

**Enmienda Nro. 7 Modificada
a la Descripción Resumida del Plan del Southern California IBEW-
NECA Health Trust Fund Replanteada a partir del 1 de septiembre de
2017**

La presente enmienda modificada a la *Descripción Resumida del Plan* ("SPD") del Fondo Fiduciario para la Salud de IBEW-NECA en la región sur de California para los Participantes Activos Elegibles y sus Dependientes Elegibles, en vigor a partir del 1 de septiembre de 2017, y sus enmiendas, la ha realizado la Junta de Fideicomisarios del Fondo Fiduciario para la Salud de IBEW-NECA en dicha región ("Junta de Fideicomisarios") con referencia a los siguientes hechos y circunstancias:

La Junta de Fideicomisarios se ha reservado la capacidad de modificar ocasionalmente la Plan.

- A. Debido a la Orden Ejecutiva de California N-33-20: Orden Estatal para Quedarse en Casa (así como las órdenes locales, y las leyes estatales y federales), la Junta de Fideicomisarios desea enmendar temporalmente la *Descripción Resumida del Plan* para prolongar los beneficios subsidiados del programa COBRA por seis meses consecutivos para los Participantes y sus dependientes elegibles que estén perdiendo la elegibilidad debido a una reducción de horas o la pérdida del empleo por una pérdida de cobertura que haya ocurrido por primera vez el 1 de marzo de 2020 o después, hasta e incluso el 1 de julio de 2020.

POR LO TANTO, la Sección 17.1.B queda modificada con la adición del siguiente párrafo:

El beneficio Subsidiado de COBRA está disponible por seis meses consecutivos para los Participantes Activos del Plan y sus dependientes elegibles que pierdan la elegibilidad por la reducción de horas o la pérdida del empleo por una pérdida de cobertura que haya ocurrido por primera vez el 1 de marzo de 2020 o después, hasta e incluso el 1 de julio de 2020.

El resto de los términos y condiciones del Plan se mantendrán vigentes de forma íntegra.

Ejecutada el 30 de abril de 2020, en Commerce, California.

**JUNTA DE FIDEICOMISARIOS
SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND**

POR: _____
Presidente

POR: _____
Secretario