

**CEMENT MASONS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND  
FOR NORTHERN CALIFORNIA  
220 CAMPUS LANE  
FAIRFIELD, CALIFORNIA 94585-1499  
TELÉFONO: (707) 864-3300 Ó GRATUITAMENTE (888) 245-5005**

**NOTIFICACIÓN IMPORTANTE RESPECTO A SU PLAN DE SALUD Y BIENESTAR**

**A: LOS ALBAÑILES DEL CEMENTO RETIRADOS ELEGIBLES PARA LOS BENEFICIOS DE SALUD Y BIENESTAR**

Como podrán saber, la ley federal conocida como Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus iniciales en inglés) le da a usted y a sus dependientes elegibles un período de inscripción especial para inscribirse en el Plan de Salud y Bienestar en ciertas circunstancias si difiere o termina su cobertura. Estas circunstancias son como sigue:

- Si difiere o termina la cobertura para usted o su cónyuge dependiente debido a que tiene otro seguro de salud (incluso la continuación de la cobertura de acuerdo a la Ley COBRA con los beneficios del Plan Activo), podrán inscribirse usted y sus dependientes elegibles en este plan en el futuro, siempre y cuando soliciten la inscripción dentro de los 31 días siguientes de que termine su otra cobertura.
- Si tiene un nuevo dependiente elegible como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted y su dependiente recién elegible siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días siguientes del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si tiene alguna pregunta sobre los períodos de inscripción especial del Plan, por favor pónganse en contacto con la Oficina del Fondo al (707) 864-3300 ó gratuitamente al (888) 245-5005. Esta notificación es parte del folleto de la Descripción Resumida del Plan y deberá guardarse con ese folleto.

**CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS**

**FEBRERO DE 2001  
INSERTO #1 AL FOLLETO DE 4/1/00**

Esta notificación tiene por objeto ser un resumen breve de las disposiciones selectas del Plan. Como tal, no podrá cubrir todos los aspectos que rigen el pago de los beneficios del Plan. Para entender más plenamente su derecho a los beneficios, derechos y obligaciones consulte el folleto de la Descripción Resumida del Plan y el documento del Plan.

**-PONGA ESTE INSERTO EN SU FOLLETO DE SALUD Y BIENESTAR-**