativo” en una orden judicial llamada Orden Calificada de Relaciones Domésticas (QDRO, por sus siglas en inglés). El beneficiario alternativo puede ser tu cónyuge o ex-cónyuge, hijo(a) u otro dependiente. (En la actualidad, la ley federal no permite reconocer una QDRO para una pareja de hecho a menos que dicha pareja sea también un dependiente del participante.) Debido a que hay requisitos muy estrictos en esos casos, debes comunicarte con el Administrador de QDRO al **877-MER-QDRO (877-637-7376)** para obtener una copia gratuita de los procedimientos que tu abogado debe usar al redactar la orden judicial. Al recibo de la orden judicial por el Administrador de QDRO, esta se revisará para determinar si cumple con los requisitos legales para este tipo de orden y su tramitación tomará un tiempo. El cargo administrativo para procesar el QDRO se cobrará a tu cuenta del Plan o según se indique en la orden.

Si cesas tu empleo con Walmart Puerto Rico

Cuando termines tu empleo con Walmart Puerto Rico y sus compañías relacionadas, tendrás derecho a un desembolso de todas las cuentas del Plan con derechos adquiridos.

Es importante entender cómo cualquier tipo de desembolso del Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico afecta tu situación contributiva. Para obtener información adicional, consulta la sección de [Consecuencias contributivas de un desembolso](#) más adelante en este resumen. Puedes optar por recibir el desembolso 30 días naturales después de que se registre la terminación de empleo en el sistema de nómina de Walmart Puerto Rico. Por ejemplo, si la terminación se registra y se tramita en el sistema de nómina el 20 de julio de 2021, puedes optar por recibir el desembolso en o después del 19 de agosto de 2021.

Normalmente, después de terminar tu empleo con Walmart Puerto Rico y sus compañías relacionadas, recibirás un aviso por correo a tu dirección postal o electrónicamente, según tus elecciones de entrega electrónica, para informarte de tu derecho a un desembolso. Recuerda verificar que la dirección esté correcta en el cheque de nómina cuando terminas tu empleo con Walmart Puerto Rico o una compañía relacionada p puedes ofrecer una dirección alterna para remitir tu correspondencia en tu entrevista de salida. Si no has recibido información acerca del desembolso en el término de 60 días después de la fecha de terminación, debes comunicarte con el Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. Para obtener un desembolso tendrás que acceder a tu cuenta en benefits.ml.com o llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

No se requiere tu consentimiento para el desembolso y el mismo se hará automáticamente:

- **Si el total de tu balance del Plan con derechos adquiridos es de \$1,000 o menos en cualquier momento.** Este desembolso automático se hará en cuanto sea posible después del último día laborable del tercer mes natural posterior al mes natural en el que se registra tu fecha de terminación en el sistema de nómina de Walmart Puerto Rico, a menos que consientas a un desembolso adelantado. En el ejemplo anterior, si tu cuenta es elegible para un desembolso automático y no has dado tu consentimiento al 19 de agosto de 2021, el desembolso se efectuaría automáticamente en cuanto sea posible después del 31 de octubre de 2021 o
- **Si tienes más de 70 años, independientemente del balance total del Plan con derechos adquiridos.** Este desembolso automático se hará en cuanto sea posible después del último día laborable del segundo mes natural posterior al mes natural en el que cumples 70 años, a menos que consientas recibir un desembolso adelantado según se describe en la página anterior. Si cumples 70 años en julio de 2021 y tu cuenta es elegible para un desembolso automático, y no has dado tu consentimiento para el desembolso, este se efectuaría automáticamente en la primera fecha de desembolso programada después del 30 de septiembre de 2021, según las disposiciones del Plan. Ten presente que si no cumples los 70 años en o antes del 1ero de febrero de 2022, la cuenta no se distribuirá automáticamente hasta después

del último día laborable del segundo mes natural posterior al mes natural en el que cumples 71½, a menos que consientas recibir un desembolso adelantado

Si el total del balance del Plan con derechos adquiridos es de más de \$1,000 y tienes menos de 70 años (o, si cumples los 70 años en o antes del 1ero de febrero de 2022, a la edad de 71½), tendrás que dar tu consentimiento para el desembolso. El desembolso se hará en cuanto sea posible después del recibo del consentimiento en el Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**, pero no antes de 30 días naturales después del registro de tu terminación de empleo en el sistema de nómina de Walmart Puerto Rico.

Si lo deseas, puedes posponer el desembolso para cualquier fecha hasta cumplir los 70 años (o, si cumples los 70 años en o antes del 1ero de febrero de 2022, a la edad de 71½), pero el balance del Plan estará sujeto a una cuota anual de mantenimiento y posiblemente otros gastos. Para obtener más información sobre estos cargos, consulta el Aviso Anual de Divulgación de Cuotas del Participante. Si decides posponer el desembolso, podrás continuar haciendo cambios en tus opciones de inversión de la misma forma que lo hacías cuando eras participante activo del Plan.

Si regresas a trabajar con Walmart Puerto Rico antes de completarse el desembolso, el mismo se cancelará y no se efectuará un desembolso de tu cuenta.

LA CANTIDAD DEL DESEMBOLSO

Se te pagará el valor total de la Cuenta 401(k), la Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía, la Cuenta de Reinversión 401(k) y la Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía. Además, si tienes una Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía (consulta la sección anterior de [Tus cuentas del Plan 401\(k\) de Walmart Puerto Rico](#) en este resumen) también se te pagará el valor de la parte de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía que tenga derechos adquiridos. No serás elegible a la parte sin derechos adquiridos de tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía, según se ha explicado en la sección anterior de [Adquisición de derechos en la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía](#) de este resumen.

La cantidad que recibes se basará en el valor de tus cuentas a la fecha de tramitar el desembolso. Si se te hace un desembolso directo en lugar de reinvertirlo en una cuenta IRA de Puerto Rico o en el plan de otro patrono cualificado conforme a la Sección 1081.01(a) del Código de Rentas Internas de Puerto Rico, se retendrán los impuestos aplicables del cheque.

Se aplicará un cargo por tramitación del cheque al balance del Plan al momento del desembolso.

CÓMO RECIBES EL DESEMBOLSO

Tienes varias opciones para recibir el desembolso.

Tus cuentas se distribuirán directamente en un solo pago global, a menos que optes por reinvertirlas en una cuenta IRA de Puerto Rico o en el plan de retiro de otro patrono cualificado bajo la Sección 1081.01(a) del Código de Rentas Internas de Puerto Rico.

Normalmente te pagarán las cuentas en efectivo. Sin embargo, puedes optar por que distribuyan la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía en forma de acciones de Walmart (incluso si no está invertida en acciones de Walmart al momento del desembolso), o una parte en efectivo y la otra en acciones de Walmart. También puedes optar por que te paguen la Cuenta 401(k), la Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía y la Cuenta de Reinversión 401(k) en acciones de Walmart en la medida que dichas cuentas estén invertidas en acciones de Walmart al momento del trámite del desembolso. Cualquier parte de dichas cuentas que no esté invertida en acciones de Walmart al momento del desembolso será distribuida en efectivo.

Si el total de tus cuentas con derechos adquiridos es de \$1,000 o menos, o si tienes más de 70 años (o, si cumples los 70 años en o antes del 1ero de febrero de 2022, a la edad de 71½), independientemente de la cantidad de tus cuentas con derechos adquiridos, se te hará el desembolso directamente en un solo pago global. Si deseas que parte del desembolso sea en acciones de Walmart o si deseas reinvertir el desembolso en una cuenta IRA de Puerto Rico o en el plan de otro patrono cualificado en Puerto Rico, deberás contactar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015** y dar tus instrucciones para el desembolso en el período de tiempo que aparece en el aviso de desembolso. Si no te comunicas a tiempo con el Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**, te harán el desembolso en un solo pago global.

Si el total de las cuentas con derechos adquiridos en el Plan es de más de \$1,000, no se efectuará el desembolso hasta que elijas la forma de hacerlo y des tu consentimiento para la distribución, o hasta que cumplas los 70 años (o, si cumples los 70 años en o antes del 1 de febrero de 2022, a la edad de 71½). Para obtener un desembolso debes comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Si terminas tu empleo y luego Walmart Puerto Rico te recontrata

Si terminas tu empleo con Walmart Puerto Rico o sus compañías relacionadas después de comenzar a ser elegible para participar en el Plan y posteriormente eres recontratado por Walmart Puerto Rico serás elegible automáticamente para participar a partir de tu fecha de recontratación. De igual forma, si te vas de Walmart Puerto Rico o sus compañías relacionadas después de haber cumplido con el requisito de 1,000 horas, pero antes de tu

fecha real de participación, tu participación comenzará en la fecha que ocurra más tarde: la fecha en que inicialmente comenzaba tu participación o la fecha de recontractación. Si no eras un participante cuando te fuiste de Walmart o si no habías cumplido con el requisito de 1,000 horas, serás considerado asociado nuevo cuando te recontracten y tendrás que cumplir con los requisitos de elegibilidad (consulta la sección anterior de **Cuándo comienza la participación** en este resumen) a fin de participar en el Plan.

LA PARTE SIN DERECHOS ADQUIRIDOS DE LA CUENTA DE PARTICIPACIÓN EN LAS GANANCIAS FINANCIADA POR LA COMPAÑÍA

Cuando termine tu empleo con Walmart, no se te pagará la parte de derechos no adquiridos (de haberla) de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía. Esta porción de derechos no adquiridos se denomina confiscación.

- Si recibes un desembolso total del balance con derechos adquiridos del Plan después de la terminación de empleo y mientras has adquirido derechos parciales de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía, no recibirás la parte de derechos no adquiridos de dicha cuenta a la fecha del desembolso.
- Si no recibes un desembolso total del balance del Plan con derechos adquiridos después de la terminación de empleo, no perderás la parte de derechos no adquiridos de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía hasta que incurras en cinco “interrupciones en el servicio” consecutivas. Una interrupción en el servicio es un año del Plan (1ero de febrero al 31 de enero) durante el cual se te acreditan 500 horas o menos de servicio. Si estuviste ausente del trabajo debido a una Licencia Médico Familiar (FMLA) y has trabajado 500 horas o menos en el año del plan, te acreditarán suficientes horas para que llegues a las 500.01, a fin de que no incurras en una interrupción en el servicio.

La parte de derechos no adquiridos de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía que no recibiste, será reintegrada (a su valor anterior) si Walmart Puerto Rico o una compañía relacionada te recontracta antes de incurrir en cinco interrupciones consecutivas en el servicio y reembolsa al Plan la cantidad total del desembolso en el término de cinco años después de ser recontractado. Si regresas a trabajar con Walmart Puerto Rico o con una compañía relacionada después de cinco o más interrupciones consecutivas en el servicio, o si optas por no reembolsar el desembolso según explicado anteriormente, no se reintegrará la parte de derechos no adquiridos que perdiste de tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía.

Si no tenías derechos adquiridos en la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía

cuando termina tu empleo, se te reintegrará dicha cuenta automáticamente si te recontractan antes de cinco interrupciones consecutivas en el servicio.

Las pérdidas de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía sin derechos adquiridos por lo general se utilizan para pagar los gastos del Plan y para ciertos otros fines, como, por ejemplo, recuperar los balances de las cuentas según explicado anteriormente. Cualquier remanente de las pérdidas se usará para reducir la aportación paralela de Walmart Puerto Rico.

Cuando te recontracten, se contarán tus años de servicio antes de irte de Walmart Puerto Rico para fines de determinar los derechos adquiridos en las aportaciones de Walmart Puerto Rico a tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía.

Consecuencias contributivas de un desembolso

Las consecuencias contributivas de tu participación en el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico (el “Plan”) son tu responsabilidad. La siguiente es solo una explicación breve de las consecuencias contributivas relacionadas con tu participación en el Plan en Puerto Rico. Esta descripción se basa en las leyes vigentes y las interpretaciones actuales de las leyes por parte del Departamento de Hacienda de Puerto Rico. Ya que la ley está sujeta a cambios, y debido a que la aplicación de la ley puede variar según tus circunstancias particulares, esta descripción es de naturaleza general y no debes depender totalmente de ella al determinar las consecuencias contributivas. Se exhorta a los asociados a consultar con un asesor contributivo respecto a su situación particular.

Walmart Puerto Rico tiene derecho a una deducción por la cantidad de las aportaciones que hace al Plan, así como de las aportaciones que hacen los asociados al mismo. Las aportaciones que hacen los asociados y Walmart Puerto Rico al Plan, así como las ganancias sobre dichas aportaciones, por lo general no están sujetas a contribuciones de Puerto Rico hasta que se te paguen.

REGLAS TRIBUTARIAS GENERALES

Tus aportaciones y las aportaciones de Walmart Puerto Rico al Plan, no están sujetas a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico.

En general, los desembolsos efectuados cuando un asociado todavía trabaja para Walmart Puerto Rico y sus compañías relacionadas, estarán sujetos a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico como ingresos ordinarios.

El Código de Rentas Internas de Puerto Rico dispone un régimen contributivo favorable en cuanto a los desembolsos en ciertas circunstancias. Específicamente, si recibes una distribución total de tu cuenta en el

transcurso de un año contributivo en particular debido a una terminación de empleo (una distribución "un solo pago global"), la parte sujeta a contribuciones de la distribución estará sujeta a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico a la tasas contributivas regulares del Código de Rentas Internas de Puerto Rico. Sin embargo, si se te retiene un 20% en contribuciones sobre ingresos del pago al momento de la distribución, se aplicará la tasa contributiva preferencial de Puerto Rico que es 20%.

Las cantidades retiradas debido a penuria económica y los retiros mientras estás trabajando estarán sujetas a una retención contributiva obligatoria de 10% en Puerto Rico. De igual forma, la porción tributable de dichas distribuciones pagará contribuciones como ingreso ordinario y estará sujeta a las tasas regulares de contribución sobre ingresos.

Además, si no eres residente de Puerto Rico al momento de recibir el desembolso, hay consecuencias especiales para personas que no son residentes. Debes consultar con un asesor de impuestos para obtener más información.

POSPONER EL PAGO DE IMPUESTOS EN LOS DESEMBOLSOS POR MEDIO DE UNA REINVERSIÓN

Puedes posponer el pago de contribuciones/impuestos sobre el desembolso si instruyes al Plan que emita un cheque por el balance total del Plan directamente a una cuenta IRA de Puerto Rico o al plan de retiro de otro patrono cualificado conforme a la Sección 1081.01(a) del Código de Rentas Internas de Puerto Rico. Esto se conoce como reinversión directa. En el caso de una reinversión directa, el cheque se hará pagadero a la cuenta IRA en Puerto Rico u otro fiduciario del plan. Si manejas el desembolso de esta forma, no te retendrán contribuciones de Puerto Rico sobre la cantidad que reinviertes y dicha cantidad no estará sujeta a impuestos hasta que recibas un desembolso posterior de la IRA o del otro plan de Puerto Rico. Ten presente que si optas por reinvertir solo una parte de la distribución en un solo pago global, la parte tributable de esta distribución que no optaste por reinvertir en otro plan de retiro cualificado en Puerto Rico o una IRA de Puerto Rico estará sujeta a una retención contributiva de 20%.

Si no optas por una reinversión directa (y en su lugar recibes un desembolso directo del plan), aún puedes reinvertir esos fondos en una cuenta IRA en Puerto Rico u otro plan de retiro cualificado de Puerto Rico, siempre que lo hagas en los 60 días naturales después de recibir la distribución. Esto se conoce como reinversión directa. En ese caso, te enviarán el cheque y serás responsable de entregarlo a la cuenta IRA en Puerto Rico u otro fiduciario del plan en el término de 60 días. Además, dado que el desembolso recibido estaba sujeto a una retención contributiva de Puerto Rico de 20%, a fin de efectuar una reinversión indirecta de la cantidad completa de la distribución recibida en un solo pago global

(incluido el 20% retenido por contribuciones de Puerto Rico), es necesario que reembolse de otros fondos (por ej., cuentas de ahorros o certificados de depósito) la cantidad del 20% de contribuciones retenidas al momento de la distribución. Puedes reclamar en tu planilla contributiva de Puerto Rico un crédito en tus contribuciones sobre ingresos para el año en que se retuvo la cantidad al momento de la distribución.

CONTRIBUCIONES SOBRE DESEMBOLSOS DE ACCIONES DE WALMART

También hay reglas especiales para las distribuciones en acciones comunes de Walmart. Puedes diferir los impuestos de una distribución en acciones de Walmart hasta que se vendan dichas acciones. Esto significa que no tendrás que pagar impuestos sobre el valor de las acciones en el momento que se distribuyen. La venta subsiguiente de acciones comunes de Walmart redundará en una ganancia de capital sobre la cantidad total recibida de la venta, que estará sujeta a las tasas contributivas ordinarias si se venden en el término de un año después de la distribución, o a las tasas de ganancia capital a largo plazo (actualmente 15%) si se venden a más de seis meses de la distribución. Debes recordar, además, que las cuentas IRA de Puerto Rico y demás planes cualificados, por lo general, no aceptan reinversiones de acciones de Walmart. Debes consultar con un asesor personal en impuestos antes de optar por una distribución en acciones de Walmart.

CONTRIBUCIONES SOBRE DISTRIBUCIONES NO REALIZADAS EN UN SOLO PAGO GLOBAL

Las distribuciones del plan de una forma que no sea una distribución producto de separación del empleo o terminación del Plan por lo general son tributables como ingresos ordinarios. Si recibes un pago parcial, el pago estará sujeto a una retención de 10%. Si recibes la distribución en forma de pagos a plazos (pagos periódicos substancialmente iguales por un periodo fijo igual a cinco años o más), los primeros \$11,000 (\$15,000 si tienes 60 años o más) que recibas no estarán sujetos a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico. Las distribuciones en forma de pagos a plazos estarán sujetas a retención en la fuente una vez alcancen los \$31,000 (\$35,000 si tiene 60 años de edad o más).

CONTRIBUCIONES SOBRE LOS DESEMBOLSOS A BENEFICIARIOS Y BENEFICIARIOS ALTERNOS

El régimen contributivo antes descrito aplica también a los desembolsos hechos a cónyuges que sobreviven a participantes fallecidos, así como a los desembolsos a cónyuges y ex-cónyuges que son "beneficiarios alternos" conforme a las Órdenes Calificadas de Relaciones Domésticas (QDRO).

CONTRIBUCIONES SOBRE LOS PRÉSTAMOS

Según las leyes contributivas actuales, los préstamos otorgados por el Plan, independientemente de su propósito,

no se consideran ingresos tributables para el participante excepto en casos de mora. Si estás en mora con un préstamo del Plan (según se mencionó anteriormente), tu estado de cuenta de contribuciones sobre ingresos mostrará la cantidad de ingreso que debes reportar para el año de la morosidad. La cantidad tributable está sujeta a una tasa de retención del 10%. Sin embargo, la retención se hace solo de los activos líquidos, de haberlos, que te pagan durante el mismo año de la distribución gravable. No se aplican retenciones a las distribuciones gravables como resultado de préstamos morosos cuando no te pagan activos líquidos durante el año de la distribución gravable. Sin embargo, la distribución gravable o el préstamo moroso será declarado como ingreso ordinario al Departamento de Hacienda de Puerto Rico.

Si al momento de la terminación de empleo tienes un balance pendiente de un préstamo que no se paga en su totalidad al momento de la distribución, cualquier préstamo pendiente vencerá de inmediato y será pagadero y por lo tanto considerado una distribución tributable. Por consiguiente, al momento de la distribución de tu cuenta del Plan, cualquier balance pendiente del préstamo podría tratarse como una distribución en un solo pago global sujeta a la tasa tributaria de 20%.

Cómo presentar una reclamación al Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

Si piensas que tienes derecho a un beneficio mayor que el que ha sido tramitado por la compañía contable del Plan (Bank of America), puedes presentar una reclamación por escrito al Administrador o a su delegado a:

Walmart Inc.

Attn: 401(k) Plan Administrator
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

Si tienes preguntas acerca de cómo presentar una reclamación, llama al Servicio de Beneficios del Cliente al **800-421-1362**.

Si tu reclamación es denegada en parte o en su totalidad, recibirás notificación escrita de la decisión en el tiempo razonable, pero no más de 90 días después de que el Administrador reciba la reclamación. El Administrador o su delegado pueden extender este período hasta 90 días adicionales si determina que las circunstancias especiales requieren una prórroga. Recibirás notificación de cualquier prórroga antes del final del período original de 90 días. La notificación escrita indicará las razones específicas por las cuales se deniega la reclamación y una referencia específica a las disposiciones del Plan sobre las cuales se basa la denegación, así como una descripción de los procedimientos de revisión y los límites de tiempo aplicables a dichos procedimientos, incluido el derecho a presentar una demanda ante el tribunal después de denegada una apelación.

Si no estás de acuerdo con la decisión del Administrador o su delegado, puedes solicitar una revisión de la misma. El Administrador posee la autoridad discrecional de resolver todas las dudas relacionadas con la administración, interpretación o aplicación del Plan. Es necesario que presentes la solicitud por escrito y la envíes al Administrador a:

Walmart Inc

Attn: 401(k) Plan Administrator
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

La solicitud deberá hacerse en el término de 60 días después de la denegación. Tu solicitud escrita deberá incluir toda la información adicional que desees que el Administrador tome en consideración. Si no solicitas una revisión en ese período de tiempo, se considerará que has renunciado al derecho de revisión.

El Administrador realizará la revisión con prontitud. Recibirás una notificación escrita de la decisión del Administrador no más de 60 días naturales después del recibo de tu solicitud, a menos que las circunstancias especiales requieran una prórroga de hasta 60 días adicionales. En los casos en que la revisión se aplaze para que puedas proveer la información adicional necesaria para una revisión adecuada, no se incluirá el tiempo aplazado en el cálculo del límite de 60 días y los períodos de prórroga antes expuestos. La notificación escrita de la decisión del Comité incluirá las razones específicas de la decisión y referencias a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la decisión.

Deberás agotar estos procedimientos antes de poder radicar una demanda con respecto a los beneficios del Plan. Si presentas una demanda, debes radicarla en el término de un año de la fecha del desembolso o, si no hubo desembolso, la fecha en la que el Administrador deniegue tu solicitud de beneficios en apelación, en su totalidad o en parte, (o, si ocurre primero, la fecha en que el Administrador no ha respondido a la reclamación o apelación).

Información administrativa

NOMBRE DEL PLAN

El nombre legal del plan es el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico.

PATROCINADOR DEL PLAN Y ADMINISTRADOR DEL PLAN BAJO ERISA

Walmart, Inc. es el patrocinador del plan. La información de contacto para asuntos relacionados con el Plan es:

Walmart Inc.

Attn: 401(k) Plan Administrator
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295
800-421-1362

Como Administrador del Plan bajo ERISA, Walmart, Inc. es responsable de informar y divulgar sus obligaciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos por Retiro de 1974 (Ley ERISA, por sus siglas en inglés) y todas las demás obligaciones de los administradores de planes conforme al Código de Rentas Internas de Puerto Rico y la Ley ERISA, excepto aquellas obligaciones que se delegan al Comité de Planes de Retiro o al fiduciario del Fideicomiso. La Ley ERISA es la ley federal que impone ciertas responsabilidades a Walmart, a Walmart Puerto Rico, el Administrador, el Comité de Inversión de Beneficios y al fiduciario respecto a los beneficios de retiro.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL DEL PATROCINADOR DEL PLAN

71-0415188

FIDUCIARIO ADMINISTRATIVO DESIGNADO

El Administrador es la persona que ocasionalmente tiene el puesto de Vicepresidente Sénior de la División de Beneficios Global de Walmart. El Administrador es el fiduciario administrativo designado del Plan. Como fiduciario designado del Plan, el Administrador es, en general, responsable del manejo, la interpretación y la administración del Plan, lo que incluye, pero no se limita a: determinaciones de elegibilidad, pagos de beneficios y otras funciones requeridas, necesarias o recomendadas para llevar a cabo el propósito del Plan.

Puedes comunicarte con el Administrador a la siguiente dirección:

**Senior Vice President, Global Benefits Division/Administrator
c/o Walmart Inc.
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295**

FIDUCIARIO DE INVERSIONES DESIGNADO

El Comité de Inversión de Beneficios es el fiduciario de inversiones designado del Plan. Como fiduciario de inversiones designado, el Comité es responsable de las políticas de inversión del Plan, incluida la selección de opciones de inversión que ofrecerá el Plan y la selección de la opción de inversión predeterminada.

Puedes comunicarte con el Comité de Inversión de Beneficios a la siguiente dirección:

**Benefits Investment Committee
Walmart Inc.
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295**

FIDUCIARIO DEL PLAN

**Banco Popular de Puerto Rico
P.O. Box 362708
San Juan, Puerto Rico 00917**

Todos los activos del Plan, como las aportaciones de participantes y de Walmart Puerto Rico, se mantienen en uno o más fideicomisos. Como fiduciario del Fideicomiso, Banco Popular recibe y mantiene en fideicomiso las aportaciones hechas al Plan e invierte dichas aportaciones conforme a las políticas establecidas por el Plan.

AGENTE PARA DILIGENCIAR EMPLAZAMIENTOS

**Corporation Trust Company
1209 Orange Street
Corporation Trust Center
Wilmington, Delaware 19801**

Al Administrador del Plan bajo ERISA y al fiduciario también se les puede emplazar.

NÚMERO DEL PLAN

004

AÑO DEL PLAN

1ero de febrero a 31 de enero

TIPO DE PLAN

El Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico es un plan definido de aportaciones (plan 1081.01(e) y de participación en las ganancias).

ASIGNACIÓN

Ya que este es un plan de retiro regido por la Ley ERISA y otras leyes federales y de Puerto Rico, tus cuentas no pueden ser cedidas ni utilizadas como colateral para un préstamo, ni pueden ser embargadas ni sujetas a procedimientos de quiebra. Sin embargo, sí pueden ser parte de un acuerdo de divorcio, según se explica en la sección anterior de [Si te divorcias](#) en este resumen.

SIN CUBIERTA DE LA PBGC

La Ley ERISA creó una agencia gubernamental llamada Corporación de Garantía de Beneficios de Pensión (PBGC, por sus siglas en inglés). Uno de los propósitos de la PBGC es proveer un seguro para los beneficios provistos por los planes. Sin embargo, este seguro solo está disponible para los planes de beneficios definidos de pensión y nuestro plan es un plan de aportaciones definidas. Por lo tanto, los beneficios bajo el Plan no están asegurados por la PBGC.

ENMIENDAS O TERMINACIÓN DEL PLAN

Walmart, Inc. se reserva el derecho de enmendar o dar por terminado el Plan en cualquier momento. Las enmiendas están a cargo de la Junta de Directores de Walmart o su Vicepresidente Ejecutivo de la División de Global People. No se puede enmendar verbalmente el Plan ni los beneficios descritos en este resumen. Ninguna declaración o representación verbal tendrá vigencia ni efecto, incluso cuando dichas declaraciones o representaciones sean hechas por un asociado exento de Walmart o una compañía relacionada, por un miembro del Comité de Planes de Retiro o por Banco Popular.

Para obtener una copia del documento formal del Plan, puedes escribir a:

Walmart Inc.
Attn: Benefits Compliance
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

También puedes llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

DESEMBOLSOS ERRÓNEOS

En el caso de que se haga un desembolso del Plan a una parte equivocada, o se efectúe un desembolso a la parte correcta, pero por la cantidad equivocada, el Administrador puede recuperar el desembolso erróneo ya sea con una deducción de la(s) cuenta(s) del Plan del receptor o de los pagos futuros pagaderos al receptor, o puede exigir que este le reembolse al Plan con prontitud.

DECLARACIÓN DE DERECHOS AL AMPARO DE LA LEY ERISA

Como participante del Plan, tienes ciertos derechos y protecciones al amparo de la Ley ERISA. La Ley ERISA dispone que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

- Examinar, sin costo, en las oficinas del administrador del Plan y en otros lugares especificados, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y convenios colectivos y una copia del último informe anual (Serie de Formularios 5500) presentados por el Plan al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos y disponibles en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration).
- Obtener, al solicitarlo por escrito al Administrador del Plan bajo ERISA, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguro y convenios colectivos, copias del último informe anual

(Serie de Formularios 5500) y una copia actualizada de la Descripción Resumida del Plan. El Administrador del Plan bajo ERISA podría cobrar un pago razonable por las copias. Debes enviar la solicitud a:

Walmart Inc. — ERISA Section 104(b) Request
Attn: Benefits Compliance
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan bajo ERISA está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia del informe financiero resumido.
- Obtener una declaración que indique el balance actual de tu cuenta y la parte que no conlleva pérdida (que tiene derechos adquiridos). Esta declaración deberá solicitarse por escrito y no es requisito proveerla más de una vez cada 12 meses. El Plan deberá proveer la declaración sin costo.

Además de crear derechos para los participantes del Plan, la Ley ERISA impone deberes a las personas responsables de las operaciones del Plan. Las personas que manejan el Plan, llamadas “fiduciarios”, tienen el deber de hacerlo prudentemente y en interés tuyo y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni tu patrono ni ninguna otra persona, puede despedirte o de alguna forma discriminar en tu contra para evitar que obtengas un beneficio de pensión o que ejerzas tus derechos al amparo de la Ley ERISA.

Si tu reclamación de un beneficio es denegada u obviada, en parte o en su totalidad, tienes el derecho a conocer la razón de la denegación, a obtener, sin costo, copias de los documentos relacionados con la decisión y a apelar cualquier denegación, todo dentro de cierto marco de tiempo.

A tenor con la Ley ERISA, hay medidas que puedes tomar para hacer valer los derechos antes mencionados. Por ejemplo, si solicitas materiales del Plan y no los recibes en un plazo de 30 días, puedes entablar una demanda en un tribunal federal. En dicho caso, el tribunal puede exigirle al Administrador del Plan bajo ERISA o al Administrador que te provea los materiales y que te pague hasta \$110.00 diarios hasta tanto recibas los materiales, a menos que éstos no hayan sido enviados por razones fuera del control del Administrador del Plan bajo ERISA o el Administrador. Si has sometido una reclamación de beneficios y esta ha sido denegada o pasada por alto, en parte o en su totalidad, puedes entablar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no estás de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de una decisión acerca del estatus calificado de una orden de relaciones domésticas, puedes entablar una demanda ante el tribunal federal.

En caso de que los fiduciarios del Plan hayan hecho mal uso de los dineros del mismo, o se haya discriminado en tu contra

por hacer valer tus derechos, puedes gestionar la ayuda del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos o entablar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas del tribunal y los honorarios de abogado. Si tienes éxito, el tribunal podría ordenar a la persona a quien has demandado, que pague dichas costas y honorarios. Si pierdes, el tribunal podría ordenarte a pagar dichas costas y honorarios; por ejemplo, si el tribunal estima que tu reclamación es frívola.

Si tienes alguna pregunta acerca del Plan, debes comunicarte con el Administrador del Plan bajo ERISA o el Administrador. Si tienes preguntas acerca de esta declaración o acerca de tus derechos al amparo de la Ley ERISA, debes comunicarte con la oficina regional más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos que aparece en el directorio telefónico o con la División de Asistencia y Preguntas Técnicas a: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, NW, Washington DC, 20210. También puedes obtener ciertas publicaciones sobre tus derechos y responsabilidades al amparo de la Ley ERISA llamando a la línea de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration).

AVISO SOBRE SITUACIONES TRIBUTARIAS ESPECIALES DE PUERTO RICO

Antes de recibir una distribución del Plan que es elegible para reinvertirse en una IRA de Puerto Rico o un plan patronal, recibirás un aviso que explica las opciones de reinversión que tienes disponibles cuando eres elegible para una distribución. Podrías o no ser elegible en estos momentos para recibir una distribución del Plan. Sin embargo, si lo eres, debes revisar este aviso detenidamente antes de elegir una distribución del Plan. Este aviso tiene la intención de ayudarte a decidir si debes elegir una reinversión o no. Si en la actualidad no eres elegible para una distribución, debes guardar este aviso y repasarlo cuando lo seas.

Hay dos formas de recibir un pago global del Plan elegibles para reinversión, también conocido como una “distribución elegible para reinversión”. **Puede pagarse como reinversión directa** o en forma de **pago efectuado directamente a ti**. Se puede hacer una **reinvertión directa** de tu cuenta del Plan, ya sea a una Cuenta de Retiro Individual de Puerto Rico (“IRA de PR”) o a otro plan patronal que esté cualificado a tenor con el Código de Rentas Internas de Puerto Rico (un “Plan de PR”).

Si optas por una reinversión directa:

- Tú escoges si el pago se hace directamente a una IRA de PR o a un Plan de PR que acepte la reinversión.
- Tu pago no será tributable en Puerto Rico durante el año de la REINVERSIÓN DIRECTA, y no se retendrán contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico,

- El pago sí estará sujeto a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico cuando lo retires de la IRA de PR o del Plan de PR. Dependiendo del tipo de IRA de PR o Plan de PR, es posible que la distribución posterior esté sujeta a un tratamiento contributivo diferente al que regiría cuando recibes una distribución tributable de este Plan.

Si optas por un pago del Plan que es una distribución elegible PAGADA A TI:

- Recibirás menos de la cantidad total del balance de tu cuenta porque es necesario que cierto porcentaje (usualmente el 20% de la parte tributable de la distribución) sea retenido y enviado al Departamento de Hacienda de Puerto Rico. Cualquier parte del balance de la cuenta para el cual se pagaron contribuciones por adelantado según se indica en la siguiente sección de “Reglas especiales para pagos adelantados hechos en 2006 y 2014 a 2015”, se tratará como distribución de una aportación hecha después de los impuestos y no se retendrán contribuciones de Puerto Rico.
- Aplicarán las contribuciones sobre impuestos de Puerto Rico en el año del pago a menos que lo reinviertas en el término de 60 días después de recibir el pago. Las cantidades previamente sujetas a un pago especial de contribuciones por adelantado durante el periodo de oportunidad de 2006 y 2014 a 2015 no deben estar sujetas a contribuciones sobre ingresos.
- Puedes reinvertir todo o parte del pago colocándolo en una IRA de PR o un Plan de PR que acepte tu reinversión en el término de 60 días después de recibir el pago. La cantidad reinvertida no estará sujeta a contribuciones de Puerto Rico hasta que la retires de la IRA de PR o el Plan de PR. Puedes solicitar un reintegro en la planilla de contribuciones sobre ingresos de cualquier impuesto retenido de la cantidad **pagada a ti** que fue reinvertida en la IRA de PR o del Plan de PR durante el periodo de 60 días. Cualquier cantidad no reinvertida debe ser sujeta a contribuciones sobre ingresos (sin incluir las cantidades sujetas al pago especial de contribuciones por adelantado durante el periodo de oportunidad de 2006 o 2014 a 2015).
- Si deseas reinvertir el 100% del pago en una IRA de PR o un Plan de PR en el término de 60 días después de recibirlo, deberás reemplazar la parte tributable que fue retenida de la distribución elegible para reinversión al momento de la distribución. Por ende, a fin de proveer un diferido completo, es posible que tengas que usar otra fuente de dinero para reemplazar la cantidad que fue retenida. Las cantidades retenidas podrían ser reembolsadas o acreditadas a tu obligación tributaria en el año que se hizo la retención.

Únicamente las distribuciones efectuadas en un solo pago global debido a separación del empleo, terminación del Plan, muerte del participante o pagadas a un beneficiario o receptor alternativo a tenor con una orden calificada de relaciones domésticas, serán tratadas por el Plan como

distribuciones elegibles para reinversión. Un pago global es un pago del balance total de la cuenta del plan que se puede efectuar en un plazo o dos durante un solo año natural. “Separación del empleo” significa que el empleo con tu patrono termina debido a que das por terminado tu empleo, falleces o te retiras.

Los otros pagos (no globales) del Plan, como los de retiros mientras estás trabajando, distribuciones gravables producto de préstamos morosos, plazos periódicos o anualidades se tributan conforme a diferentes reglas, por lo general como ingresos ordinarios a la tasa de contribuciones/impuestos sobre ingresos para el año de la distribución y sujeto a una tasa de retención del 10%. En el caso de plazos periódicos o anualidades, según se define en el Código de Rentas Internas de Puerto Rico y sus reglamentos, pagados después de una separación del empleo, los primeros \$11,000 (\$15,000 si tienes 60 años o más) recibidos durante el año contributivo están exentos de contribuciones y la retención del 10%, no aplicará a las cantidades recibidas de menos de \$31,000 (\$35,000 si tienes 60 años o más) durante el año contributivo. En casos de distribuciones gravables, como préstamos morosos, la retención del 10% se hace de los activos líquidos, de haberlos, que se te pagan durante el mismo año de la distribución gravable. No se aplican retenciones a las distribuciones gravables como resultado de préstamos morosos cuando no te pagan activos líquidos durante el año de la distribución. Sin embargo, la distribución gravable o el préstamo moroso será declarado como ingreso ordinario al Departamento de Hacienda de Puerto Rico. Los pagos efectuados en forma de acciones del patrono también están sujetos a diferentes reglas tributarias, según se describe más adelante. Consulta con un asesor de impuestos para obtener más información.

Es posible que tu distribución también esté sujeta a impuestos sobre ingresos federales si ya no eres residente de Puerto Rico al momento que recibes una distribución del Plan. Si ese es tu caso, debes consultar con un asesor de impuestos.

MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS REINVERSIONES

¿Cómo puede una reinversión afectar mis contribuciones?

Te cobrarán impuestos sobre un pago del Plan si no lo reinviertes. Los pagos que sean ingresos de fuentes de Puerto Rico estarán sujetos a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico. Si no efectúas una reinversión directa del Plan, aplicará una retención, según se describe más adelante.

¿En dónde puedo reinvertir el pago?

Reinversión en una IRA de PR. Puedes abrir una IRA en Puerto Rico para recibir la reinversión. Si optas por que el

pago se haga directamente a una IRA de PR, contacta a un patrocinador de cuentas IRA de Puerto Rico (usualmente una institución financiera) para averiguar lo que debes hacer para que el pago se reinvierta directamente en una IRA de PR.

Reinversión en el Plan de PR de otro patrono. Si has sido contratado por un nuevo patrono que tiene un Plan de PR y deseas hacer una reinversión directa a ese plan, pregunta al administrador de dicho plan si aceptaría una reinversión.

¿Cómo hago la reinversión? Hay dos formas de efectuar una reinversión. Puedes hacer una reinversión directa o una reinversión de 60 días.

Reinversión directa. Si haces una reinversión directa, el Plan efectuará un pago directamente a la IRA de PR o al Plan de PR de otro patrono. Debes comunicarte con el patrocinador de la cuenta IRA o el administrador del Plan de PR para obtener información sobre cómo hacer una reinversión directa. También debes tener presente que los planes no están obligados por ley a aceptar reinversiones. Además, si el Plan de PR acepta la reinversión, podría imponer restricciones en las circunstancias bajo las cuales puedes recibir posteriormente una distribución de la cantidad de la reinversión o requerir el consentimiento de tu cónyuge para cualquier distribución posterior. Verifica con el administrador de ese Plan de PR antes de tomar una decisión.

Reinversión elegible pagada a ti. Si no haces una reinversión directa, puedes hacer una reinversión por medio de un depósito en una IRA de PR o un Plan de PR de otro patrono que lo acepte. Si decides reinvertir, deberás hacer la reinversión en el término de 60 días a partir del recibo del pago. La cantidad en un solo pago global reinvertida en una IRA de PR o Plan de PR no estará sujeta a contribuciones de Puerto Rico hasta que la retires de la IRA de PR o del Plan de PR.

¿Cuánto puedo reinvertir? Aunque puedes transferir/reinvertir toda o parte de la cantidad que en efecto recibes, a tenor con las leyes de Puerto Rico, para que el monto total de la distribución permanezca con impuestos diferidos, tienes que reinvertir el 100% de la distribución elegible, incluida una cantidad equivalente a la que fue retenida para contribuciones sobre ingresos. Por consiguiente, si haces una reinversión de 60 días, debes encontrar otros fondos dentro del periodo de 60 días para aportar a la IRA de PR o el Plan de PR y reemplazar la cantidad que fue retenida a fin de beneficiarte de un diferido total. Cuando se haga una distribución posterior de la IRA de PR o el Plan de PR, la distribución estará sujeta a impuestos según las reglas que estén vigentes en ese momento para dichas distribuciones.

Ejemplo: Recibes el pago de una distribución de \$10,000 elegible para reinversión. Suponiendo una tasa de retención del 20%, recibirás \$8,000 y \$2,000 será enviado al

Departamento de Hacienda de Puerto Rico como retención de contribuciones sobre ingresos. En el término de 60 días después de recibir los \$8,000, podrías reinvertir los \$10,000 en una IRA de PR o un Plan de PR. Para hacerlo, reinvertirías los \$8,000 que recibes del Plan y tendrías que buscar \$2,000 de otras fuentes (tus ahorros, un préstamo, etc.). En este caso, no tendrás que pagar impuestos/contribuciones sobre el monto total de la reinversión (\$10,000) hasta que lo retires de la IRA de PR o del Plan de PR. Si reinviertes los \$10,000, cuando radiques la planilla de contribuciones sobre ingresos te acreditarán los \$2,000 retenidos y podrías tener derecho a un reembolso por esa cantidad.

¿Puedo reinvertir las aportaciones hechas después de los impuestos? Si hiciste aportaciones después de los impuestos al Plan, estas pueden reinvertirse en una IRA de PR o en ciertos planes patronales que acepten reinversiones de aportaciones hechas después de los impuestos. El Administrador del Plan probablemente podrá decirte qué parte del pago es tributable y cuánto es la parte post-impuestos. Si reinviertes aportaciones hechas después de los impuestos, es responsabilidad tuya llevar constancia de dichas aportaciones. Esto permitirá que se determine la cantidad no tributable de cualquier distribución futura.

También puedes reinvertir tus aportaciones hechas después de los impuestos en una IRA de PR no deducible. No se imponen impuestos/contribuciones sobre la distribución de una IRA de PR no deducible si esta se efectúa después de cumplir 60 años.

RETENCIONES DE CONTRIBUCIONES SOBRE IMPUESTOS DE PUERTO RICO

La ley exige al plan retener cierto porcentaje (usualmente el 20%) de la cantidad que te paguen que esté sujeta a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico. Las cantidades retenidas se envían al Departamento de Hacienda de Puerto Rico como retenciones de contribuciones sobre ingresos. Por ejemplo, si tu distribución de reinversión elegible consta de \$10,000 tributables en Puerto Rico, suponiendo una tasa de retención del 20%, solo te pagarían \$8,000 ya que el Plan deberá retener \$2,000. Sin embargo, cuando prepares la planilla del año, declararás los \$10,000 completos como pago del Plan. Declararás los \$2,000 como contribuciones retenidas y esto se acreditará a cualquier cantidad de contribuciones sobre ingresos que adeudes ese año. Los pagos únicos globales que te deban debido a separación de empleo, si no se reinvierten, se considerarán ingresos ordinarios sujetos a una tasa especial de contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico de 20% si se retienen al momento de la distribución (excluyendo las cantidades sujetas al pago especial por adelantado de contribuciones durante el periodo de oportunidad de 2006 o 2014 a 2015: consulta la sección de “Reglas especiales para pagos adelantados hechos en 2006 y 2014 a 2015” más adelante).

Por lo tanto, las cantidades retenidas por tu patrono generalmente cumplirán con cualquier obligación tributaria relacionada con la distribución del Plan.

Reglas especiales para pagos adelantados hechos en 2006 y 2014 a 2015. Leyes especiales de 2006 y 2014 permitieron a los participantes del Plan hacer pagos adelantados de contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico para los fondos tributables con derechos adquiridos acumulados en sus cuentas del Plan a una tasa tributaria especial del 5% durante el periodo del 16 de mayo de 2006 al 31 de diciembre de 2006, y a una tasa tributaria especial del 8% durante el periodo del 1 de julio de 2014 al 30 de abril de 2015 (el “periodo de oportunidad”).

Si aprovechaste cualquiera de estas opciones de pago adelantado, debes llevar constancia de la cantidad del balance de la cuenta del Plan que fue sujeta al pago adelantado. Debes presentar evidencia de pago adelantado al Administrador del Plan cuando solicites una distribución del Plan. Cualquier cantidad del balance de la cuenta para la cual se pagaron contribuciones adelantadas se tratará como distribución de una aportación hecha después de los impuestos y no se retendrán contribuciones de Puerto Rico. Las reglas descritas anteriormente acerca de las reinversiones de aportaciones hechas después de los impuestos aplican a cualquier parte de la distribución por la cual se hicieron pagos de contribuciones por adelantado. Debes consultar con un asesor de impuestos para obtener más información.

REGLAS ESPECIALES Y OPCIONES

Si tu pago incluye acciones del patrono que no reinvertiste: Hay una regla especial para pagos del Plan que incluyen acciones del patrono. Según esta regla especial, no se aplicarán retenciones a los pagos hechos en forma de acciones del patrono, y no tendrás que pagar contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico sobre el valor de las acciones del patrono que recibas atribuibles a servicios que brindaste en Puerto Rico hasta que vendas las acciones. Cuando vendas las acciones del patrono, podrían aplicar tasas tributarias especiales para ganancias capitales dependiendo del periodo que mantuviste dichas acciones antes de venderlas.

Si tienes un préstamo pendiente que se está repagando: Si tienes un préstamo pendiente del Plan, el beneficio del Plan podría reducirse por la cantidad del préstamo restante si el préstamo no se paga al momento que se da por terminado tu empleo. La cantidad de repago del préstamo se tratará como una distribución hecha a ti al momento del repago y, por consiguiente, será tributable y tomado en cuenta al determinar la cantidad de contribuciones sobre ingresos que se retienen de la distribución. Si deseas hacer una reinversión a 60 días de la cantidad total, tendrás que obtener el dinero para reemplazar la parte tributable a fin de reinvertir la

cantidad total del diferido. De otra forma, solo obtendrás el diferido de impuestos de la parte de la distribución que fue reinvertida durante el periodo de 60 días.

Si no eres un participante del Plan: Si recibes una distribución después de la muerte del participante que no reinviertes, la distribución por lo general se tributará de la misma forma explicada en otras partes de este aviso.

Si eres un cónyuge o un beneficiario que sobrevive al participante: En general, las reglas resumidas anteriormente que aplican a los pagos a empleados, aplican también a los pagos a cónyuges que sobreviven a los empleados y a los cónyuges o excónyuges que son "beneficiarios alternos". Eres un beneficiario alternativo si tu interés en el Plan es producto de una orden calificada de relaciones domésticas, que es una orden emitida por un tribunal usualmente relacionada con un divorcio o una separación legal.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Puedes contactar al Departamento de Hacienda de Puerto Rico en <http://www.hacienda.gobierno.pr> para obtener información adicional.

Este aviso resume las reglas de contribuciones de Puerto Rico que podrían aplicarse a tu pago. Solo pretende ser un resumen. Las reglas descritas anteriormente son complejas y contienen muchas condiciones y excepciones que no se incluyen en este resumen. Además, este documento tiene el propósito de reflejar las reglas tributarias vigentes en la fecha antes mencionada. Por lo tanto, es recomendable consultar con un asesor profesional de impuestos antes de recibir un pago de los beneficios del Plan.

Para más información

SI TIENES PREGUNTAS SOBRE...	CONSIGUE LAS RESPUESTAS AQUÍ
Cuándo cualificas para recibir beneficios o cómo inscribirte	One.Walmart.com/Benefits Llama a tu representante de Recursos Humanos o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065
Beneficios, reclamaciones médicas o manejo de atención	Llama al número de teléfono que aparece en tu tarjeta del plan médico: 855-830-9887 or 787-945-1348
Encontrar un proveedor de la red	mcs.com.pr
Beneficios médicos	855-830-9887 o 787-945-1348 (TTY/TDD 866-627-8182)
Beneficios de farmacia	mc-21.com 855-252-2292
Beneficios dentales	deltadentalpr.com 855-359-6409
Seguro por incapacidad a corto plazo	Multinational: 787-764-1279
Seguro por incapacidad a largo plazo	One.Walmart.com/LOA > Me > My Time > Disability Lincoln: 888-778-9251
Seguro de vida patronal	Prudential: 877-294-7026
Seguro de vida opcional para asociados	División de Beneficios de la Oficina Central de PR: 787-653-1065
Seguro de vida opcional para dependientes	
Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	
Seguro por accidentes en viajes de negocios	
Resources For Living®	One.Walmart.com/RFL or rfl.com 800-825-3555 , disponible 24/7
Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico	Bank of America Merrill Lynch: 888-968-4015
Plan de Compra de Acciones para Asociados	One.Walmart.com/ASPP or ComputerShare.com/Walmart Computershare: 800-438-6278 (800-952-9245 para personas con problemas auditivos)
Para obtener una copia impresa del Manual de Beneficios del Asociado de 2022	Llama a People Services al 800-421-1362 y solicita que te envíen la copia por correo sin costo (versión en español solamente)



Manual de Beneficios del Asociado de 2022
Descripción Resumida del Plan para Asociados de Puerto Rico