
Summary Plan Description

for the

INJURY BENEFITS PLAN

of

BEN E. KEITH COMPANY

Enacted January 1, 1993

Amended and Restated Effective April 1, 2021.

THE EMPLOYEE RETIREMENT INCOME SECURITY ACT OF 1974 (ERISA) PROVIDES THAT ALL PARTICIPANTS IN OUR PLAN RECEIVE A SUMMARY PLAN DESCRIPTION. THIS DOCUMENT IS A SUMMARY OF THE PROVISIONS OF OUR PLAN. WHILE EVERY EFFORT HAS BEEN MADE TO HAVE THESE MATERIALS BE AS COMPLETE AND ACCURATE AS POSSIBLE, THE SUMMARY PLAN DESCRIPTION CANNOT BE A FULL RESTATEMENT OF THE PLAN. IF THERE IS ANY CONFLICT BETWEEN THIS SUMMARY PLAN DESCRIPTION AND THE ACTUAL TERMS OF OUR PLAN, THE PROVISIONS OF THE PLAN WILL CONTROL.

This booklet contains a summary in English of your Plan rights and benefits under the **Injury Benefits Plan of Ben E. Keith Company**. If you have difficulty understanding any part of this document, please contact the Plan Administrator at (817) 877-5700. Office hours are from 8:00 a.m. to 5:00 p.m., Monday through Friday.

Este folleto contiene un resumen en inglés de sus derechos y beneficios bajo del **Plan de Beneficio de la herida de Ben E. Keith Company**. Si usted tiene dificultad en entender una parte de este documento, por favor llame al Administrador del Plan a (817) 877-5700. Las horas de oficina son de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., lunes a viernes.

NAME OF PLAN

Injury Benefits Plan of Ben E. Keith Company

TYPE OF PLAN

Medical and wage compensation plan for work-related injuries.

PLAN ADMINISTRATOR

Vice President of Risk Management
Ben E. Keith Company
601 E. 7th Street
Fort Worth, TX 76102
(817) 877-5700

EMPLOYER IDENTIFICATION NUMBER

75-0372230

PLAN YEAR

January 1 – December 31

PLAN NUMBER

507

AGENT FOR SERVICE OF LEGAL PROCESS

Craig Woodcook
Ben E. Keith Company
601 E. 7th Street
Fort Worth, TX 76102

HOW THE PLAN OPERATES

The Injury Benefits Plan of Ben E. Keith Company (the "Plan") is a benefit program under which Ben E. Keith Company (the "Company") provides certain medical and wage compensation for work-related accidental injuries to Employees. For the purposes of the Plan, an Employee is defined as a person employed by the Company in the State of Texas.

ELIGIBILITY

All Texas Employees are eligible to participate in the Plan. You are eligible from your first day of work through your last day of employment with the Company.

HOW TO BECOME A PARTICIPANT

You become a participant in the Plan if you suffer a "work-related injury," which is a physical injury resulting from a single specific incident during the course and scope of your employment with the Company, but specifically does not include any of the following:

- Carpal Tunnel Syndrome;
- Repetitive Trauma Injuries - damage or harm to the physical structure of the body occurring as the result of repetitious, physically traumatic activities that occur over time;
- Occupational Diseases - a disease arising out of and in the course of employment that causes damage or harm to the physical structure of the body, including a disease or infection that naturally results from the work-related disease;
- pre-existing conditions and aggravations of pre-existing conditions;
- heart attacks or heart-related conditions, unless the heart attack or heart-related condition was proximately caused by and arose out of a work-related incident;
- stroke and related conditions;
- seizures;
- aneurysms;
- degenerative diseases and conditions;
- conditions related to stress;
- mental, nervous or emotional disorders or conditions, except for counseling approved by the Plan Administrator, in its discretion, for a temporary but severe psychological trauma resulting from your having been the victim or bystander of a violent act, such as an armed robbery or aggravated assault, while in the scope of employment;
- any injury incurred during your voluntary participation in any recreational, social or athletic activity not constituting part of your scope of employment, or while you are on vacation or on leave of absence; or
- any injury incurred during your participation in a company-sponsored event not constituting part of your scope of employment, or any event or excursion received from the Company as a bonus or award.

Additionally, in order to begin receiving benefits under the Plan:

- you must report the work-related injury immediately to your direct supervisor or manager on duty, and at the latest, prior to the end of the shift during which you were injured;
- you must complete and sign a written incident report as soon as possible, but in no event longer than forty-eight (48) hours after the incident that caused your work-related injury;
- you must seek medical treatment from medical care providers approved by the Company ("approved medical providers") within thirty (30) days from the date of the injury;
- as soon as possible, but in no event longer than twenty-four (24) hours after the incident that caused your work-related injury, you must submit to post-accident drug and alcohol testing in accordance with the Company's drug and alcohol testing policy; and
- you must sign any required releases. You may receive benefits under the Plan to cover initial medical treatment at the time of the injury. However, any further benefits are provided only after you complete any required releases.

DISQUALIFICATION, DENIAL OR LOSS OF BENEFITS

You will become disqualified for benefits, or benefits will cease or be denied if any of the following occurs:

- it is determined that you did not comply with all of the requirements set forth in the above section entitled HOW TO BECOME A PARTICIPANT; or
- if the results of your post-accident drug and/or alcohol screen reveal a positive test result (as described in the Company's drug & alcohol testing policy); or
- you fail at any point in time to cooperate in the investigation of the incident and the work-related injury, including executing such authorizations, releases and/or assignments as may be required by the Company or the Plan Administrator; or
- you fail to cooperate with the approved medical providers, including, but not limited to, failing to cooperate with or follow the recommended treatment plan, failing to attend any scheduled appointments, or engaging in any activity (either off or on company premises) which is contrary to limitations placed on you; or
- you fail to return to work for either regular duty or modified duty on your first scheduled workday after an approved medical provider has given you a work release; or
- you cease to be employed by the Company; however, medical benefits will not end due solely to your termination of employment if you execute and deliver to the Company, on a form provided by the Company, a full release of liability and covenant not to sue, which releases and waives your right to bring a claim or cause of action including, without limitation, a negligence action, to recover damages from the Company, and its directors, officers, employees, agents and assigns, by reason of any personal injury or property damage arising out of your injury. Execution of such release does not prevent your medical benefits from ending as otherwise provided for under the Plan; or
- you become employed by another employer while receiving medical or wage continuation benefits under this Plan; or

- you fail to contact your department manager each week to advise of your status of treatment and anticipated recovery period; or
- it is determined at any point in time that your injury was caused in whole or in part by your intentional or reckless violation of reasonable safety practices including, but not limited to, the written safety policies of the Company; or
- you make an unreasonable demand for benefits under the Plan, as determined in the sole discretion of the Plan Administrator; or
- you jeopardize the Company's right to be reimbursed for benefits paid to you or on your behalf (see the section entitled SUBROGATION below). For example, if you execute a release of a third party without prior approval from the Plan Administrator; or
- it is determined that your injury was intentionally self-inflicted, or was inflicted upon you at your request or with your consent; or
- it is determined that your injury occurred while you were under the influence of alcohol or illegal drugs; or
- it is determined that your injury resulted from your participation in:
 - i. a riot or act of civil disturbance; or
 - ii. a criminal act; or
 - iii. horseplay or fighting; or
 - iv. an assault, except an assault committed in defense of the Company's business or business property; or
 - v. any act of war, declared or undeclared; or
 - vi. service in the military of any country or any civilian non-combatant unit serving with such forces.

AVAILABLE BENEFITS

This Plan provides the following benefits if you suffer a work-related injury.

Medical Benefits

The Plan will pay 100% of reasonable and customary charges for medically necessary treatment of work-related injuries to the extent that such charges are not compensable under any other plan or benefit available to you. In order to be covered under this Plan, an approved medical provider must provide the medical treatment. If treatment by a specialist is determined to be medically necessary, such specialist must also be an approved medical provider. If emergency care is obtained from a hospital that is not preapproved by the Company's Risk Management Department, all subsequent medical treatment must be obtained from approved medical providers. Certain expenses are not covered even if they might be medically necessary, such as expenses incurred for biofeedback, acupuncture, chiropractic care, and treatment of substance abuse. Pain management is not a covered expense unless prior approval is obtained from the Plan Administrator. See the Plan document for additional details regarding expenses that are not covered by the Plan.

The decision about what treatment is "medically necessary" is ultimately at the discretion of the Plan Administrator, after consideration of pertinent information, including information from approved medical providers. At the discretion of the Plan Administrator, you may be required to have an examination or examinations by

additional approved medical providers for, among other reasons, additional opinion(s) on whether certain treatment is medically necessary.

All requests for payment or reimbursement of medical expenses must be filed with the Plan Administrator within sixty (60) days from the later of (a) the date such expenses are incurred or (b) the initial date you receive an invoice from an approved medical provider for such expenses. However, without limitation as to the foregoing, and except as determined in the discretion of the Plan Administrator in an extraordinary circumstance outside your control, a claim will not be accepted for payment more than twelve (12) months from the date on which the services subject to such invoice were actually rendered, even if submitted within the 60-day period following your initial receipt of the invoice from the health care provider.

Medical benefits cease when a physician determines that you have reached maximum medical improvement from your work-related injury. You reach “maximum medical improvement” when a physician determines that you will not likely improve substantially as a result of additional medical treatment, surgery or physical therapy or you refuse to undergo any surgery or other medical procedure that is recommended by a physician to help you reach the point in your recovery when you will not likely improve substantially as a result of additional medical treatment, surgery or physical therapy.

Wage Benefits

The Plan will pay wage continuation to you during the time that an approved medical provider determines that you are unable to perform employment duties for the Company directly because of a work-related injury. Wage continuation will be paid as follows:

- Wage continuation will be maintained at 100% of your salary or hourly rate for the balance of the workday on which the work-related injury occurred.
- Thereafter, wage continuation will be paid in the amount of 75% of your average weekly wage. Your average weekly wage will be determined by the average of your last thirteen (13) weeks of gross pay received.
- The Plan will deduct amounts for payroll taxes, F.I.C.A., and all other deductions required by law or elected by you.

Wage continuation ceases when an approved medical provider:

- fully releases you to perform the essential functions of your job prior to the work-related injury, with or without reasonable accommodation; or
- releases you to perform modified-duty work at the Company which such provider has found that you are physically able to perform; or
- determines that you have reached maximum medical improvement from your work-related injury.

Limitation on Benefits

The maximum amount of benefits available for a single work-related accident, regardless of the number of injured employees, is \$1,000,000. The maximum amount of benefits available for a single work-related injury is \$200,000. All benefits cease after the expiration of two (2) years from the date of the work-related injury or when an

approved medical provider determines you have reached maximum medical improvement, if earlier. Employees are not entitled to receive wage continuation benefits for more than one work-related injury concurrently. In addition, unless otherwise approved by the Plan Administrator in its discretion, if you have not incurred any medical expense related to your injury for a period of at least 120 consecutive days, the medical portion of your case will be administratively closed and no further medical expenses for that injury will be paid. The prior sentence does not prevent the medical portion of the case from being closed on an earlier date as determined by the Plan Administrator, in its discretion. No amount that is paid in excess of any limit described in this Section is an amount paid pursuant to the terms of the Plan and instead such amount, if any, may be made by the Company in its sole, absolute and non-reviewable discretion.

Coordination of Benefits

All benefits due under the Plan shall be paid only to the extent not compensable under any other plan or program available to you. For the purposes of this paragraph, "compensable" means that you are eligible for benefits under another plan or program, regardless of whether that plan or program is actually paying such benefits. Further, to the extent that you receive medical or wage benefits under any other plan or program, the medical and wage continuation benefits under this Plan will be reduced by the amount of the benefits paid under such other plan or program.

Quality and Efficiency Controls

The Plan Administrator may assign approved medical providers to your case in order to coordinate and expedite your medical treatment, facilitate such case management, quality, and efficiency measures and procedures as the Plan Administrator deems appropriate, and review the propriety of any and all treatments, services and supplies, including charges for such treatments, services and supplies. Examples of case management, efficiency, quality control, and cost containment features that may be utilized under the Plan, at the direction and control of the Plan Administrator, include, but are not limited to, using alternative health care facilities instead of hospitals, obtaining second opinions before surgery, requirements regarding pre-admission evaluations and pre-admission testing, requiring utilization review, assignment of a nurse case manager, and referrals to specialists.

In order to be eligible for benefits or continued benefits under the Plan, you are required to abide by, and submit to, whatever managed care or case management procedures are deemed appropriate by the Plan Administrator (or its designated medical advisors) for your case.

SOURCE OF BENEFITS

The Company will pay benefits under the Plan from its general assets. No Employee contribution is required to participate in the Plan.

SUBROGATION

If your work-related injury was caused, in whole or in part, by a person or entity not employed by Company (a "third party"), the Company will still pay you benefits under this Plan. The Company does, however, expect to be fully reimbursed for those benefits from the third party who caused your injury. This is called subrogation. The Company's subrogation interest applies to the "first funds" paid by the third party, regardless of whether the remaining funds fully compensate you for your injuries and damages. You are required to cooperate with the Company to enforce this subrogation interest. This means that you may be required to sign an agreement allowing the Plan to assert a claim on your behalf against the third party to obtain reimbursement for the benefits paid to you or on your behalf. If you decide to pursue your own claim against the third party, you must keep the Company updated on the status of your claim. Also, you shall not release any claims against any responsible third parties unless the Company's subrogation rights are protected and until the Plan Administrator approves the release. To the extent a third party pays settlement funds directly to you, you agree to reimburse the Company for the total amount of benefits previously paid to you or on your behalf. Under no circumstances will the Plan or the Company be responsible for any attorney's fees you incur in connection with your claim against a third party.

RELEASE

The Company reserves the absolute right to require you, in its sole discretion, to execute and deliver to the Company (or its delegate), on a form provided by the Company, a full release of liability and covenant not to sue (a "Release") before benefits are awarded or continued under the Plan, in consideration for any benefits or any other consideration that may be provided by the Company.

The Release may, among its other provisions, require you to release and waive your right to bring a claim or cause of action including, without limitation, a negligence action, to recover damages from the Company, and its directors, officers, employees, agents and assigns, by reason of any personal injury or property damage arising out of your injury. Agreeing to and signing the Release shall be completely voluntary on your part, and by signing the Release of your own volition, you agree that the benefits provided under the Plan will be your sole and exclusive remedy with respect to the persons and entities released from liability under the Release.

In accordance with Section 406.033 of the Texas Labor Code, you may be asked to execute the Release after you have received a medical evaluation from a nonemergency care doctor and no earlier than ten business days after the initial report of your injury. The Release will not affect your rights under the Plan's claims and appeal procedures.

The Company is fully entitled to withhold, delay or suspend the payment of any benefits until any requested Release has been signed and returned. Although execution of the Release is voluntary on your part, if you fail or refuse to do so as requested, the Company may withhold or suspend benefits and future benefits until the Release is executed.

In order to receive benefits under the Plan, you must also, upon request, execute and deliver to the Plan Administrator a written release of your medical records relating to your injury and your authorization to review such records. The Plan Administrator may withhold, delay or suspend the payment of benefits until you have executed and returned any requested release.

CLAIMS PROCEDURE

In order to receive any of the benefits provided by this Plan, you must submit the information, documents and evidence required by the Company and the Plan Administrator. If you fail to file all claims and appeals in accordance with the procedures outlined below, you will have no right to review, and the denial of the claim will be final and binding on all persons for all purposes. A claim (including a demand for arbitration of a claim) will be timely filed if it is received by the Plan Administrator within two years from the date of the Accident that caused the Participant's Bodily Injury. Claims that are not timely filed with the Plan Administrator are barred from consideration by the Plan Administrator and from legal action, including arbitration. A demand for arbitration and request for mediation may be made concurrently.

CLAIM DETERMINATION

Benefit determinations (whether adverse or not) will be made within the time frames described below. If a claim is approved, benefits will be paid as soon as practicable.

Claim Involving Urgent Care. For any claim involving urgent care, the Plan's benefit determination will be made as soon as possible, taking into account the medical exigencies, but not later than 72 hours after receipt of the claim by the Plan, unless you fail to provide sufficient information to determine whether, or to what extent, benefits are covered or payable under the Plan. In the case of such a failure, the Plan Administrator will notify you as soon as possible, but not later than 24 hours after receipt of the claim by the Plan, of the specific information necessary to complete the claim. You will be afforded a reasonable amount of time, taking into account the circumstances, but not less than 48 hours, to provide the specified information. The Plan Administrator will notify you of the Plan's benefit determination as soon as possible, but in no case later than 48 hours after the earlier of:

- the Plan's receipt of the specified information; or
- the end of the period afforded you to provide the specified additional information.

Concurrent Care Decision. If the Plan has approved an ongoing course of treatment to be provided over a period of time or number of treatments:

- Any reduction or termination by the Plan of such course of treatment (other than by Plan amendment or termination) before the end of such period of time or number of treatments will constitute an adverse benefit determination. The Plan Administrator will notify you of the adverse benefit determination at a time sufficiently in advance of the reduction or termination to allow you to appeal and obtain a determination on review of that adverse benefit determination before the benefit is reduced or terminated.

- Any request by you to extend the course of treatment beyond the period of time or number of treatments that is a claim involving urgent care will be decided as soon as possible, taking into account the medical exigencies, and the Plan Administrator will notify you of the benefit determination, whether adverse or not, within 24 hours after receipt of the claim by the Plan, provided that any such claim is made to the Plan at least 24 hours prior to the expiration of the prescribed period of time or number of treatments.

Pre-Service Claim. For any claim with respect to which the terms of the Plan condition receipt of the benefit, in whole or in part, on approval of the benefit in advance of obtaining medical care (a “pre-service claim”), the Plan’s benefit determination will be made within a reasonable period of time appropriate to the medical circumstances, but not later than 15 days after receipt of the claim by the Plan. This period may be extended one time by the Plan for up to 15 days, provided that the Plan Administrator both determines that such an extension is necessary due to matters beyond the control of the Plan and notifies you, prior to the expiration of the initial 15-day period, of the circumstances requiring the extension of time and the date by which the Plan expects to render a decision. If such an extension is necessary due to your failure to submit the information necessary to decide the claim, the notice of extension will specifically describe the required information, and you will be afforded at least 45 days from receipt of the notice within which to provide the specified information.

Other Medical Claim. For all other medical claims, the Plan Administrator will notify you of the Plan’s benefit denial within a reasonable period of time, but not later than 30 days after receipt of the claim. This period may be extended one time by the Plan for up to 15 days, provided that the Plan Administrator both determines that such an extension is necessary due to matters beyond the control of the Plan and notifies you, prior to the expiration of the initial 30-day period, of the circumstances requiring the extension of time and the date by which the Plan expects to render a decision. If such an extension is necessary due to your failure to submit the information necessary to decide the claim, the notice of extension will specifically describe the required information, and you will be afforded at least 45 days from receipt of the notice within which to provide the specified information.

Non-Medical Claim. If a non-medical claim is wholly or partially denied, the Plan Administrator will notify you of the Plan’s benefit denial within a reasonable period of time, but not later than 90 days after receipt of the claim by the Plan, unless the Plan Administrator determines that special circumstances require an extension of time for processing the claim. If the Plan Administrator determines that an extension of time for processing is required, written notice of the extension will be furnished to you prior to the termination of the initial 90-day period. In no event will such extension exceed a period of 90 days from the end of such initial period. The extension notice will indicate the special circumstances requiring an extension of time and the date by which the Plan expects to render the benefit determination.

Denial of Claim. If a claim is denied, in whole or in part, you will be given a statement, written in a manner calculated to be understood by you, containing the following:

- the specific reasons for the denial;
- references to specific Plan provisions on which the denial is based;

- a description of any additional material or information necessary for you to perfect the claim and an explanation of why the material or information is necessary;
- a description of the Plan's review procedures and the time limits applicable to such procedures, including a statement of your right to arbitration following a final denial on appeal;
- if an internal rule, guideline, protocol, or other similar criterion was relied upon in making the adverse determination, either the specific rule, guideline, protocol, or other similar criterion; or a statement that such a rule, guideline, protocol, or other similar criterion was relied upon in making the adverse determination and that a copy of such rule, guideline, protocol, or other criterion will be provided free of charge to you upon request;
- if the benefit denial is based on medical necessity or experimental treatment or similar exclusion or limit, either an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the Plan to your medical circumstances, or a statement that such explanation will be provided free of charge upon request; and
- In the case of a denial concerning a claim involving urgent care, a description of the expedited review process applicable to such claims.

APPEAL PROCEDURE

If a claim for payment or reimbursement is denied, in whole or in part, you will have the right to request a review of the denied claim. To request review, you must file a written request for review within one hundred eighty (180) days after the date on which you received the written notice of claim denial. The request for review must be addressed to the person designated in the written claim denial. For any review of a denial of a claim involving urgent care, you may submit the claim for review either orally or in writing, and all necessary information, including the Plan's benefit determination on review, will be transmitted between the Plan and you by telephone, facsimile, or other available similarly expeditious method.

You may submit written comments, documents, records, and other information relating to the claim for benefits. You will be provided, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records, and other information relevant to your claim for benefits. The review will take into account all comments, documents, records, and other information submitted by you relating to the claim, without regard to whether such information was submitted or considered in the initial benefit determination.

The review will not afford deference to the initial benefit denial. The review will not be conducted by an individual who made the initial benefit determination or a subordinate of such individual.

In reviewing any determination that is based, in whole or in part, on a medical judgment, the individual conducting the review will consult with a health care professional who has appropriate training and experience in the field of medicine involved in the medical judgment. Such medical expert will be an individual who is neither an individual who was consulted in connection with the initial benefit denial that is the subject of the

appeal, nor the subordinate of any such individual. The identification of such medical expert will be given to you upon request.

Claim Involving Urgent Care. In the case of a claim involving urgent care, the Plan Administrator will notify you of the Plan's benefit determination on review as soon as possible, taking into account the medical exigencies, but not later than 72 hours after receipt of your request for review of a benefit denial.

Pre-Service Claim. In the case of a pre-service claim, the Plan Administrator will notify you of the Plan's benefit determination on review within a reasonable period of time appropriate to the medical circumstances, but not later than 30 days after receipt by the Plan of your request for review of a benefit denial.

Other Medical Claim. For all other medical claims, the Plan Administrator will notify you of the Plan's benefit determination on review within a reasonable period of time, but not later than 60 days after receipt by the Plan of your request for review of a benefit denial.

Non-Medical Claim. In the case of a non-medical claim, the Plan Administrator will notify you of the Plan's benefit determination on review within a reasonable period of time, but not later than 60 days after receipt of your request for review by the Plan, unless the Plan Administrator determines that special circumstances require an extension of time for processing the claim. If the Plan Administrator determines that an extension of time for processing is required, written notice of the extension will be furnished to you prior to the termination of the initial 60-day period. In no event will such extension exceed a period of 60 days from the end of the initial period. The extension notice will indicate the special circumstances requiring an extension of time and the date by which the Plan expects to render the determination on review.

Notification of Benefit Determination on Review. The Plan Administrator will provide you with written notification of a Plan's benefit determination on review. In the case of an adverse benefit determination, the notification will set forth, in a manner calculated to be understood by you:

- the specific reason or reasons for the adverse determination;
- reference to the specific Plan provisions on which the benefit determination is based;
- a statement that you are entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records, and other information relevant to your claim for benefits;
- a statement of your right to arbitration of your claim;
- if an internal rule, guideline, protocol, or other similar criterion was relied upon in making the adverse determination, either the specific rule, guideline, protocol, or other similar criterion; or a statement that such rule, guideline, protocol, or other similar criterion was relied upon in making the adverse determination and that a copy of the rule, guideline, protocol, or other similar criterion will be provided free of charge to you upon request;
- if the adverse determination is based on medical necessity or experimental treatment or similar exclusion or limit, either an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the Plan to your

medical circumstances, or a statement that such explanation will be provided free of charge upon request; and

- The following statement: “You and your plan may have other voluntary alternative dispute resolution options, such as mediation. One way to find out what may be available is to contact your local U.S. Department of Labor Office and your State insurance regulatory agency.”

PLAN ADMINISTRATION

The Plan Administrator is responsible for the administration of the Plan and therefore has the discretionary authority to decide all questions of eligibility for Plan participation and benefit payments, to determine the amount and manner of payment of benefits, and to interpret the provisions of the Plan. The Plan Administrator may appoint or engage a third party as a claims administrator to assist it with the administration of the Plan. The Plan Administrator has a duty to exercise its authority in a uniform and consistent manner. In the event of an overpayment on any claim, the Plan Administrator may take certain actions to recover the amount of the overpayment. Any legal action or challenge involving the Plan shall be filed exclusively in the U.S. District Court of the one of the following Texas cities which is most convenient to the Claimant: Amarillo, Dallas, Fort Worth, Houston or San Antonio.

PLAN AMENDMENT OR TERMINATION

The Company intends this Plan to be a permanent and continuing benefit program. The Company may, however, amend or terminate this Plan or any benefits provided under the Plan at any time. If the Company amends or terminates the Plan, the amendment or termination will not retroactively affect your eligibility to receive benefits for any expenses that were incurred before the date of the amendment or termination.

PARTICIPANT'S RIGHTS

As a participant in the Plan, you are entitled to certain rights and protections under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

You may examine, without charge, all documents governing the Plan, and a copy of the latest annual report (Form 5500 Series) filed by the Plan with the U.S. Department of Labor and available at the Public Disclosure Room of the Pension and Welfare Benefit Administration. You may obtain copies of these documents upon written request to the Plan Administrator. The Plan Administrator may make a reasonable charge for the copies.

ERISA also imposes duties upon the people who are responsible for the operation of this Plan. The people who operate this Plan, called “fiduciaries” of the plan, have a duty to do so prudently and in the interest of you and other Plan participants and beneficiaries. No one, including your employer, or any other person, may fire you or otherwise discriminate against you in any way to prevent you from obtaining a Plan benefit or exercising your rights under ERISA.

If your claim for a benefit is denied or ignored, in whole or in part, you have a right to know why this was done, to obtain copies of documents relating to the decision without charge, and to appeal any denial, all within certain time schedules.

Under ERISA, there are steps you can take to enforce the above rights. For instance, if you request a copy of plan documents or the latest annual report from the plan and do not receive them within 30 days, you may file suit in a Federal court. In such a case, the court may require the Plan Administrator to provide the materials and pay you up to \$110 a day until you receive the materials, unless the materials were not sent because of reasons beyond the control of the Plan Administrator. If you have a claim for benefits that is denied or ignored, in whole or in part, you may file an arbitration to resolve your claim. If it should happen that plan fiduciaries misuse the plan's money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file an arbitration to resolve your claim. The arbitrator will decide who should pay costs and legal fees. If you are successful, the arbitrator may order the person you have sued to pay these costs and fees. If you lose, the arbitrator may order you to pay these costs and fees, for example, if it finds your claim is frivolous.

If you have any questions about this Plan, you should contact the Plan Administrator. If you have any questions about this statement or about your rights under ERISA, or if you need assistance in obtaining documents from the Plan Administrator, you should contact the nearest office of the Pension and Welfare Benefits Administration, U.S. Department of Labor, listed in your telephone directory or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Pension and Welfare Benefits Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. You may also obtain certain publications about your rights and responsibilities under ERISA by calling the publications hotline of the Pension and Welfare Benefits Administration.

ERISA ARBITRATION, CLASS ACTION WAIVER AND LIMITATION OF ACTIONS

Effective April 1, 2021, all claims arising under the Plan must be resolved exclusively by arbitration. The Plan's arbitration provisions are explained in a Dispute Resolution Agreement that will be provided to you on or near the effective date of the Plan's arbitration provisions or, if later, when you first become a participant in the Plan.

With notice of the Dispute Resolution Agreement and through continued participation in the Plan, you agree to, are bound by, and ratify the Dispute Resolution Agreement. Your acceptance of any benefit under the Plan, and continued employment, also constitutes additional consideration for the Dispute Resolution Agreement. In the event that you do not execute the Dispute Resolution Agreement, continued participation in the Plan will constitute agreement to be bound by the terms of the Dispute Resolution Agreement.

If a dispute regarding a Covered Claim cannot be settled through direct discussions (in the opinion of any party), the Company, the Plan Administrator and you agree to first attempt to settle the dispute by mediation under the then current Commercial Arbitration Rules and Mediation Procedures of the American Arbitration Association, before resorting to arbitration. Mediation is required as a condition precedent for arbitration.

Descripción resumida del plan

para el

PLAN DE BENEFICIOS POR LESIONES

de

BEN E. KEITH COMPANY

Promulgado el 1 de enero de 1993

Enmendado y restablecido a partir del 1 de abril de 2021

LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS PARA LA JUBILACIÓN DE EMPLEADOS (ERISA) DE 1974 DISPONE QUE TODOS LOS PARTICIPANTES EN NUESTRO PLAN RECIBAN UNA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN. ESTE DOCUMENTO ES UN RESUMEN DE LAS DISPOSICIONES DE NUESTRO PLAN. AUNQUE SE HA HECHO TODO LO POSIBLE PARA QUE ESTOS MATERIALES ESTÉN LO MÁS COMPLETOS Y EXACTOS POSIBLE, LA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN NO PUEDE SER UNA ACTUALIZACIÓN COMPLETA DEL PLAN. SI HAY ALGÚN CONFLICTO ENTRE LA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN Y LOS TÉRMINOS REALES DE NUESTRO PLAN, LAS DISPOSICIONES DEL PLAN REGIRÁN.

Este folleto contiene un resumen en español de sus derechos y beneficios del Plan conforme al **Plan de Beneficios por Lesiones de Ben E. Keith Company**. Si tiene dificultad para comprender alguna parte de este documento, comuníquese con el Administrador del Plan al (817) 877-5700. El horario de oficina es de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.

NOMBRE DEL PLAN

Plan de Beneficios por Lesiones de Ben E. Keith Company

TIPO DE PLAN

Plan de compensación médica y salarial por lesiones relacionadas al trabajo

ADMINISTRADOR DEL PLAN

Vicepresidente de Administración de Riesgos
Ben E. Keith Company
601 E. 7th Street
Fort Worth, TX 76102
(817) 877-5700

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

75-0372230

AÑO DEL PLAN

Del 1 de enero al 31 de diciembre

NÚMERO DEL PLAN

507

AGENTE PARA EL SERVICIO DE PROCESO LEGAL

Craig Woodcook
Ben E. Keith Company
601 E. 7th Street
Fort Worth, TX 76102

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

El Plan de Beneficios por Lesiones de Ben E. Keith Company (el “Plan”) es un programa de beneficios bajo el que Ben E. Keith Company (la “Compañía”) proporciona cierta compensación médica y salarial a los Empleados por lesiones accidentales relacionadas con el trabajo. Para los fines del Plan, un Empleado se define como una persona empleada por la Compañía en el Estado de Texas.

ELEGIBILIDAD

Todos los Empleados de Texas son elegibles para participar en el Plan. Usted es elegible desde su primer día de trabajo hasta su último día de empleo con la Compañía.

CÓMO CONVERTIRSE EN PARTICIPANTE

Usted se convierte en participante en el Plan si sufre una “lesión relacionada al trabajo”, que es una lesión física que resulta de un incidente específico único durante el período y ámbito laboral con la Compañía, pero específicamente no incluye ninguno de los siguientes:

- Síndrome del Túnel Carpiano;
- Lesiones por Trauma Repetitivo - daño o perjuicio a la estructura física del cuerpo que ocurre como resultado de actividades repetitivas y físicamente traumáticas que ocurren con el tiempo;
- Enfermedades Ocupacionales - una enfermedad que surja a raíz de y en el período de empleo que cause daño o perjuicio a la estructura física del cuerpo, incluyendo una enfermedad o infección que resulte naturalmente de la enfermedad relacionada al trabajo;
- enfermedades preexistentes y agravamientos de enfermedades preexistentes;
- ataques cardíacos o enfermedades relacionadas al corazón, a menos que el ataque cardíaco o enfermedad relacionada al corazón fuera causado próximamente por y que surgiera a raíz de un incidente relacionado al trabajo;
- derrame cerebral y enfermedades relacionadas;
- convulsiones;
- aneurismas;
- enfermedades y afecciones degenerativas;
- enfermedades relacionadas con el estrés;
- enfermedades o trastornos mentales, nerviosos o emocionales, excepto por consejería autorizada por el Administrador del Plan, a su discreción, para un trauma psicológico temporal pero grave como resultado de que usted haya sido víctima o transeúnte de un acto violento, como robo a mano armada o agresión con agravantes, mientras se encontraba en el ámbito laboral;
- cualquier lesión que sufra durante su participación voluntaria en alguna actividad recreativa, social o atlética que no constituye parte de su ámbito laboral, o mientras está de vacaciones o con permiso de ausencia; o

- cualquier lesión que ocurra durante su participación en un evento patrocinado por la compañía que no constituye parte de su ámbito laboral, o cualquier evento o excursión que haya recibido como bono o premio de la Compañía.

Adicionalmente, para empezar a recibir beneficios bajo el Plan:

- usted debe reportar la lesión relacionada con el trabajo inmediatamente a su supervisor directo o gerente en turno y, a más tardar, antes del final del turno durante el que se lesionó;
- usted debe completar y firmar un reporte de incidente por escrito en cuanto sea posible, pero en ningún caso más de cuarenta y ocho (48) horas después del incidente que causó su lesión relacionada con el trabajo;
- usted debe buscar tratamiento médico de proveedores de atención médica aprobados por la Compañía (“proveedores médicos aprobados”) dentro de los treinta (30) días después de la fecha de la lesión;
- en cuanto sea posible, pero bajo ninguna circunstancia más de veinticuatro (24) horas después del incidente que causó su lesión relacionada al trabajo, debe someterse a una prueba de detección de droga y alcohol después del accidente, conforme a la política de detección de drogas y alcohol de la Compañía; y
- usted debe firmar todas las exenciones requeridas. Puede recibir beneficios bajo el Plan para cubrir tratamiento médico inicial al momento de la lesión. Sin embargo, cualquier beneficio adicional se proveerá solo después de que complete las exenciones requeridas.

DESCALIFICACIÓN, DENEGACIÓN O PÉRDIDA DE BENEFICIOS

Se le descalificará de beneficios o los beneficios cesarán o se denegarán si ocurre alguno de los siguientes:

- se determina que usted no cumplió con todos los requisitos establecidos en la sección anterior titulada CÓMO CONVERTIRSE EN PARTICIPANTE; o
- si los resultados de su prueba de detección de droga y/o alcohol posterior al accidente revelan un resultado positivo (según se describió en la política de detección de droga y alcohol de la Compañía); o
- en algún momento determinado, usted no coopera con la investigación del incidente y la lesión relacionada al trabajo, incluyendo ejecutar las autorizaciones, exenciones y/o asignaciones requeridas por la Compañía o el Administrador del Plan; o
- usted no coopera con los proveedores médicos aprobados, incluyendo, entre otros, no cooperar con o no seguir el plan de tratamiento recomendado, no asistir a alguna de las citas programadas o participar en alguna actividad (ya sea dentro o fuera de las instalaciones de la empresa) que sea contraria a las limitaciones que se le establecieron; o
- usted no regresa a trabajar en su labor habitual o labor modificada en su primer día laboral programado después de que un proveedor médico aprobado le haya dado autorización para trabajar; o
- usted deja de ser empleado de la Compañía; sin embargo, los beneficios médicos no terminarán debido únicamente al cese de su empleo si usted ejecuta y entrega a la Compañía, en un formulario proporcionado por la Compañía, una

exención total de responsabilidad y pacto de no demandar, que exonera y niega el derecho de usted a presentar una demanda o denuncia que incluya, entre otros, una acción de negligencia, para recuperar daños de la Compañía, y sus directores, funcionarios, empleados, agentes y cesionarios, por motivo de alguna lesión personal o daños materiales que surjan a raíz de su lesión. La ejecución de dicha exención no impide que sus beneficios médicos terminen, salvo lo que se dispone bajo el Plan; o

- usted es contratado por otro empleador mientras recibe beneficios médicos o de continuación salarial bajo este Plan; o
- usted no se comunica con su gerente de departamento cada semana para informar sobre el estado de su tratamiento y el período de recuperación previsto; o
- se determina en algún momento dado que su lesión fue causada total o parcialmente debido a que usted violó intencional o imprudentemente las prácticas de seguridad razonables que incluyen, entre otras, las políticas de seguridad escritas de la Compañía; o
- usted hace una demanda irrazonable de beneficios bajo el Plan, según lo determina a su entera discreción el Administrador del Plan; o
- usted pone en riesgo el derecho de la Compañía a ser reembolsada por beneficios pagados a usted o en su nombre (vea la sección titulada SUBROGACIÓN más adelante). Por ejemplo, si ejecuta una exención de una tercera parte sin previa autorización del Administrador del Plan; o
- se determina que su lesión fue autoinfligida intencionalmente o que se infligió en usted a su petición o con su consentimiento; o
- se determina que su lesión ocurrió mientras estaba bajo la influencia de alcohol o drogas ilícitas; o
- se determina que su lesión resultó de su participación en:
 - i. un motín o acto de disturbio civil; o
 - ii. un acto criminal; o
 - iii. jugueteo o pelea; o
 - iv. una agresión, excepto una agresión cometida en defensa de la propiedad empresarial o del negocio de la Compañía; o
 - v. cualquier acto bélico, declarado o no; o
 - vi. servicio en las fuerzas armadas de algún país o alguna unidad no combatiente civil que preste servicio con tales fuerzas.

BENEFICIOS DISPONIBLES

Este Plan proporciona los siguientes beneficios si sufre una lesión relacionada con el trabajo.

Beneficios médicos

El Plan pagará el 100% de los cargos razonables y habituales por el tratamiento médicamente necesario de lesiones relacionadas al trabajo hasta el grado en que dichos cargos no sean compensables bajo ningún otro plan o beneficio que tenga a su disposición. Para poder tener cobertura bajo este Plan, un proveedor médico aprobado debe suministrar el tratamiento médico. Si se determina que el tratamiento de un especialista es médicamente necesario, dicho especialista también debe ser un

proveedor médico aprobado. Si se obtiene atención de emergencia de un hospital que no está preautorizado por el Departamento de Control de Riesgos de la Compañía, todo tratamiento médico subsiguiente debe obtenerse de proveedores médicos aprobados. Ciertos gastos no están cubiertos incluso si pueden ser médicamente necesarios, como los gastos incurridos para biorretroalimentación, acupuntura, atención quiropráctica y tratamiento de drogadicción. El control de dolor no es un gasto con cobertura, a menos que se obtenga previa autorización del Administrador del Plan. En el documento del Plan verá detalles adicionales respecto a gastos que no tienen cobertura del Plan.

La decisión sobre qué tratamiento es “médicamente necesario” es en última instancia a la discreción del Administrador del Plan, después de la consideración de información pertinente, incluyendo información de proveedores médicos aprobados. A discreción del Administrador del Plan, se le puede exigir a usted que se haga un examen o exámenes con proveedores médicos aprobados para, entre otros motivos, obtener opiniones adicionales respecto a si cierto tratamiento es médicamente necesario.

Todas las solicitudes de pago o reembolso de gastos médicos deben entregarse al Administrador del Plan dentro de los sesenta (60) días posteriores a lo último que ocurra de (a) la fecha en la que se incurrió en dichos gastos o (b) la fecha inicial en que usted reciba una factura de un proveedor médico aprobado por dichos gastos. Sin embargo, sin límite de lo antedicho, y excepto conforme se determine a discreción del Administrador del Plan en una circunstancia extraordinaria fuera de su control, no se aceptará un reclamo para su pago más de doce (12) meses después de la fecha en la que se prestaron los servicios que son objeto de dicha factura, incluso si se entrega dentro del período de 60 días después de que usted reciba inicialmente la factura que le envíe el proveedor de atención médica.

Los beneficios médicos terminan cuando un médico determina que usted ha alcanzado la mejoría médica máxima de su lesión relacionada con el trabajo. Usted llega a la “mejoría médica máxima” cuando un médico determina que es probable que no mejorará substancialmente como resultado de tratamiento médico, cirugía o terapia física adicional, o usted se niega a someterse a una cirugía u otro procedimiento médico que un médico recomienda para ayudar a llegar a su punto de recuperación en el que probablemente mejorará substancialmente como resultado de un tratamiento médico, cirugía o terapia física adicional.

Beneficios de salario

El Plan le pagará continuación salarial durante el tiempo que un proveedor médico aprobado determine que usted no puede desempeñar deberes laborales para la Compañía como resultado directo de una lesión relacionada al trabajo. La continuación salarial se pagará como se indica a continuación:

- La continuación salarial se mantendrá al 100% de la tasa de su sueldo o salario por hora por el saldo del día laboral en el que ocurrió la lesión relacionada al trabajo.
- Posteriormente, la continuación salarial se pagará en la cantidad del 75% de su salario semanal promedio. Su salario semanal promedio se determinará por el promedio de sus últimas trece (13) semanas de remuneración bruta recibida.

- El Plan descontará cantidades para impuestos sobre la nómina, F.I.C.A. y las demás deducciones requeridas por la ley o elegidas por usted.

La continuación salarial termina cuando un proveedor médico aprobado:

- le da de alta para que desempeñe las funciones esenciales de su trabajo como lo hacía antes de que ocurriera la lesión relacionada al trabajo, con o sin adaptaciones razonables; o
- le da de alta para que desempeñe deberes laborales modificados en la Compañía, cuyo proveedor ha determinado que usted es físicamente capaz de desempeñarlos; o
- determina que usted ha alcanzado la mejoría médica máxima de su lesión relacionada al trabajo.

Limitación de beneficios

El monto máximo de beneficios disponible para un solo accidente relacionado con el trabajo, sin importar el número de empleados lesionados, es de \$1,000,000. El monto máximo de beneficios disponible para una sola lesión relacionada al trabajo es de \$200,000. Todos los beneficios terminan después del vencimiento de dos (2) años después de la fecha de la lesión relacionada al trabajo o cuando un proveedor médico aprobado determina que ha alcanzado la mejoría médica máxima, si esta ocurre primero. Los empleados no tienen derecho a recibir beneficios de continuación salarial por más de una lesión relacionada al trabajo simultáneamente. Además, a menos que de alguna forma lo autorice el Administrador del Plan a su discreción, si usted no ha incurrido en ningún gasto médico relacionado a su lesión por un período de al menos 120 días consecutivos, la porción médica de su caso se cerrará administrativamente y no se pagarán más gastos médicos por esa lesión. La oración anterior no impide que la porción médica del caso se cierre en una fecha anterior si así lo determina el Administrador del Plan, a su discreción. Ninguna cantidad que se haya pagado en exceso de algún límite descrito en esta Sección es una cantidad que se paga de acuerdo con los términos del Plan y, en cambio, la Compañía puede pagar dicha cantidad, si existiese, a su entera, absoluta e inapelable discreción.

Coordinación de beneficios

Todos los beneficios previstos bajo el Plan se pagarán solamente hasta el grado en que no sean compensables bajo algún otro plan o programa a su disposición. Para los fines de este párrafo, “compensable” significa que usted es elegible para beneficios bajo otro plan o programa, independientemente de si ese plan o programa está pagando realmente dichos beneficios. Así mismo, hasta el grado en que usted reciba beneficios médicos o salariales bajo cualquier otro plan o programa, los beneficios de continuación médica y salarial bajo este Plan se reducirán por la cantidad de los beneficios pagados bajo dicho plan o programa alterno.

Controles de calidad y eficiencia

El Administrador del Plan puede asignar proveedores médicos aprobados a su caso para poder coordinar y acelerar su tratamiento médico, facilitar la gestión, la calidad y las medidas y procedimientos de eficiencia de dicho caso según lo considere apropiado

el Administrador del Plan, y revisar la idoneidad de todos y cada uno de los tratamientos, servicios y suministros, incluyendo cargos por dichos tratamientos, servicios y suministros. Algunos ejemplos de las características de gestión, eficiencia y control de calidad y contención de gastos del caso que pueden utilizarse conforme el Plan, bajo la dirección y control del Administrador del Plan, incluyen, entre otros, usar instalaciones de atención médica alternas en vez de hospitales, obtener segundas opiniones antes de la cirugía, requisitos respecto a evaluaciones de preadmisión y pruebas de preadmisión, requerir la revisión de utilización, asignar un enfermero administrador de caso y remisiones a especialistas.

Para poder ser elegible a recibir beneficios o beneficios continuos bajo el Plan, usted debe cumplir con, y someterse a, cualquier procedimiento de atención gestionada o gestión de caso que el Administrador del Plan (o sus asesores médicos designados) considere apropiado para su caso.

FUENTE DE BENEFICIOS

La Compañía pagará beneficios bajo el Plan desde sus activos generales. No se requiere contribución del Empleado para participar en el Plan.

SUBROGACIÓN

Si su lesión relacionada al trabajo fue causada, total o parcialmente, por una persona o entidad no empleada por la Compañía (una “tercera parte”), aun así, la Compañía pagará sus beneficios conforme a este Plan. Sin embargo, la Compañía espera reembolso total por esos beneficios de la tercera parte que le causó la lesión. A esto se le llama subrogación. El interés de subrogación de la Compañía se aplica a los “primeros fondos” pagados por la tercera parte, sin importar si los fondos restantes lo compensan a usted plenamente por sus lesiones y daños. Usted debe cooperar con la Compañía para ejercer este interés de subrogación. Esto significa que quizás se le requiera que firme un acuerdo permitiendo que el Plan haga valer un reclamo en su nombre contra la tercera parte para obtener reembolso por los beneficios pagados a usted o en su nombre. Si decide procurar su propio reclamo contra la tercera parte, debe mantener informada a la Compañía sobre el estado de su reclamo. Además, no deberá exonerar ningún reclamo contra una tercera parte responsable a menos que los derechos de subrogación de la Compañía estén protegidos y hasta que el Administrador del Plan autorice la exención. Hasta el grado en que una tercera parte le pague fondos por convenio directamente a usted, usted está de acuerdo en reembolsar a la Compañía por el monto total de los beneficios pagados previamente a usted o en su nombre. Bajo ninguna circunstancia el Plan o la Compañía serán responsables de los honorarios de abogado en los que usted incurra en conexión con su reclamo contra una tercera parte.

EXENCIÓN

La Compañía se reserva el derecho absoluto a exigirle, a su entera discreción, que ejecute y entregue a la Compañía (o su delegado), en una forma proporcionada por la Compañía, una exención total de responsabilidad y pacto de no demandar (una “Exención”) antes de que los beneficios se otorguen o continúen bajo el Plan, en

consideración de cualquier beneficio o alguna otra consideración que pudiese proveer la Compañía.

La Exención puede, entre sus otras disposiciones, requerir que usted exonere y renuncie a su derecho de presentar una demanda o denuncia que incluya, entre otros, una acción de negligencia, para recuperar daños de la Compañía, y sus directores, funcionarios, empleados, agentes y cesionarios, por motivo de alguna lesión personal o daños materiales que surjan a raíz de su lesión. Aceptar y firmar la Exención deberá ser completamente voluntario de su parte, y al firmar la Exención por su propia voluntad, usted acepta que los beneficios proporcionados bajo el Plan serán su recurso único y exclusivo con respecto a las personas y entidades exentas de responsabilidad bajo la Exención.

De acuerdo con la Sección 406.033 del Código Laboral de Texas, se le puede exigir a usted que ejecute la Exención después de que haya recibido una evaluación médica de un doctor de atención no urgente y no antes de diez días laborales después del reporte inicial de su lesión. La Exención no afectará sus derechos bajo los procesos de reclamos y apelación del Plan.

La Compañía posee el derecho total a retener, demorar o suspender el pago de cualquier beneficio hasta que se haya firmado y devuelto toda Exención solicitada. Aunque la ejecución de la Exención es voluntaria de su parte, si no lo hace o se niega a hacerlo como se solicita, la Compañía podría retener o suspender beneficios y futuros beneficios hasta que se ejecute la Exención.

Para poder recibir beneficios bajo el Plan, usted también debe, cuando se solicite, ejecutar y entregar al Administrador del Plan una exención por escrito de sus expedientes médicos relacionados a su lesión y su autorización para revisar dichos expedientes. El Administrador del Plan puede retener, demorar o suspender el pago de beneficios hasta que usted haya ejecutado y devuelto una exención solicitada.

PROCEDIMIENTOS PARA RECLAMOS

Para poder recibir cualquiera de los beneficios proporcionados por este Plan, usted debe presentar la información, documentos y evidencia requeridos por la Compañía y el Administrador del Plan. Si usted no presenta todos los reclamos y apelaciones conforme los procedimientos indicados más adelante, no tendrá derecho a revisión, y la denegación del reclamo será final y vinculante para todas las personas y para todos los fines. Un reclamo (incluso una demanda para el arbitraje de un reclamo) se presentará oportunamente si el Administrador del Plan lo recibe dentro del plazo de dos años a partir de la fecha del Accidente que causó la Lesión Corporal del Participante. Los reclamos que no se presenten oportunamente al Administrador del Plan quedan prohibidos de consideración por parte del Administrador del Plan para usarse en una acción legal, incluso el arbitraje. Una demanda para arbitraje y para solicitud de mediación pueden realizarse simultáneamente.

DETERMINACIÓN DE RECLAMO

Las determinaciones de beneficios (ya sean adversas o no) se realizarán dentro de los marcos de tiempo descritos a continuación. Si se aprueba un reclamo, los beneficios se pagarán en cuanto sea práctico.

Reclamo que involucra atención urgente. Para cualquier reclamo que involucra atención urgente, la determinación de beneficios del Plan se hará lo antes posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, pero no más de 72 horas después de que el Plan reciba el reclamo, a menos que usted no proporcione suficiente información para determinar si, o hasta qué grado, los beneficios se cubren o se pagan bajo el Plan. En caso de que eso ocurra, el Administrador del Plan le notificará lo antes posible, pero no más de 24 horas después de que el Plan reciba el reclamo, de la información específica necesaria para completar el reclamo. Se le otorgará una cantidad de tiempo razonable, tomando en cuenta las circunstancias, pero no menos de 48 horas, para que proporcione la información especificada. El Administrador del Plan le notificará a usted sobre la determinación de beneficios del Plan lo antes posible, pero en ningún caso más de 48 horas después de lo que ocurra primero de:

- el Plan recibe la información especificada; o
- termina el período otorgado a usted para que proporcione la información adicional especificada.

Decisión de atención concurrente. Si el Plan ha autorizado que se proporcione un curso de tratamiento continuo durante un período de tiempo o número de tratamientos:

- Cualquier reducción o cancelación que el Plan haga de dicho curso de tratamiento (que no sea por enmienda o cancelación del Plan) antes del final de dicho período de tiempo o número de tratamientos constituirá una determinación de beneficios adversa. El Administrador del Plan le notificará sobre la determinación de beneficios adversa en un momento con suficiente anticipación sobre la reducción o cancelación para permitirle que apele y obtenga una determinación en revisión de esa determinación de beneficios adversa antes de que el beneficio se reduzca o se cancele.
- Toda petición de usted para prolongar el curso de tratamiento más allá del período de tiempo o número de tratamientos que sea un reclamo que involucre atención urgente se decidirá lo antes posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, y el Administrador del Plan le notificará sobre la determinación de beneficios, ya sea adversa o no, dentro de las 24 horas después de que el Plan reciba el reclamo, siempre y cuando dicho reclamo se presente ante el Plan al menos 24 horas antes del vencimiento del período de tiempo o del número de tratamientos prescritos.

Reclamo previo al servicio. Para cualquier reclamo con respecto al cual los términos del Plan condicionan el recibo del beneficio, total o parcialmente, con aprobación del beneficio antes de obtener atención médica (un “reclamo previo al servicio”), la determinación de beneficios del Plan se hará dentro de un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias médicas, pero no más de 15 días después de que el Plan reciba el reclamo. El Plan puede prolongar este período una vez por hasta 15

días, siempre y cuando el Administrador del Plan determine que dicha extensión es necesaria debido a asuntos más allá del control del Plan y le notifique a usted, antes del vencimiento del período inicial de 15 días, sobre las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha para la cual el Plan espera emitir una decisión. Si dicha extensión es necesaria debido a que usted no entregó la información necesaria para decidir el reclamo, el aviso de extensión describirá específicamente la información requerida y a usted se le otorgarán al menos 45 días después de que reciba el aviso dentro de los cuales tendrá que proporcionar la información especificada.

Otro reclamo médico. Para los demás reclamos médicos, el Administrador del Plan le notificará a usted sobre la denegación de beneficios del Plan dentro de un período de tiempo razonable, pero no más de 30 días después de que reciba el reclamo. El Plan puede prolongar este período una vez por hasta 15 días, siempre y cuando el Administrador del Plan determine que dicha extensión es necesaria debido a asuntos más allá del control del Plan y le notifique a usted, antes del vencimiento del período inicial de 30 días, sobre las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha para la cual el Plan espera emitir una decisión. Si dicha extensión es necesaria debido a que usted no entregó la información necesaria para decidir el reclamo, el aviso de extensión describirá específicamente la información requerida y a usted se le otorgarán al menos 45 días después de que reciba el aviso dentro de los cuales tendrá que proporcionar la información especificada.

Reclamo no médico. Si un reclamo no médico se niega total o parcialmente, el Administrador del Plan le notificará a usted sobre la denegación de beneficios del Plan dentro de un período de tiempo razonable, pero no más de 90 días después de que el Plan reciba el reclamo, a menos que el Administrador del Plan determine que las circunstancias especiales requieren una extensión de tiempo para procesar el reclamo. Si el Administrador del Plan determina que se requiere una extensión de tiempo para procesar, se le proporcionará un aviso escrito a usted antes de que se venza el período inicial de 90 días. Por ningún motivo dicha extensión excederá un período de 90 días desde el final de dicho período inicial. El aviso de extensión indicará las circunstancias especiales que requieren una extensión de tiempo y la fecha para la que el Plan espera emitir la determinación de beneficios.

Negación de reclamo. Si se niega un reclamo, total o parcialmente, a usted se le dará una declaración, escrita de una manera en que se estime que usted la comprenderá, que contenga lo siguiente:

- las razones específicas de la negación;
- referencias a disposiciones específicas del Plan sobre las que se basó la negación;
- una descripción de cualquier material o información adicionales necesarios para que usted perfeccione el reclamo y una explicación del por qué el material o la información son necesarios;
- una descripción del proceso de revisión del Plan y los límites de tiempo correspondientes a dicho proceso, incluyendo una declaración del derecho de usted al arbitraje posterior a una negación final en apelación;
- si se dependió de una norma, pauta o protocolo interno, u otro criterio similar para tomar la determinación adversa, ya sea la norma, pauta o protocolo específico, u otro criterio similar; o una declaración de que se dependió de dicha

norma, pauta, protocolo u otro criterio similar para tomar la determinación adversa y que se le proveerá una copia de dicha norma, pauta, protocolo u otro criterio sin cargo alguno, si así lo solicita;

- si la denegación de beneficio se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio clínico o científico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas de usted, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo alguno, si así lo solicita; y
- en el caso de una negación concerniente a un reclamo que involucra atención urgente, una descripción del proceso de revisión acelerado correspondiente a dichos reclamos.

PROCESO DE APELACIÓN

Si un reclamo de pago o reembolso se niega, total o parcialmente, usted tendrá el derecho a solicitar una revisión del reclamo negado. Para solicitar una revisión, usted debe presentar por escrito una petición de revisión dentro de los ciento ochenta (180) días después de la fecha en que reciba el aviso escrito de la negación de reclamo. La petición de revisión debe dirigirse a la persona designada en la negación de reclamo escrita. Para toda revisión de una negación de reclamo que involucra atención urgente, usted puede presentar el reclamo para revisión ya sea oralmente o por escrito, y toda la información necesaria, incluyendo la determinación en revisión de los beneficios del Plan, se transmitirá entre el Plan y usted por teléfono, facsímile u otro método similar disponible que sea rápido.

Usted puede presentar comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada al reclamo de beneficios. A usted se le otorgará, si así lo solicita y sin cargo alguno, acceso razonable a, y copias de, todos los documentos, registros y otra información relevante al reclamo de sus beneficios. La revisión tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por usted relacionada al reclamo, sin importar si dicha información se presentó o se consideró en la determinación inicial de beneficios.

La revisión no será predispuesta a la denegación inicial de beneficios. La revisión no la realizará un individuo que tomó la determinación inicial de beneficios o un subordinado de dicho individuo.

Al revisar alguna determinación que se basa, total o parcialmente, en un juicio médico, el individuo que realiza la revisión consultará con un profesional de atención médica que tenga capacitación y experiencia apropiadas en el campo de medicina implicado en el juicio médico. Dicho experto médico será un individuo que no sea ni un individuo que se consultó en conexión con la denegación inicial de beneficios que sea el objeto de la apelación, ni el subordinado de dicho individuo. La identificación de tal experto médico se le dará a usted si así lo solicita.

Reclamo que involucra atención urgente. En el caso de un reclamo que involucra atención urgente, el administrador del Plan le notificará a usted sobre la determinación en revisión de los beneficios del Plan lo antes posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, pero no más de 72 horas después de recibir la petición de usted para revisar una denegación de beneficio.

Reclamo previo al servicio. En el caso de un reclamo previo al servicio, el administrador del Plan deberá notificarle a usted sobre la determinación en revisión de los beneficios del Plan dentro de un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias médicas, pero no más de 30 días después de que el Plan reciba la petición de usted para revisar una denegación de beneficio.

Otro reclamo médico. Para los demás reclamos médicos, el administrador del Plan le notificará a usted sobre la determinación en revisión de beneficios del Plan dentro de un período de tiempo razonable, pero no más de 60 días después de que el Plan reciba petición de usted para revisión de una denegación de beneficios.

Reclamo no médico. En el caso de un reclamo no médico, el administrador del Plan le notificará a usted sobre la determinación en revisión de beneficios del Plan dentro de un período de tiempo razonable, pero no más de 60 días después de que el Plan reciba su petición de revisión, a menos que el administrador del Plan determine que las circunstancias especiales requieren una extensión de tiempo para procesar el reclamo. Si el administrador del Plan determina que se requiere una extensión de tiempo para procesar, se le proporcionará un aviso escrito a usted antes de que se venza el período inicial de 60 días. Por ningún motivo dicha extensión excederá un período de 60 días desde el final del período inicial. El aviso de extensión indicará las circunstancias especiales que requieren una extensión de tiempo y la fecha para la que el Plan espera emitir la determinación en revisión.

Notificación de la determinación en revisión de beneficios. El administrador del Plan le proporcionará a usted una notificación escrita de una determinación en revisión de los beneficios del Plan. En el caso de una determinación de beneficios adversa, la notificación estipulará, de una manera que se estime que usted la comprenderá:

- la razón o razones específicas para la determinación adversa;
- referencia a las disposiciones específicas del Plan sobre las que se basó la determinación de beneficios;
- una declaración de que usted tiene derecho a recibir, si así lo solicita y sin cargo alguno, acceso razonable a, y copias de, todos los documentos, registros y otra información relevante al reclamo de sus beneficios;
- una declaración de su derecho al arbitraje de su reclamo;
- si se dependió de una norma, pauta o protocolo interno, u otro criterio similar para tomar la determinación adversa, ya sea la norma, pauta o protocolo específico, u otro criterio similar; o una declaración de que se dependió de dicha norma, pauta, protocolo u otro criterio similar para tomar la determinación adversa y que se le proveerá una copia de la norma, pauta, protocolo u otro criterio similar sin cargo alguno, si así lo solicita;
- si la determinación adversa se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio clínico o científico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas de usted, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo alguno, si así se solicita; y
- la siguiente declaración: “Usted y su Plan podrían tener otras opciones de resolución de conflictos que sean alternas y voluntarias, como la mediación. Una forma de enterarse sobre lo que puede estar disponible es comunicándose a su

oficina local del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos y su agencia estatal reguladora de seguros”.

ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

El Administrador del Plan es responsable de la administración del Plan y por lo tanto tiene la autoridad discrecional de resolver todas las preguntas sobre elegibilidad para pagos de beneficios y participación en el Plan, de determinar el monto y el método de pago de los beneficios y de interpretar las disposiciones del Plan. El Administrador del Plan puede asignar o involucrar a una tercera parte como administrador de reclamos para ayudarlo con la administración del Plan. El Administrador del Plan tiene un deber de ejercer su autoridad de una manera uniforme y consistente. En caso del sobrepago de algún reclamo, el Administrador del Plan puede tomar ciertas medidas para recuperar la cantidad del sobrepago. Toda acción o impugnación legal que involucre al Plan deberá presentarse exclusivamente en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos de una de las siguientes ciudades de Texas que sea más práctica para el Reclamante: Amarillo, Dallas, Fort Worth, Houston o San Antonio.

ENMIENDA O CANCELACIÓN DEL PLAN

La Compañía tiene como fin que este Plan sea un programa permanente y continuo de beneficios. Sin embargo, la Compañía puede enmendar o cancelar este Plan o cualquier beneficio proporcionado bajo el Plan en cualquier momento. Si la Compañía enmienda o cancela el Plan, la enmienda o cancelación no afectará retroactivamente su elegibilidad de recibir beneficios por gastos en los que se incurrió antes de la fecha de la enmienda o cancelación.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

Como participante en el Plan, tiene derecho a ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos para la Jubilación de Empleados (ERISA) de 1974.

Puede examinar, sin cargo, todos los documentos que rigen el Plan, y una copia del informe anual más reciente (formulario Serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la Sala de Información Pública de la Administración de Beneficios para Pensión y Bienestar. Puede obtener copias de estos documentos si los solicita por escrito al Administrador del Plan. El Administrador del Plan puede cobrar un cargo razonable por las copias.

ERISA también impone deberes en las personas que son responsables del funcionamiento de este Plan. Las personas que manejan este Plan, llamadas “fiduciarios” del plan, tienen un deber de hacerlo prudentemente y en interés de usted y de otros participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluyendo su empleador, o alguna otra persona, puede despedirlo o discriminar en su contra de ninguna manera para impedirle que obtenga un beneficio del Plan o que ejecute sus derechos conforme ERISA.

Si se le niega o se ignora su reclamo de beneficios, total o parcialmente, usted tiene derecho a saber por qué, a obtener gratis las copias de documentos relacionados a la decisión y a apelar toda denegación, todo dentro de ciertos límites de tiempo.

Bajo ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer valer los derechos anteriores. Por ejemplo, si usted solicita una copia de documentos del plan o del informe anual más reciente del Plan y no los recibe en un plazo de 30 días, puede entablar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el Administrador del Plan proporcione los materiales y le pague hasta \$110 al día hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no se enviaron debido a motivos más allá del control del Administrador del Plan. Si tiene un reclamo de beneficios que se negó o se ignoró, total o parcialmente, puede iniciar un arbitraje para resolver su reclamo. Si sucede que los fiduciarios del plan malversan el dinero del plan, o si se discrimina en su contra por ejercer sus derechos, puede solicitar ayuda del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, o puede iniciar un arbitraje para resolver su reclamo. El árbitro decidirá quién deberá pagar los costos y honorarios legales. Si usted resulta victorioso, el árbitro puede ordenar que la persona demandada pague estos costos y honorarios. Si usted pierde, el árbitro puede ordenar que usted pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si concluye que su reclamo es frívolo.

Si tiene alguna pregunta sobre este Plan, comuníquese con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos conforme ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, debe comunicarse a la oficina más cercana de la Administración de Beneficios para Pensión y Bienestar, del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, que se encuentra en su directorio telefónico o en la División de Asistencia Técnica y Consultas: Pension and Welfare Benefits Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades conforme a ERISA con llamar a la línea directa de publicaciones de la Administración de Beneficios para Pensión y Bienestar.

ARBITRAJE DE ERISA, RENUNCIA A DEMANDA COLECTIVA Y PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES

A partir del 1 de abril de 2021, todos los reclamos que surjan conforme el Plan deben resolverse exclusivamente mediante arbitraje. Las disposiciones de arbitraje del Plan se explican en un Acuerdo de Resolución de Conflictos que se le proporcionará en la fecha vigente de las disposiciones de arbitraje del Plan, o alrededor de esa fecha, o, si ocurre después, cuando sea un Participante en el Plan por primera vez.

Con aviso del Acuerdo de Resolución de Conflictos y mediante la participación continua en el Plan, usted acepta, queda vinculado por y ratifica el Acuerdo de Resolución de Conflictos. Su aceptación de cualquier beneficio que ofrece el Plan, y con el empleo continuo, también constituye consideración adicional para el Acuerdo de Resolución de Conflictos. En caso de que no ejecute el Acuerdo de Resolución de Conflictos, la participación continua en el Plan constituirá el acuerdo de quedar vinculado a los términos del Acuerdo de Resolución de Conflictos.

Si un conflicto relacionado a un Reclamo con cobertura no puede resolverse mediante comunicaciones directas (en la opinión de cualquiera de las partes), la Compañía, el

Administrador del Plan y usted están de acuerdo en primero intentar resolver el conflicto a través de mediación conforme a las Reglas de Arbitraje Comercial y los Procedimientos de Mediación de la Asociación Americana de Arbitraje, antes de recurrir al arbitraje. La mediación se requiere como una condición precedente al arbitraje.