



Post Office Box 5820  
Fremont, California 94537  
39420 Liberty Street, Suite 260  
Fremont, California 94538  
www.tbtfund.org

Telephone (510) 796-4676 • (800) 533-0119 • FAX (510) 795-0680

---

**AVISO DE CAMBIO EN EL PLAN**  
**Resumen de modificaciones materiales**  
***Período de espera de Delta para nuevos***  
***empleados***  
**GUÁRDELO CON SU PAQUETE DE BENEFICIOS PARA**  
**CONSULTARLO EN EL FUTURO**

1 de agosto de 2007

Destinatarios: **Participantes activos del Teamsters Benefit Trust**

Asunto: **Período de espera de Delta Dental para nuevos empleados – Cambio de procedimiento, con vigencia inmediata**

Estimado Participante Activo:

Anteriormente, cuando los nuevos empleados eran elegibles para recibir beneficios para recibir beneficios de TBT, estaban limitados a elegir entre dos programas dentales: *Bright Now! Dental* y Pacific Union Dental (PUD). Delta Dental, la Opción de Indemnización de TBT, no estaba disponible hasta el segundo período de inscripciones abiertas posterior a la fecha de contratación (a menos que se aplicara una de las excepciones descritas más abajo).

**Con vigencia inmediata, los nuevos empleados pueden elegir Delta Dental un año después de pasar a ser elegibles para recibir beneficios de TBT.** Por lo tanto, si usted era un nuevo empleado cuyo primer mes de cobertura de TBT era marzo de 2007, podía elegir Delta Dental en marzo de 2008.

*No hay período de espera para los nuevos empleados que cumplan con una de las siguientes excepciones:*

1. Usted reside a más de 30 millas de una oficina de *Bright Now! o* de PUD que acepte nuevos pacientes; o
2. Todas las personas cubiertas en su familia no residen en el mismo hogar y una o más personas cubiertas residen a más de 30 millas de una oficina de *Bright Now! o* de PUD que acepte nuevos pacientes ; o

Participantes Activos del Teamsters Benefit Trust

Aviso de cambio de plan

*Período de espera de Delta Dental para nuevos empleados – Cambio de procedimiento, con vigencia inmediata*

1 de agosto de 2007

Página 2

3. Usted está continuando la cobertura de Delta Dental que tenía inmediatamente antes de pasar a ser elegible para recibir cobertura en un plan de TBT; o
4. Usted estaba cubierto anteriormente bajo TBT dentro de los últimos 12 meses; o
5. Por cualquier otro motivo, usted ha sido exceptuado de los requisitos de período de espera para nuevos empleados de TBT; o
6. Usted forma parte de un nuevo grupo de empleadores que ingresa a TBT

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o sobre su elegibilidad para optar por Delta Dental, por favor llame por teléfono a la Oficina de Administración del Plan de TBT al 510-796-4676 o al 1-800-533-0119.

Atentamente,

Martin R. Lowy  
Gerente del Fondo

MRL/mr

**NOTA**

**Este Aviso tiene la finalidad de enmendar todos los documentos, avisos y correspondencia de TBT, incluyendo (sin limitaciones) la Guía de Beneficios, el Resumen de Cobertura y la Comparación de Beneficios Dentales.**

Este documento es un Resumen de Modificaciones Materiales ("SMM" por sus siglas en inglés) que tiene el propósito de notificarle de cambios importantes en su plan de beneficios. Debe leer este SMM cuidadosamente (y compartirlo con su familia) y guardarlo junto con su copia de la *Guía de Beneficios*. Si bien se han hecho los mayores esfuerzos para que esta descripción sea lo más completa y exacta posible, este SMM, por supuesto, no puede contener una reiteración completa de los términos y provisiones del Plan. Si surgiera algún conflicto entre este resumen y el Plan, o si algún punto no se discute en este SMM o sólo se discute parcialmente, los términos del Plan tendrán validez en todos los casos. La Junta de Fiduciarios se reserva el derecho, según su exclusiva y absoluta discreción, a enmendar, modificar, terminar o interpretar y decidir todas las cuestiones relacionadas con el Plan, o cualesquiera beneficios provistos bajo el Plan, de forma total o parcial, en cualquier momento y por cualquier razón.