

## Continuation of Coverage Under COBRA

The Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA), allows you to extend certain coverage for yourself and your eligible dependents when certain circumstances, or qualifying events, would normally cause coverage to end. **This section explains COBRA continuation coverage, when it may be available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it.** These qualifying events and the duration of coverage are shown on the following chart:

<u>If You Have This Qualifying Event(1)</u>	<u>Coverage May Continue for</u>	<u>For a Maximum Duration of</u>
Your hours are reduced so that you no longer meet eligibility requirements (2)	You and your dependents	18 months (3)
You die	Your dependents	36 months
You become entitled to Medicare (Part A, Part B, or both) (4)	Your dependents	36 months
You are divorced or legally separated from your spouse	Your dependents	36 months
Children no longer qualify as eligible Dependents	Your dependent children	36 months

1. If a second qualifying event occurs within the 18 or 29 month COBRA continuation period, the period of coverage may be extended for up to 36 months from the first COBRA event. This extension may be available to your spouse and dependent children getting COBRA continuation coverage if you die; become entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); get divorced or legally separated; or if your dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused your spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.
2. For reasons other than gross misconduct.
3. Twenty-nine (29) months if you or your dependents are disabled at the time or within 60 days. You must notify the Administrative Office before the end of the 18 month period and within 60 days of the disability determination. If either you or your dependent is no longer considered disabled by the Social Security Administration, you must notify the Administrative Office within 30 days of the determination.
4. Being eligible for Medicare at the time of your COBRA event does not prevent you from choosing COBRA for yourself.

If a proceeding in bankruptcy under title 11 of the United States Code is filed with respect to the plan sponsor, and that bankruptcy results in the loss of coverage for you as a retired employee covered under the Plan, you will be offered COBRA continuation coverage. Your spouse, surviving spouse, and dependent children will also be offered COBRA continuation coverage if bankruptcy results in the loss of their coverage under the Plan. COBRA continuation coverage will be offered for up to 36 months for this qualifying event.

COBRA continuation coverage is identical to the group medical, family supplemental, prescription drug, dental, vision care and member assistance coverage you and your family have through the Fox Valley Laborers Health and Welfare Fund. Loss of Time, Death, and Accidental Dismemberment Benefits are **not** continued. You do not have to provide evidence of good health to continue coverage. When you become eligible for COBRA, you may also become eligible for other coverage options that may cost less than COBRA continuation coverage.

It is your responsibility to inform the Administrative Office, in writing, of a divorce, legal separation, or a child losing dependent status. You should also notify the Administrative Office of any qualifying event within 60 days of the event or you may lose your right to continue coverage. Once the Administrative Office is notified of an event that affects your coverage or your dependents' coverage, you will be notified within 14 days whether or not you have the right to choose continuation coverage. You must let the Administrative Office know that you want continuation coverage within 60 days of the date you or your dependent would lose coverage or 60 days from the date you receive notice of your right to elect continuation coverage, if later. You may elect COBRA continuation coverage on behalf of your spouse and your children. Your spouse and/or dependent children will also be given the opportunity to continue coverage independently from you.

If you choose to continue coverage, you or your dependents will be required to pay the COBRA rates as set by the Board of Trustees. Your COBRA cost is 102% of the cost of coverage. If you become eligible for Social Security disability benefits your COBRA cost is 150% of the cost of coverage starting with the 19<sup>th</sup> month. These rates may change from time to time. You will be notified of the rate when you are notified that you are eligible. In addition, you will be notified if the rates change. If you do not elect to continue coverage, your health care coverage under the Fund will end. Your initial payment for coverage retroactive to the date your coverage began must be made within 45 days following the initial 60 day election period. Ongoing payments are due on the first day of every month for that month's coverage. You have a 30-day grace period to make each payment. If you do not pay your required COBRA payment before or within the 30-day grace period, your COBRA coverage ends.

Coverage is not generally available to anyone who was not participating in the Fund before the loss of coverage. However, if a child is born to you, adopted by you, or placed for adoption with you while you are on COBRA, that child can be added to your coverage. Once you elect COBRA continuation coverage, you may not change your coverage for any reason other than those specifically listed in this section.

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

## **COBRA Credit**

**Active Participants** who are eligible for COBRA continuation coverage if the Fund does not receive contributions from your employer for 270 or more hours of work during a contribution quarter. However, if the Fund receives some contributions from your employer during a contribution quarter, you will receive COBRA credit, for up to two eligibility quarters. COBRA credit is the appropriate Welfare rate times the number of hours reported. This COBRA credit can be applied toward your COBRA premium payments for the corresponding eligibility quarter.

COBRA credit is limited to two consecutive eligibility quarters. COBRA credit earned during the first contribution quarter does not carry over to the second contribution quarter. COBRA credits for the second eligibility quarter are based on hours reported in the corresponding contribution quarter. After the second eligibility quarter on COBRA, no more COBRA credit will be granted.

**Non-Bargained Participants** are not eligible for COBRA Credit.

## **Other coverage options besides COBRA Continuation Coverage**

Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through the Health Insurance Marketplace, Medicaid, or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period." Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

## **When COBRA Continuation Coverage Ends**

Coverage extended through COBRA will end for you and your eligible dependents when any of the following events occur:

- at the end of the 18-, 29-, or 36-month period;
- you do not pay your premiums on time;
- you or a dependent becomes covered under any other group health care plan after your COBRA continuation coverage under this Plan started;
- you or a dependent becomes entitled to Medicare after choosing COBRA;
- you are no longer determined to be disabled during your extended period of coverage for up to 29 months (loss of your Social Security benefit); or
- if this Fund stops providing coverage for all its participants.

If you have any questions about continuation of coverage through COBRA, please contact the Administrative Office below.

Administrative Office  
Fox Valley Laborers Health and Welfare Fund  
2371 Bowes Road, Suite 500  
Elgin, Illinois 60123-5523  
1-847-742-0900 or Toll Free 1-866-828-0900

For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.) For more information about the Marketplace, visit [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

### **Keep your Plan informed of address changes**

To protect your family's rights, let the Administrative Office (see above for contact information) know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Administrative Office.

## Continuación de cobertura bajo COBRA

El Omnibus Budget reconciliación ley consolidada de 1985 (COBRA), permite ampliar cierta cobertura para usted y sus dependientes elegibles cuando ciertas circunstancias o eventos de calificación, normalmente causaría cobertura terminar. **Esta sección explica la continuación de cobertura COBRA, al que puede estar disponible para usted y su familia, y lo que necesitas hacer para proteger su derecho a hacerlo.** Estos califican eventos y la duración de la cobertura se muestran en la siguiente tabla:

<u>Si usted tiene esta calificación</u> <u>Event(1)</u>	<u>La cobertura puede</u> <u>continuar por</u>	<u>un máximo</u> <u>Duración de la</u>
Se reducen sus horas así usted No dejen de cumplir los requisitos de elegibilidad (2)	y sus dependientes	18 meses (3)
Mueres	sus dependientes de	36 meses
Tengan derecho a Medicare (parte A, Parte B, o ambas cosas) (4)	sus dependientes de	36 meses
Usted está divorciado o separado legalmente de su cónyuge	sus dependientes de	36 meses
Los niños ya no califican como elegibles Dependientes	tus hijos dependientes de	36 meses

1. si un segundo evento clasificatorio ocurre dentro de los 18 o período de continuación de COBRA 29 meses, el periodo de cobertura podrá ser prorrogado hasta por 36 meses desde el primer evento COBRA. Esta extensión puede estar disponible para su cónyuge e hijos dependientes a continuación de cobertura COBRA si mueres; tengan derecho a beneficios de Medicare (bajo la parte A, parte B o ambas); divorciado o separado legalmente; o si tu hijo dependiente deje de ser elegible bajo el Plan como un hijo dependiente. Esta extensión sólo está disponible si el segundo evento clasificatorio habría causado su cónyuge o hijo dependiente que pierde la cobertura bajo el Plan no había ocurrido el primer evento clasificatorio.
2. por razones que no sean de conducta inapropiada.
3. veintinueve 29 meses si usted o sus dependientes se desactivan en el momento o dentro de 60 días. Usted debe notificar a la oficina administrativa antes de que finalice el plazo de 18 meses y dentro de 60 días de la determinación de discapacidad. Si usted o su dependiente ya no es considerado desactivado por la administración del Seguro Social, usted debe notificar a la oficina administrativa dentro de 30 días de la determinación.
4. siendo elegibles para Medicare en el momento de su evento COBRA no le impide elegir COBRA por ti mismo.

Si se presenta un procedimiento de bancarrota bajo el título 11 del código de Estados Unidos en relación con el patrocinador del plan, y esa bancarrota resulta en la pérdida de cobertura para usted como un empleado jubilado cubiertos bajo el Plan, se le ofrecerá

cobertura de continuación COBRA. Su cónyuge, cónyuge supérstite y los hijos dependientes también se ofrecerá cobertura de continuación COBRA si quiebra resulta en la pérdida de su cobertura bajo el Plan. Se ofrecerán cobertura de continuación COBRA hasta por 36 meses para este evento clasificatorio.

Cobertura de continuación COBRA es idéntica al grupo médico, familia suplementario, medicamentos recetados, dental, visión cuidado y miembro cobertura de asistencia usted y su familia tienen a través del Fox Valley trabajadores salud y fondo de bienestar. La pérdida de tiempo, la muerte y beneficios de desmembramiento Accidental son no continuado. No tienes que proporcionar evidencia de buena salud para continuar la cobertura. Cuando te conviertes en elegible para COBRA, usted también puede convertirse en elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos de continuación de cobertura COBRA.

Es su responsabilidad informar a la oficina administrativa, por escrito, de un divorcio, separación legal o un niño perder condición dependiente. Usted también debe notificar a la oficina administrativa de cualquier evento de calificación dentro de 60 días del evento o usted puede perder su derecho a continuar la cobertura. Una vez que se notifique la oficina administrativa de un acontecimiento que afecta a su cobertura o cobertura de sus dependientes, se le notificará dentro de 14 días o no tienes el derecho a elegir la continuación de cobertura. Deje la oficina administrativa que sabe que quiere la continuación de cobertura dentro de 60 días de la fecha que usted o sus dependientes se pierden la cobertura o 60 días a partir de la fecha de recibir aviso de su derecho a elegir la continuación de cobertura, si más adelante. Usted puede elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de su cónyuge y sus hijos. Su cónyuge o hijos dependientes también se dará la oportunidad de continuar la cobertura independiente de ti.

Si usted decide continuar la cobertura, usted o sus dependientes se requerirá para abonar las tasas COBRA según lo establecido por la Junta de Síndicos. Su costo COBRA es 102% del costo de la cobertura. Si eres elegible para beneficios de discapacidad del Seguro Social su costo COBRA es 150% del costo de la cobertura a partir del mes 19. Estas tasas pueden cambiar de vez en cuando. Se le notificará de la tasa cuando se le notifica que usted es elegible. Además, se le notificará si las tasas de cambian. Si no opta por continuar la cobertura, su cobertura de salud bajo el fondo terminará. Su pago inicial para la cobertura retroactiva a la fecha que inició su cobertura debe hacerse dentro de 45 días después del período de la elección inicial de 60 días. Los pagos en curso vencen en el primer día de cada mes para la cobertura de ese mes. Tiene un período de gracia de 30 días para realizar cada pago. Si usted no paga su pago COBRA antes o dentro del período de gracia de 30 días, termina su cobertura de COBRA.

No está generalmente disponible para cualquiera que no participaba en el fondo antes de la pérdida de cobertura. Sin embargo, si un niño es llevado a ti, adoptado por usted o colocado en adopción con usted mientras usted está en COBRA, que el niño puede añadirse a su cobertura. Una vez que usted elige la continuación de cobertura COBRA, usted no puede cambiar su cobertura por cualquier motivo que no sean los enumerados específicamente en esta sección.

Usted puede tener otras opciones disponibles para usted cuando pierde la cobertura de salud de grupo. Por ejemplo, usted puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros de salud. Al inscribirse en la cobertura mediante el mercado, usted podría calificar para disminuir los costos de sus primas mensuales y gastos de desembolso inferiores. Además, usted puede calificar para un período de 30 días de inscripción especial para otro plan

de salud grupal para los cuales usted es elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan no acepta generalmente tarde afiliados.

## **Crédito COBRA**

**Participantes activos** que son elegibles para cobertura de continuación COBRA si el fondo no recibe aportes de su empleador por 270 o más horas de trabajo durante un trimestre de contribución. Sin embargo, si el fondo recibe algunos aportes de su empleador durante un cuarto de contribución, usted recibirá crédito COBRA, para hasta cuartos dos elegibilidad. Crédito COBRA es el momento adecuado de tarifa de bienestar informó el número de horas. Este crédito COBRA se puede aplicar hacia el pago de primas COBRA para el correspondiente trimestre elegibilidad.

Crédito COBRA está limitada a dos trimestres consecutivos de elegibilidad. Crédito COBRA ganado durante el primer trimestre de contribución no cargar hasta el segundo trimestre de contribución. COBRA créditos para el segundo trimestre de elegibilidad se basan en horas registrados en el trimestre correspondiente de contribución. Después del segundo trimestre de elegibilidad en COBRA, no se concederá ningún crédito COBRA más.

**Los participantes no-negociado** no son elegibles para el crédito COBRA.

## **Otras opciones de cobertura además COBRA continuación de cobertura**

En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura COBRA, pueden haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros de salud, Medicaid u otro plan de salud grupal coberturas (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos de continuación de cobertura COBRA. Puedes aprender más sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

## **Cuando termina la continuación de cobertura COBRA**

Cobertura extendida a través de COBRA terminará para usted y sus dependientes elegibles cuando se produzca cualquiera de los siguientes eventos:

- al final de la 18, 29- o período de 36 meses;
- Usted no paga sus cuotas a tiempo;
- usted o un dependiente se cubre bajo cualquier otro plan de salud de grupo después de iniciado su continuación de cobertura COBRA bajo este Plan;
- usted o un dependiente se convierte en derecho a Medicare después de elegir COBRA;
- Ya no te obstinas en deshabilitará durante su periodo de cobertura de hasta 29 meses (pérdida de sus beneficios de Seguro Social); o
- Si este fondo deja de ofrecer cobertura para todos sus participantes.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la continuación de cobertura a través de COBRA, póngase en contacto con la oficina administrativa más abajo.

Oficina administrativa  
Fox Valley trabajadores salud y fondo de bienestar  
2371 Bowes Road, Suite 500  
Elgin, Illinois 60123-5523  
1-847-742-0900 o llame gratis al 1-866-828-0900

Para obtener más información acerca de sus derechos bajo el empleado retiro ingresos Security Act (ERISA), incluyendo COBRA, la protección al paciente y Affordable Care Act y otras leyes que afectan a planes de salud colectivos, póngase en contacto con el Regional más cercana o la oficina del distrito del Departamento de trabajo empleado beneficios seguridad administración (EBSA) de en su área o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y números de teléfono de distrito EBSA las oficinas regionales y están disponibles a través de la Página Web de EBSA). Para obtener más información sobre el mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

### **Mantener tu Plan informado de los cambios de dirección**

Para proteger los derechos de su familia, saber la oficina administrativa (ver arriba para información de contacto) acerca de cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe tener una copia para sus registros, de todos los avisos que envía a la oficina administrativa.