

BORGWARNER INC.

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

Cuidado de la salud

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 1 de enero de 2019

FSA008
3207248

Este documento impreso en febrero 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.

La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación (ERISA, por sus siglas en inglés) y el Código de Impuestos Internos imponen 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

Breve descripción de su Cuenta de gastos flexibles (FSA)	4
Acercas de esta Descripción resumida del plan	5
Con quién comunicarse	5
Quiénes cumplen con los requisitos	5
Inscripción	5
Costo y aportes	6
Gastos cubiertos	7
Coordinación con su opción de plan médico	8
Reclamos de reembolso	8
Cómo apelar una denegación de reembolso	11
Información administrativa	11
Información sobre la administración del plan	12
Definiciones	14

Breve descripción de su Cuenta de gastos flexibles (FSA)	
Fecha de inicio de mi FSA:	1 de enero de 2019
Fecha de finalización de mi FSA:	31 de diciembre de 2019
Año del plan:	Calendario
Fecha de mi primer aporte:	1 de enero de 2019
¿Con qué frecuencia se deducirán aportes de mi pago?	Semanalmente
¿Cuál es la cantidad máxima que puedo aportar a mi FSA?	\$2,700
¿Cuál es la cantidad máxima que puedo transferir al nuevo Año del plan?	\$500
¿Qué sucederá si no hay actividad en mi cuenta?	Si su Cuenta de gastos flexibles no tiene actividad durante un año completo después del Año del plan anterior, finalizará automáticamente. En ese caso, los fondos no utilizados restantes dejarán de transferirse, y los perderá.
¿Cuál es la última fecha en que puedo enviar reclamos de reembolso a Cigna?	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.
¿Con qué frecuencia se harán los pagos?	Todos los días
¿Cómo configuro mi elección de AutoPay (pago automático)?	Para configurar su elección de AutoPay, visite www.myCigna.com .
¿Cómo hago cambios en mi elección de AutoPay?	Para hacer cambios en su elección de AutoPay, visite www.myCigna.com .
¿Qué puede pagar mi FSA?	Su FSA paga los gastos que cumplen con los requisitos definidos en la Sección 213d del Código del IRS. (Consulte la sección titulada “Gastos cubiertos, Qué gastos están cubiertos” para conocer más detalles).
¿Qué puedo hacer para que me paguen más rápido?	Si se inscribe en el Depósito directo, recibirá sus pagos más rápido. Para inscribirse en esta opción, visite www.myCigna.com .

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 la salud de BORGWARNER INC. (en adelante denominada su Empleador), denominado el Plan o el plan con FSA de cuidado de la salud. Esta SPD también es el documento del plan con FSA de cuidado de la salud.

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, más comúnmente gastos médicos. 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 la salud 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

V1

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.

Si, al final del Año del plan, le quedan fondos que cumplen con los criterios establecidos por su Plan para la Transferencia de fondos (es decir, el saldo de su FSA al final del año es mayor que la cantidad mínima y menor que la cantidad máxima que se puede transferir), se le inscribirá automáticamente en la FSA para el nuevo Año del plan, y su nuevo saldo será igual a la cantidad que se puede transferir según los criterios de su Plan para la Transferencia de fondos. Si ha optado por participar en un plan de salud con deducible alto calificado con una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) para el nuevo Año del plan, y su Plan ofrece la opción de una FSA con fines limitados, su inscripción automática como resultado de la Transferencia de fondos de la FSA se hará en la FSA con fines limitados para el nuevo Año del plan.

Usted tiene derecho a darse de baja de esta Transferencia de fondos. Debe notificar al administrador de su plan antes de que finalice el Año del plan que no desea que se transfieran los fondos de la Cuenta de gastos flexibles no utilizados en el Año del plan. Perderá los fondos no utilizados que queden en su Cuenta de gastos flexibles después de procesados todos los reclamos para ese Año del plan.

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 la salud. 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 la salud. 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 la salud.

Los gastos administrativos de la FSA de cuidado de la salud 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 la salud 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.

Limitaciones de la Cuenta de reembolso de la FSA de cuidado de la salud

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 legal o sus dependientes.

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

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 pierde toda suma de dinero que quede en su FSA de

cuidado de la salud 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.

Aportes en exceso: transferencia de fondos y regla de “lo usa o lo pierde”

Podrá transferir al siguiente Año del plan los fondos no utilizados que queden en su cuenta después de pagados los reembolsos del Año del plan, siempre que los fondos restantes cumplan con los criterios establecidos por su Plan para la Transferencia de fondos (es decir, que el saldo de su FSA al final del año sea mayor que la cantidad mínima y menor que la cantidad máxima que se puede transferir). Perderá los fondos no utilizados que superen la cantidad máxima o no alcancen la cantidad mínima que se puede transferir, y que queden en su cuenta FSA después de procesados todos los reclamos para ese 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 enviar los reclamos para su reembolso.

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 la salud 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.

Aunque haga aportes a su FSA durante el transcurso del Año del plan, la cantidad total que elija aportar para el Año del plan está disponible para el reembolso de Gastos cubiertos al comienzo del Año del plan (o la fecha de entrada en vigor de su participación, si fuera posterior).

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.

Podrá recibir un reembolso por los reclamos de la FSA hasta alcanzar la totalidad del saldo restante en su FSA, aunque sus reclamos superen la cantidad de sus aportes reales a su FSA.

Efecto de los aportes a la FSA de cuidado de la salud en otros planes

Los aportes a su FSA de cuidado de la salud no afectarán otros beneficios relacionados con el pago, como los planes 401(k), el seguro 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 la salud en el Seguro Social

Los aportes a su FSA de cuidado de la salud 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

Gastos cubiertos

Puede usar su FSA para pagar muchos de los tipos de gastos que reúnen los requisitos para una deducción del impuesto sobre el ingreso federal.

No puede solicitar el reembolso de un gasto a través de su FSA y luego deducir el mismo gasto en su declaración del impuesto sobre el ingreso federal (o la declaración del impuesto sobre el ingreso federal de su Cónyuge).

Los gastos de quién pueden cubrirse

Puede usar su FSA para pagar Gastos cubiertos tanto suyos como de sus Dependientes cubiertos.

Sus Dependientes cubiertos incluyen:

- Su Cónyuge legal;
- Su hijo, que incluye a su hijo natural o adoptado legalmente; un niño que usted haya recibido en tutela para la adopción; y su hijastro (es decir, el hijo natural de su

actual Cónyuge legal o adoptado legalmente por este), pero solo si el hijo tiene menos de 26 años; y

- Cualquier otro hijo o familiar calificado que pueda declarar como dependiente a los fines del impuesto sobre el ingreso federal.

Como la FSA de cuidado de la salud está sujeta a las normas relativas a impuestos federales, la ley federal determina quiénes pueden ser sus Dependientes cubiertos— y recibir cobertura para sus gastos— en virtud del Plan.

Qué gastos están cubiertos

Los Gastos cubiertos en virtud de la FSA de cuidado de la salud incluyen los gastos de atención médica definidos en la Sección 213 del Código del IRS. La siguiente lista incluye algunos de los gastos que cumplen con los requisitos más comunes. Para obtener información adicional, consulte la Publicación 502 del IRS, visite el sitio web del IRS en <http://www.irs.gov> o visite www.cigna.com/expenses.

- Todos los Deducibles, Coseguros y Copagos que se le cobran a una persona (que no sean primas ni aportes salariales) en virtud de cualquier plan médico o dental
- Todos los Coseguros y Copagos que se le cobran a una persona por medicamentos con receta
- Todos los gastos que cobra un médico o dentista con licencia por el tratamiento de un caso médico brindado en el consultorio del médico o dentista, en un hospital, en el hogar de la persona o en el lugar de un accidente, y que no hayan sido pagados por el seguro
- Exámenes físicos de rutina
- Vacunas
- Suministros relacionados con la vista (p. ej., anteojos, lentes de contacto y suministros).

La siguiente es una lista de algunos de los artículos más comunes que requieren una carta de necesidad médica (o receta) que demuestre que se usarán para el tratamiento de una enfermedad o afección médica:

- Masajes
- Programa de acondicionamiento físico, membresía en un gimnasio o equipos para hacer ejercicio
- Tratamientos de salud alternativos.

Medicamentos, medicinas y suministros médicos de venta sin receta

Medicamentos y medicinas de venta sin receta

Los medicamentos y las medicinas de venta sin receta (que no sean insulina) son reembolsables a través de una FSA de cuidado de la salud SOLO SI un médico receta el medicamento o la medicina, y se presenta un recibo detallado.

Por ejemplo, el costo de los analgésicos, como aspirina o acetaminofeno, jarabe para la tos, medicinas para la alergia y antiácidos, que compra es reembolsable solo si obtiene una receta de su médico para el medicamento de venta sin receta.

Suministros médicos de venta sin receta

Los suministros y equipos médicos de venta sin receta, como las muletas o vendas, son Gastos cubiertos y son reembolsables sin una receta.

Otros artículos de venta sin receta

El costo de otros tipos de artículos de venta sin receta utilizados para el bienestar general, como cosméticos, artículos de tocador y suplementos nutricionales (por ejemplo, vitaminas) NO es un Gasto cubierto y no es reembolsable.

Consulte la sección titulada “Reclamos de reembolso” para obtener información sobre la documentación que debe presentar para reclamar el reembolso de artículos de venta sin receta que sean Gastos cubiertos.

HC-FSA7

V1

Coordinación con su opción de plan médico

Su empleador también puede ofrecer una Cuenta de ahorros para la salud (HSA) o un Acuerdo de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés) de un plan médico de Cigna. Puede inscribirse en la opción de HSA o HRA del plan médico de Cigna y en la FSA de cuidado de la salud, pero la ley federal impone determinadas restricciones para el funcionamiento conjunto de estos planes.

Si está inscrito en un HRA y en la FSA de cuidado de la salud, cuando su reclamo médico se procese y tenga gastos de desembolso, podrá obtener un reembolso del fondo de su HRA o de la FSA de cuidado de la salud. Comuníquese con el administrador de su plan para conocer detalles adicionales.

También puede usar una FSA de cuidado de la salud para gastos que cumplen con los requisitos que no están cubiertos por la opción de plan médico con HRA, como el costo de los anteojos y determinados medicamentos de venta sin receta, aunque quizás necesite una receta. Consulte la sección titulada “Medicamentos, medicinas y suministros médicos de venta sin receta”.

HC-FSA8

V1

Reclamos de reembolso

Cómo presentar un reclamo de reembolso

Puede visitar 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, incluida su Explicación de beneficios. Cuando tenga gastos de cuidado de la salud para los cuales no se proporcione una Explicación de beneficios, como el costo de los anteojos, presente un recibo detallado del gasto, junto con su reclamo de reembolso.

Cuando presente reclamos para gastos de cuidado de la salud, deberá proporcionar una declaración escrita (Explicación de beneficios) de un tercero independiente que corrobore la realización del gasto y la cantidad, una declaración escrita (Explicación de beneficios) que indique si el gasto fue reembolsado o no es reembolsable en virtud de la cobertura de otro plan, y una declaración escrita (Explicación de beneficios) 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 engrampe diferentes reclamos. Si se necesita información adicional para procesar su reclamo o el reclamo de su dependiente, 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

El formulario de Solicitud de reembolso en línea puede usarse para presentar gastos para múltiples pacientes.

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.

Los reembolsos de su cuenta flexible para reembolso de cuidado de la salud por una cantidad que no supere la cantidad de su elección anual se harán en el momento que se procese el reclamo de 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.

AutoPay (Remisión automática de reclamos) para reclamos médicos

Si se inscribe en una opción de Acuerdo de reembolso de salud (HRA) de un plan médico de Cigna y elige AutoPay, sus gastos de cuidado de la salud no pagados que cumplan con los requisitos podrán remitirse automáticamente a su FSA de cuidado de la salud para su consideración. Este proceso automático elimina la necesidad de presentar solicitudes de reembolso por separado a la FSA para estos gastos:

- Una vez que haya usado todo el dinero depositado en el fondo de su HRA, los gastos de desembolso restantes que tenga que pagar después de procesados sus reclamos médicos se remiten automáticamente a su FSA de cuidado de la salud para su reembolso.
- Al médico, hospital u otro profesional de cuidado de la salud se le pagará directamente su parte del costo de sus gastos de cuidado de la salud cubiertos hasta la cantidad disponible en su FSA de cuidado de la salud.
- Tanto usted como el profesional de cuidado de la salud recibirán una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que describirá el pago que se hizo con fondos de la FSA de cuidado de la salud.
- Los gastos de cuidado de la vista de rutina no cumplen con los requisitos para AutoPay.
- Para los medicamentos con receta, cuando use una farmacia de la red o Cigna Home Delivery Pharmacy, la FSA de cuidado de la salud pagará automáticamente los gastos de desembolso (Deducible, Coseguro) cuando se despache una receta hasta la cantidad disponible en su FSA de cuidado de la salud.

Para elegir AutoPay, visite www.myCigna.com.

AutoPay para reclamos dentales

Si se inscribe en la opción Cigna Dental PPO o Dental Select y elige AutoPay, sus gastos dentales no pagados que cumplan con los requisitos podrán remitirse automáticamente a su FSA de cuidado de la salud para su consideración. Este proceso automático elimina la necesidad de presentar solicitudes de reembolso por separado a la FSA para estos gastos:

- Al dentista se le pagará directamente su parte de sus gastos dentales cubiertos hasta el saldo de su FSA de cuidado de la salud.
- Tanto usted como el dentista recibirán una Explicación de beneficios (EOB) que describirá el pago que se hizo con fondos de la FSA de cuidado de la salud.

Para elegir AutoPay, visite www.myCigna.com. AutoPay no está disponible para los gastos dentales cuando se inscribe en la opción Cigna Dental Care (HMO).

AutoPay para reclamos de farmacia

Si se inscribe en la opción de Acuerdo de reembolso de salud (HRA) de un plan médico de Cigna y elige AutoPay, sus gastos de farmacia no pagados que cumplan con los requisitos podrán remitirse automáticamente a su FSA de cuidado de la salud para su consideración. Este proceso automático elimina la necesidad de presentar solicitudes de reembolso por separado a la FSA de cuidado de la salud para estos gastos. Para elegir AutoPay, visite www.myCigna.com.

Reglas generales para AutoPay

AutoPay se aplicará únicamente a los Gastos cubiertos por servicios o suministros cubiertos por su plan médico de Cigna y las opciones Cigna Dental Plan PPO y Dental Select. No se aplicará, por ejemplo, a lentes de contacto, aparatos auditivos y Gastos cubiertos de artículos de venta sin receta. Además, de todos modos, tendrá que guardar todos sus recibos, incluso para los reclamos enviados automáticamente, por si hay una discrepancia en el pago. A menos que active AutoPay antes de recibir un servicio, ese servicio no cumple con los requisitos para el pago mediante AutoPay.

AutoPay tampoco está disponible:

- Si usted o un Dependiente cubierto tienen alguna otra cobertura, incluida una cobertura secundaria, en virtud de un plan de cuidado de la salud diferente. En ese caso, usted debe presentar su reclamo de cuidado de la salud a ambos planes para el pago. Una vez que ambos planes hayan procesado el reclamo, podrá presentar un reclamo de la FSA de cuidado de la salud con documentación respaldatoria para cualquier cantidad restante que deba pagar.
- Si tiene un dependiente cubierto en virtud de su plan médico de Cigna que no reúne los requisitos como Dependiente cubierto en virtud del plan con FSA de cuidado de la salud.

Puede cambiar su elección respecto a AutoPay en cualquier momento visitando www.myCigna.com.

MyClaimPay

Cuando elija determinados tipos de cobertura médica y/o dental de Cigna, también podrá seleccionar una opción MyClaimPay en línea. Esto le permite elegir qué reclamos desea pagar con fondos de su HRA o de su FSA de cuidado de la salud. Visite www.myCigna.com para conocer detalles adicionales.

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 una decisión y una declaración de sus derechos de iniciar una acción civil en virtud de ERISA.
- 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 la salud, se emitirá un cheque de pago.

Salvo los reclamos presentados a través de AutoPay, los pagos de la FSA de cuidado de la salud siempre se le hacen a usted y no pueden hacerse directamente al proveedor de servicios.

Los reclamos de cuidado de la salud aprobados se pagarán en su totalidad hasta el saldo de su FSA de cuidado de la salud, aunque sus reclamos superen la cantidad de sus aportes reales a la FSA.

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.

En virtud de la Regla de “lo usa o lo pierde” del IRS, usted perderá los fondos que queden en su FSA que superen la cantidad máxima permitida conforme a la Transferencia de fondos después del pago de todos los reclamos presentados oportunamente por los gastos en los 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 la salud 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 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.

- 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.

Acción legal

Si su plan se rige por ERISA, usted tiene derecho a iniciar una acción civil en virtud del artículo 502(a) de ERISA si no está satisfecho con el resultado del Procedimiento de apelación. En la mayoría de los casos, no podrá iniciar una acción legal contra Cigna hasta tanto haya completado el proceso de apelación.

Información adicional sobre los beneficios cubiertos y excluidos

Si desea recibir información acerca de un medicamento, examen médico, dispositivo o procedimiento en particular, que sea un beneficio cubierto o excluido en virtud de este plan, puede llamar al número gratuito que aparece en su Explicación de beneficios o formulario de reclamo, o iniciar sesión en www.myCigna.com.

HC-FSA11

Información administrativa

Orden calificada de beneficios médicos para manutención de los hijos (QMCSO)

El Plan con FSA de cuidado de la salud de su Empleador deberá cumplir con los términos de una QMCSO. Una QMCSO es una sentencia, decreto judicial u orden emitida por un tribunal o a través de un proceso administrativo establecido en virtud de la ley estatal que asigna a un niño el derecho de un participante a recibir beneficios conforme a un plan de salud proporcionado por el empleador, y que el administrador del plan ha determinado que reúne los requisitos conforme a los términos de ERISA y de cualquier ley estatal aplicable.

Si tiene alguna pregunta sobre los procedimientos que rigen una determinación relativa a una QMCSO o desea obtener copias de estos procedimientos (sin cargo), comuníquese con el administrador del plan.

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 la salud 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.

Al administrar el Plan, los administradores del plan y de reclamos pueden entrar en contacto con lo que se considera “información sobre la salud protegida” (PHI, por sus siglas en inglés) en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés). Cigna y el administrador del plan han tomado medidas específicas para proteger y limitar el acceso a esta información. Por ejemplo, Cigna ha:

- Designado un Encargado de asuntos de privacidad;
- Desarrollado políticas y procedimientos de privacidad, incluida una política de sanciones que se aplica a los empleados y socios comerciales que violan las políticas de privacidad;
- Implementado garantías para proteger contra la divulgación indebida de PHI;
- Proporcionado un proceso de resolución de quejas; y
- Celebrado acuerdos que exigen a los asociados comerciales proteger la PHI.

Como parte de los esfuerzos de cumplimiento, se proporciona a los empleados un Aviso de prácticas de privacidad en virtud de la HIPAA. Si desea revisar las políticas de privacidad, recibir otra copia del aviso de privacidad o solo necesita más información, comuníquese con el administrador del plan.

HC-FSA12

V1

Información sobre la administración del plan

Nombre del Plan: BorgWarner Flexible Benefit Plans

A continuación se detalla el nombre, domicilio, código postal y número de teléfono comercial del patrocinador del Plan (su Empleador):

BorgWarner Employee Benefits Committee
3850 Hamlin Rd
Auburn Hills, MI
48326 248-754-9200

Número de identificación de empleador (EIN, por sus siglas en inglés): 133404508

Número del Plan: 501

Tipo de plan: Cuenta de gastos flexibles de cuidado de la salud

El nombre, domicilio, código postal y número de teléfono comercial del administrador del plan son los del Empleador indicado arriba.

Tipos de administración: Administración de terceros

Administración de reclamos: Cigna

El Año del plan finaliza el: 31 de diciembre.

La FSA de cuidado de la salud 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.

Declaración de derechos

Como participante en el Plan, a usted le corresponden determinados derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA). ERISA dispone que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre su Plan y los beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del administrador del plan y en cualquier otro lugar designado, como lugares de trabajo o sindicatos, todos los documentos que rigen el plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) presentado por el plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la sala de Divulgación pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.
- Obtener, previa solicitud por escrito al administrador del plan, copias de los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) y la descripción resumida del plan actualizada. El administrador podrá cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El administrador del plan está obligado por ley a entregar a cada una de las personas cubiertas por el Plan una copia de este informe financiero resumido.

Acciones prudentes de los fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su plan, denominadas “fiduciarios” del Plan, tienen

el deber de desempeñarse de manera prudente y en beneficio de sus intereses y de los intereses de los demás participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluido su empleador, su sindicato ni ninguna otra persona, podrá despedirlo o discriminarlo de ningún modo, de manera de impedirle obtener un beneficio de asistencia social o ejercer sus derechos en virtud de ERISA. Si su reclamo de un beneficio de asistencia social es denegado o ignorado, tiene derecho a saber el motivo, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo, y a apelar cualquier denegación, todo ello dentro de determinados plazos.

Hacer valer sus derechos

En virtud de ERISA, puede seguir algunos pasos para hacer valer los derechos previamente mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos que rigen el plan o le solicita el último informe anual al plan y no los recibe dentro del plazo de 30 días, podrá iniciar acciones judiciales en un juzgado federal. En ese caso, el juez podrá exigirle al administrador del plan que suministre los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no hayan sido enviados por motivos que exceden el control del administrador. Si tiene un reclamo de beneficios denegado o ignorado, en todo o en parte, podrá iniciar acciones judiciales en un juzgado estatal o federal.

Además, si no está de acuerdo con la decisión del plan o no se emite una decisión con respecto a si una orden de relaciones familiares o una orden de beneficios médicos para manutención de los hijos es una orden calificada, podrá iniciar acciones judiciales en un juzgado federal. En el caso de que los fiduciarios del plan usaran incorrectamente el dinero del plan, o si sufre algún tipo de discriminación por hacer valer sus derechos, podrá solicitar asistencia al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o iniciar acciones judiciales en un juzgado federal. El juez decidirá quién pagará los costos judiciales y los honorarios legales. Si resulta vencedor, es posible que el juez le ordene a la persona que usted demandó que pague estos costos y honorarios. Si resulta vencido, es posible que el juez le ordene a usted que pague estos costos y honorarios, por ejemplo si determina que su reclamo carece de fundamento.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta acerca de su plan, debe comunicarse con el administrador del plan. Si tiene alguna pregunta acerca de esta declaración o de sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del administrador del plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que aparece en su directorio telefónico, o con la División de Asistencia y Consultas Técnicas, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede

obtener determinadas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea de información de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

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.

Transferencia de fondos

Una regla del IRS que permite a los clientes transferir los Aportes antes de impuestos no utilizados de un año a otro hasta una cantidad máxima (que no puede superar la cantidad máxima establecida por el IRS de \$500) o mínima, según lo definido por su Empleador. Los clientes pueden optar por permitir que, si hay fondos para transferir, se produzca su inscripción automática en la FSA para el siguiente Año del plan. (No se puede permitir la Transferencia de fondos para los planes que también brindan un Período de prórroga para el envío de los reclamos). Consulte la sección “Breve descripción de su Cuenta de gastos flexibles (FSA)” para obtener detalles.

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.

Coseguro

La parte del costo de los servicios médicos cubiertos que usted debe pagar una vez que alcanzó cualquier deducible del plan aplicable. Por ejemplo, si su plan médico paga el 80% del costo de los gastos médicos después de que usted alcanzó su deducible, su pago de coseguro sería del 20%.

Copago

La cantidad, generalmente una cantidad fija en dólares, del costo que usted debe pagarle a un profesional de cuidado de la salud de la red al momento de recibir servicios o suministros de cuidado de la salud.

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 “Los gastos de quién pueden cubrirse”.

Gastos cubiertos

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

Deducible

La cantidad en dólares que usted debe pagar de su bolsillo antes de que su plan médico empiece a reembolsarle los gastos cubiertos por ese plan.

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.

ERISA

La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974, con sus modificaciones.

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.

Si no está Trabajando activamente (por ejemplo, está de licencia por incapacidad), puede cambiar sus elecciones de la FSA de cuidado de la salud solo si sucede lo siguiente:

- Nacimiento o adopción de un hijo.
- Matrimonio.
- Divorcio.
- Muerte de su cónyuge o hijo.

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.

HC-FSA14

V2