

## **BORGWARNER INC.**

### MODELO DE DESCRIPCIÓN RESUMIDA DE UN PLAN CON CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES\*

Cuidado de dependientes

**FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 1 de enero de 2019**

FSA007  
3207248

Este documento impreso en enero de 2019 reemplaza a cualquier otro documento que le hayan emitido previamente con la descripción de sus beneficios.

\* Aviso para empleadores: Este documento es un modelo de Descripción resumida de un plan con Cuenta de gastos flexibles. Asegúrese de revisar el documento con su propio asesor jurídico para tener la certeza de que responde a sus necesidades.

El Código de Impuestos Internos impone determinadas obligaciones al patrocinador del plan que deben revisarse con su asesor. Este documento es un modelo y solo una parte de la documentación necesaria para cumplir con sus requisitos en virtud de las reglamentaciones federales.

Impreso en EE. UU.



# Índice

<b>Breve descripción de su Cuenta de gastos flexibles (FSA)</b> .....	<b>4</b>
<b>Acercas de esta Descripción resumida del plan</b> .....	<b>5</b>
<b>Con quién comunicarse</b> .....	<b>5</b>
<b>Quiénes cumplen con los requisitos</b> .....	<b>5</b>
<b>Inscripción</b> .....	<b>5</b>
<b>Costo y aportes</b> .....	<b>6</b>
<b>Cuenta de reembolso para el cuidado de dependientes</b> .....	<b>7</b>
<b>Reclamos de reembolso</b> .....	<b>9</b>
<b>Cómo apelar una denegación de reembolso</b> .....	<b>10</b>
<b>Información administrativa</b> .....	<b>10</b>
<b>Información sobre la administración del plan</b> .....	<b>10</b>
<b>Definiciones</b> .....	<b>11</b>

<b>Breve descripción de su Cuenta de gastos flexibles (FSA)</b>	
<b>Fecha de inicio de mi FSA:</b>	<b>1 de enero de 2019</b>
<b>Fecha de finalización de mi FSA:</b>	<b>31 de diciembre de 2019</b>
<b>Año del plan:</b>	<b>Calendario</b>
<b>Fecha de mi primer aporte:</b>	<b>1 de enero de 2019</b>
<b>¿Con qué frecuencia se deducirán aportes de mi pago?</b>	<b>Semanalmente</b>
<b>¿Cuál es la cantidad máxima que puedo aportar a mi FSA?</b>	<b>\$5,000</b>
<b>¿Cuál es la última fecha en que puedo enviar reclamos de reembolso a Cigna?</b>	<b>Para que los reclamos se reembolsen con fondos de su FSA, Cigna debe recibir los reclamos dentro de los 90 días siguientes a la Fecha de finalización de mi FSA.</b>
<b>¿Con qué frecuencia se harán los pagos?</b>	<b>Todos los días</b>
<b>¿Qué puedo hacer para que me paguen más rápido?</b>	<b>Si se inscribe en el Depósito directo, recibirá sus pagos más rápido. Para inscribirse en esta opción, visite <a href="http://www.myCigna.com">www.myCigna.com</a>.</b>
<b>¿Qué puede pagar mi FSA de cuidado de dependientes?</b>	<b>Una Cuenta de gastos flexibles de cuidado de dependientes usa sus Aportes antes de impuestos para cubrir gastos de cuidado de dependientes (generalmente, cuidado de niños). Los Dependientes que cumplen con los requisitos incluyen los niños menores de 13 años y un Cónyuge u otro Dependiente que tiene una discapacidad física o mental que le impide cuidar de sí mismo.</b>

## Acerca de esta Descripción resumida del plan

Esta es la Descripción resumida del plan (SPD, por sus siglas en inglés) correspondiente al plan con Cuenta de gastos flexibles de cuidado de dependientes de BORGWARNER INC. (en adelante denominada su Empleador), denominado el Plan o el plan con FSA de cuidado de dependientes. Esta SPD también es el documento del plan con FSA de cuidado de dependientes.

Una Cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés), también conocida como acuerdo de gastos flexibles, es una cuenta financiera con ventajas fiscales establecida por su empleador. Una FSA le permite reservar una parte de sus ingresos para pagar los gastos calificados establecidos en el Plan. El dinero que se deduce de su pago y se deposita en una FSA no está sujeto a impuestos sobre el salario, lo que genera ahorros de impuestos.

Se le notificará acerca de cualquier cambio en la FSA de cuidado de dependientes mediante actualizaciones de la SPD o anuncios. Si tiene alguna pregunta sobre el Plan, consulte la información incluida en la sección “Con quién comunicarse”.

### Explicación de términos

En su SPD, encontrará términos escritos con mayúscula inicial. Para ayudarle a entender sus beneficios, la mayoría de estos términos se encuentran explicados en la sección “Definiciones” de su SPD.

HC-FSA2

vi

## Con quién comunicarse

Para obtener más información sobre los temas mencionados a continuación, comuníquese con el administrador de su plan:

- Quiénes cumplen con los requisitos
- Inscripción
- Aportes salariales
- Cambios en su situación de vida
- Continuación en virtud de COBRA
- Gastos cubiertos
- Reclamos (llame al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o al 1-800-Cigna24)

HC-FSA3

## Quiénes cumplen con los requisitos

La inscripción en una Cuenta de gastos flexibles (FSA) es opcional. El Plan no le brinda cobertura automáticamente.

Usted cumple con los requisitos para inscribirse en la FSA si es un empleado a tiempo completo no temporario de su Empleador, sus divisiones o subsidiarias en los Estados Unidos. Comuníquese con el administrador de su plan para conocer más detalles.

HC-FSA4

## Inscripción

### Cuándo y cómo puede inscribirse

Hay períodos limitados (que se describen a continuación) en los que puede elegir si desea o no participar en el Plan. No puede cambiar su decisión acerca de la inscripción ni su cantidad de cobertura hasta el siguiente período de inscripción anual, a menos que se produzca un Cambio en su situación de vida, como se describe abajo.

### Si empezó a cumplir con los requisitos recientemente

Tiene 30 días desde la fecha en que empieza a cumplir con los requisitos (por contratación, recontractación o un cambio en su situación laboral) para inscribirse en la FSA. Si se inscribe:

- La cobertura de su Plan comienza en la fecha que se inscribe y se mantiene en vigor durante el resto del Año del plan.
- La cantidad que elija aportar se dividirá por la cantidad de períodos de pago restantes en el año. Su Empleador empezará a deducir Aportes antes de impuestos de su pago en el primer salario que se procese después de su inscripción.
- Solo los Gastos cubiertos en los que incurra a partir de la fecha en que comience su cobertura cumplirán los requisitos para ser reembolsables con fondos de su FSA.

### Durante el Período de inscripción anual

Si cumple con los requisitos, puede inscribirse en la FSA durante el período de inscripción anual. Se le informará cómo inscribirse antes de que empiece el período de inscripción. Si se inscribe:

- La cobertura de su Plan empieza al comienzo del siguiente Año del plan y se mantiene en vigor durante todo el Año del plan.
- La cantidad que elija aportar se dividirá por la cantidad de períodos de pago del año. Su Empleador empezará a deducir sus Aportes antes de impuestos de su pago en el primer salario del Año del plan.
- Solo los Gastos cubiertos en los que incurra durante el Año del plan cumplirán los requisitos para ser reembolsables con fondos de su FSA.

### Cuando se produzca un Cambio en su situación de vida

Podrá cambiar sus elecciones acerca de la inscripción durante un Año del plan si se produce un Cambio en su situación de vida.

Tiene 30 días después de un Cambio en su situación de vida para inscribirse en la FSA si la inscripción refleja el hecho que produjo un Cambio en su situación de vida, y está Trabajando activamente cuando opta por inscribirse. Dicho de otro modo, solo podrá cambiar su elección si el Cambio en su situación de vida hace que usted, su Cónyuge o su hijo empiecen a cumplir con los requisitos para tener cobertura de este u otro plan, o dejen de cumplir con tales requisitos. El cambio en la elección debe corresponderse con la naturaleza del cambio de situación.

Para agregar o eliminar cobertura, notifique a su Empleador. Complete los requisitos de inscripción, lo que incluye proporcionar la evidencia correspondiente y pagar los aportes requeridos dentro de los 30 días siguientes al hecho que produjo un Cambio en su situación de vida. El administrador del plan tendrá discreción para determinar si los cambios reflejan el hecho en cuestión y también determinará qué información se requerirá para proporcionar evidencia de cualquier cambio en la situación. Si no cumple con el plazo de 30 días, no podrá inscribirse en la FSA hasta el siguiente período de inscripción anual.

Si se inscribe:

- La cobertura de su Plan comienza en la fecha del Cambio en su situación de vida o la fecha en que informe al Plan al respecto, lo que suceda más tarde.
- La cantidad que elija aportar se dividirá por la cantidad de períodos de pago restantes en el año. Su Empleador empezará a deducir Aportes antes de impuestos de su pago con el siguiente ciclo de pago disponible después de que complete su inscripción.
- Solo los Gastos cubiertos en los que incurra a partir de la fecha en que comience su cobertura cumplirán los requisitos para ser reembolsables con fondos de su FSA.

HC-FSA5

VI

## Costo y aportes

### Costo

Por lo general, usted paga el costo total de la FSA de cuidado de dependientes. Estos aportes están libres del impuesto sobre el ingreso y de los impuestos del Seguro Social federales, además de la mayoría de los impuestos estatales y locales. Los aportes se deducen de su pago y se depositan en un fondo fiduciario que mantiene los aportes de las FSA de cuidado de dependientes. Su Empleador puede aportar a su FSA, pero en la mayoría de los casos la FSA se financia únicamente con Aportes antes de impuestos cada período de pago, a través de deducciones salariales. Por lo general, su Empleador no hace ningún aporte a su FSA de cuidado de dependientes.

Los gastos administrativos de la FSA de cuidado de dependientes son pagados por BORGWARNER INC., y

también se utilizan los aportes que los participantes pierden por la regla de “lo usa o lo pierde”. Consulte la sección “Definiciones” para obtener más información.

### Cuánto puede aportar

La cantidad que puede aportar a su FSA de cuidado de dependientes es limitada para cada Año del plan. Consulte la sección “Breve descripción de su Cuenta de gastos flexibles (FSA)” de este documento para ver su cantidad máxima de aporte.

### Aportes en exceso: regla de “lo usa o lo pierde”

Si queda un saldo en su cuenta después de procesados los reembolsos del Año del plan, perderá esta cantidad. Es una regla de “lo usa o lo pierde” impuesta por el IRS. Establece que usted perderá toda suma de dinero que quede en su FSA de cuidado de dependientes una vez que haya recibido el reembolso de todos los Gastos cubiertos reclamados oportunamente incurridos durante el Año del plan. Para evitar perder cualquier saldo restante en su FSA, todos los reclamos deben ser recibidos por Cigna, a más tardar, en la fecha identificada en la sección titulada “Breve descripción de su Cuenta de gastos flexibles (FSA)” como la última fecha para presentar reclamos a Cigna.

### Cuándo hace aportes

Su Empleador deduce su aporte al Plan de su pago en cada período de pago. Estos son Aportes antes de impuestos. Su Empleador acredita las cantidades deducidas en su FSA de cuidado de dependientes durante el transcurso del Año del plan. Así es como se calculan las cantidades de las deducciones:

Si se inscribe durante el período de inscripción anual, la cantidad que elija aportar para un Año del plan se dividirá por la cantidad de períodos de pago en el Año del plan. Su primer aporte se hará en la fecha identificada en la sección titulada “Breve descripción de su FSA” y continuará en cada período de pago durante el resto del Año del plan.

Si se inscribe después del comienzo de un Año del plan, la cantidad que elija aportar para un Año del plan se dividirá por la cantidad de períodos de pago restantes en el Año del plan.

### Cuándo finalizan sus aportes

Su derecho a aportar a su FSA finalizará cuando:

- Cancele su cobertura, si puede hacerlo por un Cambio en su situación de vida;
- Adquiera la condición de empleado que no cumple con los requisitos;
- Finalice su relación laboral con BORGWARNER INC. (inclusive por jubilación), y usted rechace la continuación de la cobertura en virtud de la ley federal (p. ej., COBRA);
- No haga los aportes mensuales necesarios en virtud de COBRA a su FSA;

- Usted muera; o
- Su Empleador ponga fin al Plan.

Usted o sus Dependientes cubiertos podrán seguir presentando reclamos para el reembolso de los Gastos cubiertos en los que incurra antes de la fecha en que finalicen sus aportes. Cigna debe recibir esos reclamos, a más tardar, dentro del plazo identificado en la página titulada Breve descripción de su Cuenta de gastos flexibles.

### **Efecto de los aportes a la FSA de cuidado de dependientes en otros planes**

Sus aportes a la FSA de cuidado de dependientes no afectarán otros beneficios relacionados con el pago, como los planes 401(k), los seguros de vida y los ingresos por incapacidad porque sus “ingresos que cumplen con los requisitos” para esos planes de beneficios se calculan ANTES de la reducción de su salario.

### **Efecto de los aportes a la FSA de cuidado de dependientes en el Seguro Social**

Los aportes a su FSA de cuidado de dependientes reducirán la cantidad que pague en impuestos del Seguro Social, por lo que sus futuros beneficios del Seguro Social pueden verse ligeramente reducidos.

HC-FSA6

V3

## **Cuenta de reembolso para el cuidado de dependientes**

El plan de reembolso para el cuidado de dependientes le permite obtener un reembolso de sus gastos de cuidado de dependientes con dinero antes de impuestos.

### **Gastos de cuidado de dependientes que cumplen con los requisitos**

Los gastos de cuidado de dependientes son reembolsables si cumplen con todos los requisitos establecidos para dichos gastos en las Secciones 129 y 21 del Código del IRS. En general, esos requisitos son los siguientes:

- Los gastos deben ser necesarios para permitirle trabajar. Si está casado, su Cónyuge también debe trabajar, ser estudiante de tiempo completo en una organización educativa calificada durante cada uno de los cinco meses calendario del año fiscal o tener una discapacidad física o mental.
- Debe mantener un hogar que incluya entre sus miembros a un Cónyuge con una discapacidad física o mental, un dependiente menor de 13 años o dependientes con una discapacidad física o mental que no puedan cuidar de sí mismos. Deben cumplir con los requisitos para aparecer como dependientes en su

declaración de impuestos federal.

- Los gastos deben corresponder a servicios domésticos calificados o al cuidado del Dependiente o Cónyuge cubierto que reúne los requisitos.
- Si los gastos corresponden a una guardería infantil que cuida de más de seis personas, esta debe cumplir con todas las leyes estatales y locales.
- Los pagos no pueden hacerse a una persona que usted declare como dependiente en su declaración del impuesto sobre el ingreso federal ni a sus hijos menores de 19 años. Sin embargo, los pagos pueden hacerse a un familiar que no sea un dependiente, aunque viva en su hogar.

### **Su decisión sobre el depósito**

Si opta por participar en el plan con Cuenta de reembolso para el cuidado de dependientes, la cantidad anual máxima que puede elegir depositar es \$5,000 (\$2,500 si está casado pero presenta las declaraciones de impuestos por separado) o los ingresos percibidos por usted o su Cónyuge, los que sean menores. La cantidad anual mínima que puede elegir depositar es \$130.

La cantidad anual que elija que se deposite en su Cuenta de reembolso para el cuidado de dependientes a través de reducciones salariales se deducirá de su pago a lo largo del año en cantidades iguales por período de pago.

### **Limitaciones de la Cuenta de reembolso para el cuidado de dependientes**

El reembolso de los gastos detallados solo se hará si el reembolso no se hace a través de ningún otro plan de salud, póliza de seguro o plan de beneficios que le brinde cobertura a usted, su Cónyuge o sus dependientes.

El reembolso de los gastos detallados solo se hará para los gastos de cuidado de dependientes que cumplan con los requisitos incurridos durante el año y los 2 meses y medio siguientes (y, en el caso de los empleados nuevos, solo durante la parte del año siguiente al inicio de su participación).

La cantidad total del reembolso que recibirá de la Cuenta de reembolso para el cuidado de dependientes no deberá superar la cantidad depositada en su cuenta al momento del reembolso.

### **Al final del año**

La cantidad total del depósito que haya designado para el año solo podrá usarse para reembolsar los gastos incurridos durante ese año y los 2 meses y medio siguientes al final del Año del plan.

Todos los reclamos que soliciten el reembolso de estos gastos deben ser recibidos por Cigna, a más tardar, en la fecha identificada en la sección titulada “Breve descripción de su FSA” como la última fecha para presentar reclamos a Cigna.

Perderá cualquier saldo que quede en su cuenta después de procesados los reembolsos del año.

**Los reembolsos afectan su elegibilidad para el crédito por cuidado de dependientes**

No podrá reclamar un crédito del impuesto sobre el ingreso federal por ningún gasto de cuidado de dependientes reembolsado en virtud de este plan. En algunos casos, especialmente para los empleados incluidos en escalas fiscales más bajas o que tienen grandes cantidades de deducciones de otros impuestos, puede ser más conveniente reclamar el crédito fiscal por dichos gastos en lugar de optar por el reembolso de esos gastos a través de reducciones del salario. Debe consultar a su asesor fiscal si considera que esta alternativa puede aplicarse a su caso.



## Reclamos de reembolso

### Cómo presentar un reclamo de reembolso

Puede visitar [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com) para usar el formulario de Solicitud de reembolso en línea o descargar un formulario de reclamo de FSA. Se deben seguir los pasos generales indicados a continuación para presentar un reclamo de reembolso:

Complete toda la parte del formulario de reclamo de reembolso correspondiente al empleado. Responda todas las preguntas, aunque la respuesta sea “ninguno/a” o “N/A” (no se aplica).

Adjunte toda la documentación necesaria de gastos al formulario de reclamo de reembolso.

Cuando presente reclamos para gastos de cuidado de dependientes, deberá proporcionar una declaración escrita de un tercero independiente que corrobore la realización del gasto y la cantidad, una declaración escrita que indique si el gasto fue reembolsado o no es reembolsable en virtud de la cobertura de otro plan, y una declaración escrita que indique que la cantidad no se reclamará como deducción de impuestos.

Si presenta reclamos en papel, debe presentarlos para cada persona. No abra ni engrame diferentes reclamos. Si se necesita información adicional para procesar su reclamo, se le notificará. Si recibe una carta acerca de su reclamo, debe completar y enviar rápidamente la carta con los adjuntos solicitados a fin de acelerar el procesamiento del reclamo. El reclamo se rechazará por falta de información necesaria si la información solicitada en la carta no se suministra dentro de los cuarenta y cinco (45) días. Si presenta la información solicitada después del período de 45 días, se considerará una nueva presentación del reclamo.

Envíe la información completa a:

Cigna HealthCare  
Post Office Box 182223  
Chattanooga, TN 37422-7223  
O envíela por fax a: 423-553-8953

Si tiene preguntas sobre su reclamo, llame al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o al 1-800-Cigna24.

El reembolso de su cuenta de gastos de dependientes se hará por hasta la cantidad depositada en su cuenta al momento del reembolso. Todos los reclamos se procesarán y pagarán según lo identificado en la sección titulada “Breve descripción de su Cuenta de gastos flexibles (FSA)”. Tenga en cuenta que Cigna solo puede recibir reclamos durante el horario de atención habitual. Los reclamos presentados fuera del horario de atención se registran como recibidos el siguiente día hábil.

Todas las solicitudes de beneficios podrán presentarse en cualquier momento durante el año y dentro del periodo de 3 meses inmediatamente siguiente al final del año.

### Procedimientos de determinación de reclamos

El administrador de reclamos le proporcionará una notificación de la determinación del reclamo dentro de un plazo razonable, pero, a más tardar, 30 días después de la recepción del reclamo. Si el plan solicita información adicional, este plazo se prolongará hasta que el plan reciba la información solicitada. El plan también puede solicitar una extensión de 15 días si fuera necesario por cuestiones ajenas a su control y se le notifica dentro del plazo de 30 días.

Si su reclamo es rechazado, en todo o en parte, la notificación incluirá:

- El/los motivo(s) específico(s) del rechazo.
- Referencias a las disposiciones del Plan sobre las cuales se basa el rechazo.
- Una descripción de la información o el material adicional necesarios para aprobar su reclamo, y una explicación de por qué es necesario ese material o esa información.
- Una descripción de los procedimientos del Plan para apelar la decisión.
- Una declaración que indique que puede solicitar una copia, sin cargo, de cualquier norma interna, pauta, protocolo u otro criterio similar que se haya tenido en cuenta al rechazar su reclamo.

### Cuándo se pagan los reclamos

Una vez que se apruebe un reclamo de la FSA de cuidado de dependientes, se emitirá un cheque de pago.

Los pagos de la FSA de cuidado de dependientes siempre se le hacen a usted y no pueden hacerse directamente al proveedor de servicios.

La cantidad total del reembolso que recibirá por los reclamos de cuidado de dependientes no deberá superar la cantidad depositada en su Cuenta de reembolso para el cuidado de dependientes al momento del reembolso.

### Fecha límite para presentar reclamos

Debe presentar los reclamos de la FSA por los Gastos cubiertos incurridos durante un Año del plan antes de la fecha identificada en la sección titulada “Breve descripción de su Cuenta de gastos flexibles (FSA)” como la última fecha para presentar reclamos a Cigna dentro del año siguiente. Los reclamos recibidos después de esa fecha NO se procesarán.

Los reclamos por gastos incurridos durante los 2 meses y medio (exactamente 77 días) siguientes a la fecha de finalización de su FSA deben presentarse, a más tardar, 120 días después de la fecha de finalización de su FSA. Consulte la sección titulada “Breve descripción de su Cuenta de gastos flexibles (FSA)” para obtener información adicional.

En virtud de la regla de “lo usa o lo pierde” del IRS, perderá los fondos que queden en su FSA después del pago de todos los reclamos presentados oportunamente por los gastos en que incurra durante el Año del plan.

### Estados de cuenta de la FSA

Usted recibirá una explicación escrita por cada pago de la FSA de cuidado de dependientes realizado de su cuenta. La explicación mostrará la cantidad pagada y su saldo de cuenta actualizado.

Recibirá copias en papel, a menos que indique una preferencia en [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com) para recibir estas explicaciones únicamente mediante entrega en línea.

### Estados de cuenta de la FSA en línea: estado de cuenta de reclamos y saldos

Usted puede personalizar sus estados de cuenta de atención médica en línea según sus preferencias, como también acceder a ellos. Simplemente siga estos sencillos pasos:

- Visite [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com).
- Elija la pestaña *Manage Claims & Balances* (Administrar reclamos y saldos).
- Del menú desplegable, elija *Claims & Balances Statement* (Estado de cuenta de reclamos y saldos).
- Personalice las opciones como desee.
- Cree el informe.

HC-FSA15

## Cómo apelar una denegación de reembolso

Si denegamos su solicitud de reembolso de un servicio, puede apelar nuestra decisión. Usted o su representante autorizado pueden iniciar el procedimiento de apelación.

### Procedimiento de apelación

Para iniciar una apelación, debe presentar una solicitud de apelación por escrito a Cigna dentro de los 180 días de la recepción de una notificación de denegación. En dicha solicitud, debe indicar el motivo por el cual cree que se debería aprobar su apelación e incluir cualquier información que respalde su apelación. Si no puede escribir o decide no hacerlo, puede solicitar a Cigna que registre su apelación por teléfono llamando al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios, explicación de beneficios o formulario de reclamo. Su apelación será revisada, y una persona no involucrada en la decisión inicial decidirá la cuestión. Le comunicaremos nuestra decisión por escrito dentro de los 60 días calendario posteriores a que recibamos la apelación correspondiente a una determinación de reembolso. En caso de necesitar más tiempo o información para realizar la determinación, le notificaremos por escrito para solicitarle una

prórroga de hasta 15 días calendario y especificar la información adicional necesaria para completar la revisión.

HC-FSA11

## Información administrativa

### Continuación de la cobertura opcional

En la medida que así lo establezca la ley federal, usted podrá continuar la cobertura en virtud de la FSA de cuidado de dependientes aun después de la finalización de su relación laboral. Sin embargo, para esa cobertura deberá seguir haciendo los depósitos que eligió después de impuestos.

### Si tiene preguntas

Si tiene alguna pregunta acerca de la continuación de la cobertura, debe comunicarse con el administrador de su plan.

HC-FSA12

V1

## Información sobre la administración del plan

La FSA de cuidado de dependientes es financiada por sus Aportes antes de impuestos al Plan a través de reducciones de su salario. Los Aportes al Plan se depositan en un fondo fiduciario y se usan para pagar Gastos cubiertos. Los fondos que se hayan perdido se usarán para pagar los costos administrativos del Plan. La Cuenta de gastos flexibles no es un contrato de seguro.

### Discreción del administrador del plan y el administrador de reclamos

El administrador del plan tiene exclusiva discreción para determinar cualquier cuestión relativa al cumplimiento con los requisitos/las elecciones, cualquier cuestión que no se refiera claramente al cumplimiento con los requisitos/las elecciones o cuestiones sobre la cobertura/los beneficios, y cualquier cuestión que surja en relación con una solicitud de revisión voluntaria de una decisión de cobertura/beneficios. El administrador del plan tiene autoridad para interpretar las disposiciones del Plan relativas a dichas cuestiones, incluidos los términos ambiguos y controvertidos, y para hacer cualquier determinación de hecho relacionada. Las determinaciones e interpretaciones del administrador del plan sobre estas cuestiones son definitivas y vinculantes para todas las partes.

El administrador del plan delega al administrador de reclamos la autoridad discrecional para interpretar y aplicar los términos del Plan, y para hacer todas las determinaciones de hecho en relación con su revisión de las cuestiones vinculadas

con la cobertura/los beneficios en virtud del Plan. El administrador de reclamos tiene autoridad para interpretar las disposiciones del Plan relativas a cuestiones vinculadas con la cobertura/los beneficios, incluidos los términos ambiguos y controvertidos, y para hacer cualquier determinación de hecho relacionada. Las determinaciones e interpretaciones del administrador de reclamos sobre estas cuestiones son definitivas y vinculantes para todas las partes, salvo en casos que involucren una solicitud presentada al administrador del plan para la revisión voluntaria de una decisión de cobertura/beneficios.

### **Modificación, suspensión y finalización del Plan**

BORGWARNER INC. se reserva el derecho de modificar, suspender o finalizar el Plan en cualquier momento. Su cobertura o sus beneficios durante su relación laboral o después de la jubilación pueden modificarse o finalizar como resultado de ese cambio. Ninguna modificación o finalización del Plan afectará sus derechos o los de sus Dependientes cubiertos en relación con los Gastos cubiertos en los que incurra mientras el Plan siga vigente.

### **Modificaciones del plan**

El Plan podrá ser modificado en cualquier momento mediante un documento escrito firmado por cualquier directivo debidamente autorizado de BORGWARNER INC.

HC-FSA13

V2

## **Definiciones**

Los siguientes son algunos términos importantes. Aparecen escritos con mayúscula en este documento.

### **Trabajando activamente**

Se considera que está Trabajando activamente:

- Si está realizando las tareas regulares de su trabajo, en horarios programados regularmente, en cualquiera de los días laborales reglamentarios de su Empleador, ya sea en el lugar de trabajo de su Empleador, en su hogar o en algún otro lugar al cual deba viajar por cuestiones relativas al negocio de su Empleador;
- Un día que no sea uno de los días laborales reglamentarios de su Empleador si hubiese estado trabajando el día laboral reglamentario anterior;
- Si está recibiendo beneficios del Plan por incapacidad a corto plazo de su Empleador; o
- Si se encuentra en una licencia aprobada, con o sin goce de sueldo, salvo que se trate de una licencia por Incapacidad a largo plazo.

### **Unión civil**

Una relación formal reconocida por la ley en algunos estados, pero no en virtud de la ley federal, que les da a las parejas del mismo género derechos y responsabilidades similares a los de un matrimonio. La ley estatal impone requisitos y condiciones que usted debe cumplir para tener una Unión civil válida.

### **Frecuencia de los aportes**

La periodicidad con la que su Empleador recauda sus aportes para su cuenta FSA.

### **Dependientes cubiertos**

Las personas que se describen como Dependientes cubiertos en la sección titulada “Gastos de cuidado de dependientes que cumplen con los requisitos”.

### **Gastos cubiertos**

Los gastos que cumplen con los requisitos para el reembolso en virtud de la FSA, según se describe en la sección titulada “Gastos de cuidado de dependientes que cumplen con los requisitos”.

### **Pareja de hecho**

Una persona que tiene una relación con un empleado de BORGWARNER INC. en virtud de la cual cumple con los criterios para considerarse una pareja de hecho, documentada en una “Declaración jurada de Pareja de hecho” que consta en los archivos de BORGWARNER INC.

### **Empleador**

Cualquier sociedad u otra entidad comercial de propiedad de BORGWARNER INC. que participa en el programa de beneficios de BORGWARNER INC.

### **Licencia FMLA**

Una licencia en virtud de la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos (FMLA, por sus siglas en inglés).

### **Saldo de la FSA**

La cobertura máxima elegida para su FSA para el año del plan, menos la cantidad total de reclamos pagados.

### **Cambio en su situación de vida**

Un término definido de conformidad con las reglas del IRS que describe cuándo se le puede permitir cambiar sus elecciones de la FSA, más allá del período de inscripción anual. Puede hacer cambios en sus elecciones si se produce un Cambio en su situación de vida, y el cambio en la elección de beneficios que desea hacer refleja el hecho que produjo un Cambio en su situación de vida. Los hechos que producen un Cambio en su situación de vida son los siguientes:

- Usted se casa, se divorcia, recibe una anulación o una separación legal.
- Tiene un hijo, adopta un hijo o asume la tutela legal de un menor.
- Su Cónyuge, pareja o hijo muere.

- Su relación laboral, o la de sus Dependientes cubiertos, comienza o finaliza.
- Usted o su Dependiente cubierto cambian su lugar de trabajo o residencia por un lugar ubicado fuera del área de servicio de su plan médico, experimentan una reducción o un aumento de las horas de empleo (lo que incluye pasar de trabajar a tiempo completo a trabajar a tiempo parcial), comienzan o finalizan una licencia sin goce de sueldo, una huelga o un cierre patronal.
- Su Dependiente cubierto cumple o deja de cumplir con los requisitos para tener la condición de Dependiente cubierto por alcanzar cierta edad, tener dependencia financiera o cualquier circunstancia similar.

Si su cambio se debe al Cambio en su situación de vida y se corresponde con él, puede elegir o cancelar la cobertura, o cambiar sus aportes a una FSA.

### **Pareja**

La persona con la que tiene un acuerdo de Pareja de hecho, Unión civil o matrimonio del mismo género que es reconocido por ley en el estado donde vive.

### **Año del plan**

El periodo de 12 meses identificado en la sección titulada “Breve descripción de su FSA”.

### **Aportes antes de impuestos**

Depósitos a la FSA que se deducen de su sueldo antes de la retención del impuesto federal sobre el ingreso, los impuestos del Seguro Social y, en la mayoría de los casos, los impuestos sobre el ingreso estatales y locales.

### **Cónyuge**

Su Cónyuge legal, según lo reconocido por la ley estatal y federal.

### **Fecha de finalización de la relación laboral**

La fecha en que finaliza oficialmente su relación laboral con BORGWARNER INC. (por lo general, su último día de trabajo en BORGWARNER INC.).

### **Regla de “lo usa o lo pierde”**

Una regla del IRS que exige que los Aportes antes de impuestos a los planes se usen para cubrir los Gastos cubiertos incurridos durante el Año del plan en virtud de una FSA o, de lo contrario, se pierdan. Los Aportes antes de impuestos no utilizados no pueden transferirse de un año a otro, ni se le pueden devolver a usted.