



TRINITY INDUSTRIES



2026

TRINITY INDUSTRIES, INC.
BENEFIT LEGAL NOTICES AND DISCLOSURES

Each year, there are legally required notices and disclosures Trinity Industries, Inc. (“Trinity”) is required to provide related to certain benefit plans.

These notices apply to the Trinity Wrap Plan (“Plan”) as required by federal law.

TABLE OF CONTENTS

Premium Assistance Under Medicaid and The Children’s Health Insurance Program (CHIP).....3
Cobra Rights Notice7
Medicare Part D Notice Of Creditable Coverage..... 13
Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage..... 19
Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills.....20

If you (and/or your dependents) have Medicare or will become eligible for Medicare in the next 12 months, a Federal law gives you more choices about your prescription drug coverage. Please see page 11 of the Legal Notices and Disclosures section for important information concerning Medicare Part D coverage.

PREMIUM ASSISTANCE UNDER MEDICAID AND THE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you're eligible for health coverage from Trinity Industries, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren't eligible for Medicaid or CHIP, you won't be eligible for these premium assistance programs, but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed on the following page, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office, dial **1-877-KIDS NOW**, or visit www.insurekidsnow.gov to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren't already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

If you live in a state listed on the following pages, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The list of states is current as of July 31, 2025. Contact your State for further information on eligibility.

To see if any other states have added a premium assistance program since July 31, 2025, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor Employee Benefits Security Administration www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, Menu Option 4, ext. 61565

ALABAMA - MEDICAID	ALASKA - MEDICAID
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS - MEDICAID	CALIFORNIA - MEDICAID
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO - HEALTH FIRST COLORADO (COLORADO'S MEDICAID PROGRAM) & CHILD HEALTH PLAN PLUS (CHP+)	FLORIDA - MEDICAID
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268
GEORGIA - MEDICAID	INDIANA - MEDICAID
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162 , Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: 678-564-1162 , Press 2	Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Family and Social Services Administration Phone: 1-800-403-0864 Member Services Phone: 1-800-457-4584
IOWA - MEDICAID AND CHIP (HAWKI)	KANSAS - MEDICAID
Medicaid Website: Iowa Medicaid Health & Human Services Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Health & Human Services Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Health & Human Services (iowa.gov) HIPP Phone: 1-888-346-9562	Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660

KENTUCKY - MEDICAID	LOUISIANA - MEDICAID
<p>Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</p> <p>Phone: 1-855-459-6328</p> <p>Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</p> <p>KCHIP Website: https://kynect.ky.gov</p> <p>Phone: 1-877-524-4718</p> <p>Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp</p> <p>Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE - MEDICAID	MASSACHUSETTS - MEDICAID AND CHIP
<p>Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</p> <p>Phone: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Maine relay 711</p> <p>Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</p> <p>Phone: 1-800-977-6740</p> <p>TTY: Maine relay 711</p>	<p>Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa</p> <p>Phone: 1-800-862-4840</p> <p>TTY 711</p> <p>Email: masspremassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA - MEDICAID	MISSOURI - MEDICAID
<p>Website: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</p> <p>Phone: 1-800-657-3672</p>	<p>Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</p> <p>Phone: 573-751-2005</p>
MONTANA - MEDICAID	NEBRASKA - MEDICAID
<p>Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</p> <p>Phone: 1-800-694-3084</p> <p>Email: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</p> <p>Phone: 1-855-632-7633</p> <p>Lincoln: 402-473-7000</p> <p>Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA - MEDICAID	NEW HAMPSHIRE - MEDICAID
<p>Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov</p> <p>Medicaid Phone: 1-800-992-0900</p>	<p>Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</p> <p>Phone: 603-271-5218</p> <p>Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 15218</p> <p>Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
NEW JERSEY - MEDICAID AND CHIP	NEW YORK - MEDICAID
<p>Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</p> <p>Phone: 1-800-356-1561</p> <p>CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392</p> <p>CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html</p> <p>CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</p> <p>Phone: 1-800-541-2831</p>
NORTH CAROLINA - MEDICAID	NORTH DAKOTA - MEDICAID
<p>Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/</p> <p>Phone: 919-855-4100</p>	<p>Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare</p> <p>Phone: 1-844-854-4825</p>

OKLAHOMA - MEDICAID AND CHIP	OREGON - MEDICAID AND CHIP
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA - MEDICAID AND CHIP	RHODE ISLAND - MEDICAID AND CHIP
Website: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)	Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347 , or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)
SOUTH CAROLINA - MEDICAID	SOUTH DAKOTA - MEDICAID
Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
TEXAS - MEDICAID	UTAH - MEDICAID AND CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493	WeUtah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Website: https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov Phone: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Website: https://chip.utah.gov/
VERMONT - MEDICAID	VIRGINIA - MEDICAID AND CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427	Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
WASHINGTON - MEDICAID	WEST VIRGINIA - MEDICAID AND CHIP
Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN - MEDICAID AND CHIP	WYOMING - MEDICAID
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

COBRA RIGHTS NOTICE

You're getting this notice because you recently gained coverage under a group health plan (the Plan). This notice has important information about your right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan. **This notice explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it.** When you become eligible for COBRA, you may also become eligible for other coverage options that may cost less than COBRA continuation coverage.

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should review the Plan's Summary Plan Description or contact the Plan Administrator.

You may have other options available to you when you lose group health coverage. For example, you may be eligible to buy an individual plan through the Health Insurance Marketplace. By enrolling in coverage through the Marketplace, you may qualify for lower costs on your monthly premiums and lower out-of-pocket costs.

Additionally, you may qualify for a 30-day special enrollment period for another group health plan for which you are eligible (such as a spouse's plan), even if that plan generally doesn't accept late enrollees.

WHAT IS COBRA CONTINUATION COVERAGE?

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when it would otherwise end because of a life event. This is also called a "qualifying event." Specific qualifying events are listed later in this notice. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified beneficiary." You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

If you're an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced; or
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

If you're the spouse of an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

WHEN IS COBRA COVERAGE AVAILABLE?

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee;
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrator within 30 days after the qualifying event occurs. Notification may be provided by contacting the Trinity Benefits Center at 1-888-765-5367.

HOW IS COBRA CONTINUATION COVERAGE PROVIDED?

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that generally lasts for 18 months due to employment termination or reduction of hours of work.

Certain qualifying events, or a second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended:

DISABILITY EXTENSION OF 18-MONTH PERIOD OF CONTINUATION COVERAGE

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability would have to have started at sometime before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of COBRA continuation coverage.

Notice of a disability determination by the Social Security Administration must be made by contacting the Trinity Benefit Center at 1-888-765-5367.

Notice of the disability determination must be provided within 60 days after the later of (1) the date of the disability determination by the Social Security Administration, (2) the date on which the covered employee's employment terminated

or his/her hours were reduced, and (3) the date on which the qualified beneficiary loses (or would lose) coverage under the Plan as a result of the covered employee's termination of employment or reduction in work hours. This notice must also be provided no later than 18 months after the covered employee's termination of employment or reduction in work hours.

If the Plan's notification procedures are not followed or if you do not provide timely notice of the events listed, the affected qualified beneficiaries will lose their rights to extended COBRA coverage.

SECOND QUALIFYING EVENT EXTENSION OF 18-MONTH PERIOD OF CONTINUATION COVERAGE

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred. In all of these cases, you must make sure that the Plan Administrator is notified of the second qualifying event within 60 days of the second qualifying event by contacting the Trinity Benefit Center at 1-888-765-5367.

ARE THERE OTHER COVERAGE OPTIONS BESIDES COBRA CONTINUATION COVERAGE?

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through the Health Insurance Marketplace, Medicaid, or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period."

Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at www.healthcare.gov.

Can I enroll in Medicare instead of COBRA continuation coverage after my group health plan coverage ends? In general, if you don't enroll in Medicare Part A or B when you are first eligible because you are still employed, after the Medicare initial enrollment period, you have an 8-month special enrollment period¹ to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of

- The month after your employment ends; or
- The month after group health plan coverage based on current employment ends.

If you don't enroll in Medicare and elect COBRA continuation coverage instead, you may have to pay a Part B late enrollment penalty and you may have a gap in coverage if you decide you want Part B later. If you elect COBRA continuation coverage and later enroll in Medicare Part A or B before the COBRA continuation coverage ends, the Plan may terminate your continuation coverage. However, if Medicare Part A or B is effective on or before the date of the COBRA election, COBRA coverage may not be discontinued on account of Medicare entitlement, even if you enroll in the other part of Medicare after the date of the election of COBRA coverage.

If you are enrolled in both COBRA continuation coverage and Medicare, Medicare will generally pay first (primary payer) and COBRA continuation coverage will pay second. Certain plans may pay as if secondary to Medicare, even if you are not enrolled in Medicare.

For more information visit <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>

IF YOU HAVE QUESTIONS

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.) For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov.

KEEP YOUR PLAN INFORMED OF ADDRESS CHANGES

To protect your family's rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

PLAN CONTACT INFORMATION

Trinity Benefit Center 1-888-765-5367

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This notice describes how health information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

This Notice of Privacy Practices applies to Trinity Wrap Plan ("Plan").

The purpose of this Notice is to describe how the Plan may use and disclose your protected health information in accordance with the HIPAA. This Notice also describes the obligations of the Plan with respect to your protected health information, and describes your rights to control and access your protected health information. The Plan has agreed to the provisions set forth in this Notice.

1. Responsibilities of the Plan

The Plan is required under HIPAA to maintain the privacy of your protected health information. Protected health information includes all individually identifiable health information transmitted or maintained by the Plan that relate to your past, present or future health, treatment or payment for health care services. The Plan must abide by the terms of this Notice, must provide you with a copy of this Notice upon request, and must provide notice to affected individuals following a breach of unsecured protected health information.

2. How the Plan May Use and Disclose Your Protected Health Information

The following categories describe the different situations in which the Plan is permitted or required to use or disclose your protected health information:

- **For Management of Treatment or Payment Purposes.** The Plan has the right to use and disclose your protected health information to satisfy its responsibilities with respect to providing you with coverage and benefits under the Plan. Such disclosures will include those necessary to determine your eligibility for Plan benefits, to facilitate payment for the treatment and services you receive from health care providers, to determine benefit responsibilities under the Plan, or to coordinate Plan coverage. For example, the Plan may disclose your protected health information to determine if a treatment that you received was covered under the Plan.
- **Health Care Operations.** The Plan has the right to use and disclose your protected health information to perform functions necessary for the operation of the Plan. Such disclosures will include those made to conduct quality assessment and improvement activities, for underwriting, premium rating and other activities relating to insurance coverage, for legal services and auditing functions, and for other business management and general administrative activities. For example, the Plan may disclose your protected health information to respond to your customer service request, in connection with its fraud compliance programs, or to provide you with information regarding a new disease management program. The Plan may not use any protected health information that is “genetic information” (as defined by the Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008) for underwriting purposes.
- **Plan Administration Functions.** The Plan (or its business associates, as applicable) may disclose your protected health information to the Plan Sponsor to permit it to perform administrative functions on behalf of the Plan and to service your benefits.
- **Business Associates.** The Plan Sponsor of the Plan may contract with certain service providers (“Business Associates”) to perform various functions on behalf of the Plan. To provide these services, Business Associates may receive, create, maintain, use or disclose protected health information. The Plan Sponsor (on behalf of the Plan) and each Business Associate will enter into, or have already entered into, an agreement requiring the Business Associate to safeguard your protected health information as required by law and in accordance with the terms of this Notice.
- **Organized Health Care Arrangement.** The Plan may share your protected health information with each other for payment purposes and to carry out health care operations.
- **Permitted or Required By Law.** The Plan may use or disclose your protected health information to the extent permitted or required by Federal, state or local law.
- **Lawsuits and Disputes.** The Plan may disclose your protected health information in response to a court or administrative order. Your protected health information may also be disclosed in response to a subpoena, discovery request or other lawful process if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting your protected health information.
- **Certain Government Agencies and Officials.** The Plan may disclose your protected health information to (i) government agencies involved in oversight of the health care system, (ii) government authorities authorized to receive reports of abuse, neglect or domestic violence, (iii) law enforcement officials for law enforcement purposes, (iv) military command authorities, if you are or were a member of the armed forces, (v) correctional institutions, if you are an inmate or in under the custody of a law enforcement official, and (vi) Federal officials for intelligence, counterintelligence, and other national security activities.
- **Public Health and Research Activities; Medical Examiners.** The Plan may also disclose your protected health information (i) for public health activities or to prevent a serious threat to health and safety, (ii) to organizations that handle organ donations, if you are an organ donor, (iii) to coroners, medical examiners and funeral directors as necessary, and (iv) to researchers, if certain conditions regarding the privacy of your protected health information have been met.
- **Workers’ Compensation.** The Plan may disclose your protected health information to comply with workers’ compensation laws and other similar programs that provide benefits for work-related injuries or illnesses.
- **Substance Use Disorder Treatment Information.** If the Plan receives or maintains any substance use disorder treatment records from federally assisted substance use disorder treatment programs that are covered by 42 CFR Part 2 (“Part 2 Programs”) or testimony relating the content of such records through a general consent you provide to the Part 2 Program to use and disclose such PHI for purposes of treatment, payment, or health care operations, the Plan may use

and disclose your Part 2 Program record for treatment, payment, and health care operations, as described in this notice. Part 2 Program records, or testimony relaying the content of such records, will not be used or disclosed in civil, criminal, administrative, or legislative proceedings against an individual unless based on specific written consent, or a court order after notice and an opportunity to be heard is provided to the individual or the holder of the record, where required by law or regulations. A court order authorizing use or disclosure for Part 2 Program records must be accompanied by a subpoena or other similar legal mandate compelling disclosure before the requested record is used or disclosed.

- **Disclosures to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services.**

The Plan may be required to disclose your protected health information to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services to investigate or determine the Plan's compliance with the HIPAA Privacy Rules.

- **Other Uses and Disclosures With Written Authorization.** Disclosures and uses of your protected health information that are not described above may be made by a Plan with your written authorization. If a Plan is authorized to use or disclose your protected health information, you may revoke that authorization, in writing, at any time, except to the extent that the Plan has taken action relying on the authorization. The Plan will not be able to take back any disclosures of your protected health information that have already been made with your authorization. In most cases, the use or disclosure of psychotherapy notes, the use or disclosure of protected health information for marketing purposes, or the sale of protected health information will require your written authorization.

3. Your Rights With Respect to Your Protected Health Information

The following summarizes your rights with respect to your protected health information:

Right to Request a Restriction on Uses and Disclosures of Protected Health Information. You have the right to request a restriction or limitation on the protected health information used or disclosed about you by the Plan for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the disclosure of your protected health information to someone who is involved in your care or the payment for your care, such as a family member, friend or other person you have identified as responsible for your care.

In general, the Plan is not required to agree to a restriction that you request, although in certain circumstances, the Plan may be obligated to honor your request for a restriction on disclosures to another health plan relating to a health care item or service for which you paid in full.

The Plan will comply with any restriction request if: (1) except as otherwise required by law, the disclosure is to a health plan for purposes of carrying out payment or health care operations (and is not for purposes of carrying out treatment); and (2) the protected health information pertains solely to a health care item or service for which the health care provider involved has been paid out-of-pocket in full.

- **Right to Request Confidential Communications.** You have the right to request that the Plan communicate with you about your protected health information in a certain way or at a certain location. For example, you can request that the Plan only contact you at work or by mail. The Plan will accommodate all reasonable requests.
- **Right to Inspect and Copy Your Protected Health Information.** You have the right to inspect and copy your protected health information which may be used to make decisions about your Plan benefits. Under certain circumstances, the Plan may deny you access to a portion of your records. For example, you do not have a right to inspect and copy psychotherapy notes or information that the Plan has collected in connection with, or in reasonable anticipation of, any legal claim or proceeding. If you request copies, the Plan may charge you copying and mailing costs.
- **Right to Amend Your Protected Health Information.** You have the right to request an amendment of your protected health information that is maintained by a Plan if you believe that the information is inaccurate or incomplete. The Plan may deny your request if your protected health information is accurate and complete or if the law does not permit the Plan to amend the requested information. The Plan cannot amend information created by your doctor or any person other than the Plan.
- **Right to Receive an Accounting of Disclosures of Your Protected Health Information.** You have the right to request an accounting of disclosures the Plan has made of your protected health information during the six years prior to the date of your request. However, you will not receive an accounting of (i) disclosures made prior to April 14, 2003 (ii) disclosures made to you, and (iii) disclosures made to carry out treatment, payment or health care operations (except to the

extent required by law, if the Plan maintains your Protected Health Information as an electronic health record). Certain other disclosures are also excepted from the HIPAA accounting requirements. If you request more than one accounting in any 12-month period, the Plan will charge you a reasonable fee for each accounting after the first accounting statement.

- **Right to Receive a Paper Copy of this Notice.** You have the right to receive a paper copy of this Notice upon request. To obtain a paper copy of this Notice, contact the Trinity Benefits Center at 1-888-765-5367.
- **To Exercise Your Individual Rights.** To exercise any of your rights listed above, you must complete the appropriate form. To obtain the required form, please contact the HIPAA Privacy Officer for the Plan as set forth in Section 7 below.
- **To Appoint Someone to Act on Your Behalf.** If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. The Plan will make sure the person has this authority and can act for you before taking any action.
- **To Provide Us With Instructions in Certain Situations.** If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions. In these cases, you have both the right and choice to tell us to:
 - » Share information with your family, close friends, or others involved in payment for your care
 - » Share information in a disaster relief situation

If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety. In these cases, we never share your information unless you give us written permission:

- » Marketing purposes
- » Sale of your information
- **Right to be Notified of a Breach Affecting Your Protected Health Information.** You have the right to receive notice in the event that the Plan (or a business associate) discovers a breach (as defined by applicable law) involving your protected health information.

4. Filing a Complaint With the Plan or the U.S. Dept. of Health and Human Services.

If you believe that a Plan has violated your HIPAA privacy rights, you may complain to the Plan or to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. Complaints to the Plan should be sent to Trinity Industries, Inc., 14221 N. Dallas Pkwy, Ste. 1100 Dallas, TX 75254. Complaints to the Secretary should be sent to the U.S. Department of Health and Human Services, Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Ave. S.W., Washington, D.C. 20201.

The Plan will not penalize you or retaliate against you for filing a complaint.

5. Changes to this Notice

The Plan reserves the right to change the provisions of this Notice and to apply the changes to all protected health information received and maintained by the Plan. If the Plan makes a material change to this Notice, a revised version of this Notice will be provided to you within sixty (60) days of the effective date of the change at your address of record.

6. Effective Date

This Notice was originally effective on April 14, 2003. As revised, this Notice is effective as of January 1, 2026.

7. Contact Information

If you have any questions regarding this Notice or would like to exercise any of your rights described in this Notice, please contact:

Trinity Industries, Inc.
Attn: HIPAA Privacy Officer
14221 N. Dallas Pkwy, Ste. 1100
Dallas, TX 75254

MEDICARE PART D NOTICE OF CREDITABLE COVERAGE

Important Notice from Trinity about Your Prescription Drug Coverage and Medicare

The key purpose of this notice is to advise you that the prescription drug coverage you have under your Trinity prescription plan is expected to pay out, on average, at least as much as the standard Medicare prescription drug coverage will pay in 2026 (This is known as “creditable coverage.”) The reason this is important is that if you or a covered dependent are or become eligible for Medicare and you decide to enroll in a Medicare prescription drug plan during a subsequent Annual Enrollment Period, you will not be subject to a late enrollment penalty as long as you had creditable coverage within 63 days of your Medicare prescription drug plan enrollment. You should keep this notice with your important records.

Notice of Creditable Coverage

Please read this notice carefully. This notice has information about your current prescription drug coverage with Trinity and prescription drug coverage available for people with Medicare. It also tells you where to find more information to help you make decisions about your prescription drug coverage.

- 1. Medicare prescription drug coverage is available to everyone with Medicare.**
- 2. Trinity has determined that the prescription drug coverage offered by each medical insurance coverage option is, on average for all Plan participants, expected to pay out as much as the standard Medicare prescription drug coverage will pay in 2026.**
- 3. Read this notice carefully - it explains the options you have under Medicare's prescription drug coverage, and can help you decide whether or not you want to enroll.**

Prescription drug coverage is available to everyone with Medicare through Medicare prescription drug plans. All Medicare prescription drug plans will provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans might also offer more coverage for a higher monthly premium.

If you are covered under one of the prescription drug plans, your existing coverage is, on average, at least as good as standard Medicare prescription drug coverage in 2026. Therefore, if you are or become eligible for Medicare, you can keep this coverage and not pay extra if you later decide to enroll in a Medicare prescription drug plan.

Medicare participants can enroll in a Medicare prescription drug plan October 15 - December 7.

However, because you have existing prescription drug coverage that, on average, is as good as Medicare coverage, you can choose to keep that coverage and join a Medicare prescription drug plan later. Each year after that, you will have the opportunity to enroll in a Medicare prescription drug plan from October 15th through December 7th.

If you decide to enroll in a Medicare prescription drug plan, you may also continue your coverage under the Plan. The Plan will continue to pay primary or secondary as it had before you enrolled in a Medicare prescription drug plan. You may also drop your Plan coverage, in which case Medicare will be your only payer. You can re-enroll in the Plan during the Annual Enrollment Period or if you have a special enrollment event.

At this time, Trinity is planning to continue, for 2026, its prescription drug plan offerings available to Medicare eligible individuals.

You should know that if you drop or lose your coverage with Trinity and don't promptly enroll in Medicare prescription drug coverage after your current coverage ends, you may pay more to enroll in Medicare prescription drug coverage later. If you go 63 days or longer without prescription drug coverage that's at least as good as Medicare's prescription drug coverage, your monthly premium will go up at least 1% per month for every month that you did not have that coverage.

For example, if you go nineteen months without coverage, your Medicare prescription drug plan premium will always be at least 19% higher than what most other people pay. You'll have to pay this higher premium as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until next October to enroll. However, if you involuntarily lose credible prescription drug coverage, you will be eligible for a two month Special Enrollment Period (SEP) to enroll in a Part D plan.

For more information about your options under Medicare prescription drug coverage:

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage will be available in the "Medicare & You" handbook. Medicare participants will get a copy of the handbook in the mail from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare prescription drug plans.

You can get more information about Medicare prescription drug plans:

- Visit www.medicare.gov for personalized help.
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see a copy of the Medicare & You handbook for their telephone number).
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

For people with limited income and resources, extra help paying for a Medicare prescription drug plan is available. Information about this extra help is available online from the Social Security Administration ("SSA") at www.socialsecurity.gov or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

You will get this notice every year, and you will get this notice before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through Trinity changes. You may also request a copy of this notice at any time.

Remember: Keep this notice. If you enroll in one of the plans approved by Medicare, which offer prescription drug coverage, you may need to give a copy of this notice when you join to show that you are not required to pay a higher premium amount.

SOCIAL SECURITY NUMBERS GENERALLY REQUIRED FOR ENROLLMENT

Under Section 111 of the Medicare, Medicaid and SCHIP Extension Act of 2007 ("MMSEA"), the Centers for Medicare and Medicaid Services ("CMS") generally requires Social Security numbers for employees and dependents to assist with reporting under the Medicare Secondary Payer requirements. Accordingly, when you enroll in the Plan, you will be required to provide Social Security numbers for yourself and any dependents you wish to enroll to assist us in complying with this requirement. If Social Security numbers are not available for any of your dependents, you should contact the Trinity Benefits Center for additional instructions.

THE FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT

If you are on a leave of absence covered by the Family and Medical Leave Act of 1993 ("FMLA"), you may continue to participate in and receive health coverage under the Plan during the leave if the following conditions are met:

- Your leave has been approved in writing by the employer, and
- Any required contribution for the cost of your coverage is paid by you when due.
- When you return to work, any arrears for unpaid premiums will be taken out of your paycheck.

You may continue to receive health coverage under the Plan until the end of the leave period required by the FMLA. If you cancel your coverage while you are on an approved FMLA leave and you return to work as an eligible employee immediately following your approved FMLA leave (or your approved leave of absence that includes an approved FMLA leave), you have the right to have your participation reinstated as soon as you return to work for one full day.

If you do not return to work following an approved FMLA leave you (and your spouse and dependent children, if any) may be eligible for COBRA continuation coverage as of the date you terminated employment with Trinity. For more information, contact the Trinity Benefits Center at 1-888-765- 5367.

UNIFORMED SERVICES EMPLOYMENT AND REEMPLOYMENT RIGHTS ACT OF 1994 (“USERRA”)

If you voluntarily or involuntarily serve in the uniformed services of the United States for a period of five years or less while an eligible employee, your and covered dependents’ medical, dental and/or vision coverage may automatically continue up to 24 months, provided you or your dependents pay the cost of coverage. You may elect to terminate continued coverage at any time. For the first month, the cost is based on the active employee rate and after the first month, it is 102% of the full premium (premium plus 2% administrative fee.)

This provision applies to:

- Employees on active duty in the U.S. Armed Forces,
- Employees on active duty for training in the U.S. Armed Forces,
- Employees on initial active duty for training and inactive duty training in the U.S. Armed Forces (including the Reserve components), the Army or Air National Guard and the commissioned corps of the Public Health Service, and to full-time National Guard duty, and
- Absences needed to determine the employee’s fitness for duty in the uniformed service.

If you are still on leave after 24 months, you and your dependents may be eligible to continue coverage under COBRA.

Coverage will end if you are discharged from military service under other than honorable conditions, or if you are dismissed or dropped from the rolls under conditions that result in loss of reemployment rights under the law.

If you or your dependents are covered by TRI-CARE, any plan will not coordinate benefits.

SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS

You have a special right to enroll in medical coverage under the Plan in the following situations:

- **Loss of Other Coverage (Excluding Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program).** **If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while other health insurance or group health plan coverage is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in medical coverage if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if Trinity stops contributing toward your or your dependents’ other coverage). However, you must request enrollment within 30 days after your or your dependents’ other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).**
- **Loss of Coverage for Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program.** If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while Medicaid coverage or coverage under a state children’s health insurance program is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in medical coverage if you or your dependents lose eligibility for that other coverage. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents’ coverage ends under Medicaid or a state children’s health insurance program.
- **New Dependent by Marriage, Birth, Adoption, or Placement for Adoption.** If you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your new dependents in medical coverage. However, you must request enrollment within 30 days after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.
- **Eligibility for Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program.** If you or your dependents (including your spouse) become eligible for a state premium assistance subsidy from Medicaid or **through** a state children’s health insurance program with respect to medical coverage under the Plan, you may be able to enroll yourself and your dependents outside the normal open enrollment period. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents’ determination of eligibility for such assistance.

To request special enrollment or to obtain more information about the Plan’s special enrollment provisions, contact the Trinity Benefits Center at 1-888-765-5367.

WOMEN’S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT

The Plan, as required by the Women’s Health and Cancer Rights Act of 1998, provides benefits for mastectomy-related benefits, coverage will be determined in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient. This includes all states of reconstruction of the breast on which the mastectomy has been performed, surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance, prostheses, and treatment of physical complications related to all stages of the mastectomy (including lymphedemas). These mastectomy-related benefits are subject to the same annual deductibles and coinsurance rules that apply to other medical and surgical benefits. For more information, call the medical plan carrier for which you are enrolled at the telephone number on your medical plan ID card.

NEWBORNS’ AND MOTHERS’ HEALTH PROTECTION ACT NOTICE

The Plan generally may not, under federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child not less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, federal law generally does not prohibit the mother’s or newborn’s attending physician, after consulting with the mother, from discharging the mother and her newborn earlier than the 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, the Plan may not, under federal law, require that a provider obtain authorization from the Plan for prescribing a length of stay that does not exceed 48 hours (or 96 hours).

MENTAL HEALTH PARITY

Except in limited circumstances, federal law requires that any mental health care coverage provided by a group health plan generally be comparable to the coverage available for other types of illness or disease. In particular:

- The financial requirements (e.g., deductibles and co-payments) and treatment limitations
- (e.g., number of visits or days of coverage) that apply to mental health and substance abuse benefits must be no more restrictive than the predominant financial requirements or treatment limitations that apply to substantially all medical/surgical benefits;

- Mental health benefits and substance abuse benefits may not be subject to any separate cost-sharing requirements or treatment limitations that only apply to such benefits;
- Out-of-network mental health and substance abuse benefits must generally be made available to covered persons;
- Standards for medical-necessity determinations and reasons for any denial of benefits relating to mental health benefits and substance abuse benefits must be made available upon request to Plan participants; and
- The requirements imposed by the Mental Health Parity Act of 1996 (regarding annual and lifetime dollar limits) will continue and will be extended to substance abuse benefits.

In accordance with the requirements of the Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008 and its related regulations, upon request, the Plan (or the applicable insurance company) will provide a copy of any criteria used to make medical necessity determinations regarding mental health or substance abuse disorder benefits. In the event your claim for mental health or substance abuse disorder benefits is denied, the Plan or the applicable insurance company will provide you with an explanation for the denial.

QUALIFIED MEDICAL CHILD SUPPORT ORDER (“QMCSO”)

Upon receipt of a Qualified Medical Child Support Order (“QMCSO”), Trinity will follow Trinity procedures established for reviewing and implementing such orders with respect to coverage under the Plan.

Upon receiving a properly completed National Medical Support Notice issued by a state child support enforcement agency (Issuing Agency), the notice shall be treated as a QMCSO. If Trinity cannot comply with the notice for one of the permitted reasons, Trinity will complete the Employer Response form included in Part A of the notice specifying the reason(s) that it cannot comply with the notice and advise the Issuing Agency.

If Trinity can comply with the notice, then it will forward a copy of Part B of the notice (Plan Administrator Response form) to the Plan Administrator within 20 business days of the date of the notice. The Plan Administrator will complete the Plan Administrator Response form to inform the employer and the Issuing Agency if the notice is a QMCSO. If the notice is determined not to be a QMCSO, then the Plan Administrator will specify

the reasons and notify the Issuing Agency and the affected parties of that fact. If the notice is determined to be a QMCSO, the Plan Administrator will provide the effective date of enrollment of the child in the health care benefit program, whether any waiting periods apply and what employee contribution is necessary for coverage.

RIGHTS PURSUANT TO GENETIC INFORMATION NONDISCRIMINATION ACT OF 2008 (“GINA”)

Trinity complies with GINA and, therefore, does not:

- Increase group premium or contribution amounts based on genetic information;
- Request or require an individual or family members to undergo genetic testing; or
- Request, require or purchase genetic information prior to or in connection with enrollment or at any time for underwriting purposes.

“Genetic information” is information about (1) an individual’s genetic tests; (2) the genetic tests of an individual’s family members; (3) the manifestation of a disease or disorder in an individual’s family members; or (4) any request or receipt by the individual of his or her family members of genetic information. Genetic information does not include blood tests that are not designed to obtain information relating to genotypes, mutations or chromosomal changes; cholesterol tests; or information about the age or sex of an individual or family member.

WELLNESS PROGRAM AND REASONABLE ALTERNATIVE NOTICE

Trinity wellness program is a voluntary wellness program available to all employees. The program is administered according to federal rules permitting employer-sponsored wellness programs that seek to improve employee health or prevent disease, including the Americans with Disabilities Act of 1990, the Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008, and the Health Insurance Portability and Accountability Act, as applicable, among others.

Trinity’s wellness program features three voluntary activities that each target different areas of health improvement and have different rewards for participation. These activities are separate, you (and your spouse, if eligible) can choose which programs you would like to complete.

Activity 1 - Tobacco Cessation Program

The Plan has tobacco and non-tobacco rates, unless prohibited under a collective bargaining agreement. You are considered a tobacco user if you use cigarettes, cigars, chewing tobacco, pipe tobacco, smokeless tobacco, vapor and e-cigarettes or other tobacco products in any amount (including daily and occasional social use).

1. If you certify that you and your spouse (if enrolled) have not used any tobacco products in the last six months, then you will qualify for the non-tobacco user rates for medical coverage.
 - During the Plan year, if you and/or your enrolled spouse begin using tobacco products, you will no longer be eligible for the non-tobacco rates and you must immediately report this change to the Trinity Benefits Center at 1-888-765-5367.
2. If you certify that you or your spouse (if enrolled) have used tobacco products in the last six months, then you will qualify for the tobacco user rates for medical coverage.
 - If you or your spouse successfully stop using tobacco during the Plan year, you will qualify for the non-tobacco user rates retroactive to beginning of the year.
 - Call the Trinity Benefits Center at 1-888-765-5367 and follow the prompts to Payroll and Additional Benefits, then Tobacco Cessation.
 - If you or your spouse are unable to stop using tobacco on your own, you can enroll in the Quit for Life Program for tobacco cessation assistance.
 - Contact a Quit Coach by calling the Trinity Benefits Center at 1-888-765-5367 and follow the prompts to Payroll and Additional Benefits, then Tobacco Cessation.
 - By completing five phone calls with a Quit Coach, you will qualify for the non-tobacco user rates retroactive to beginning of the year. Call the Trinity Benefits Center at 1-888-765-5367 and follow the prompts to Payroll and Additional Benefits, then Tobacco Cessation.

Activity 2 - Biometric Screening and Blood Test

Trinity offers free biometric screenings to all benefit eligible employees, regardless of medical plan enrollment. If you choose to participate, the biometric screening will include a blood test for the Metabolic Syndrome risk factors, including: height, weight, blood pressure, BMI, waist circumference, triglycerides, cholesterol, and glucose. You are not required to participate in the biometric screening or blood test.

Alternative Standard

If you are unable to participate in any of the voluntary health-related activities or achieve any of the health outcomes required to earn an incentive, you may be entitled to a reasonable accommodation or an alternative standard. You may request a reasonable accommodation or an alternative standard by contacting Trinity Benefit Center at 1-888-765-5367.

Other Services

The information from your preventive care exam and/or screenings and the results from your biometric screening will be used to provide you with information to help you understand your current health and potential risks and may also be used to offer you services through the wellness program, such as Catapult Health. You also are encouraged to share your results or concerns with your own doctor.

Protections from Disclosure of Medical Information

We are required by law to maintain the privacy and security of your personally identifiable health information. Although the wellness program and Trinity may use aggregate information it collects to design a program based on identified health risks in the workplace, Trinity Industries will never disclose any of your personal information, except as necessary to respond to a request from you for a reasonable accommodation needed to participate in the wellness program, or as expressly permitted by law. Medical information that personally identifies you that is provided in connection with the wellness program will not be provided to your supervisors or managers and may never be used to make decisions regarding your employment.

Your health information will not be sold, exchanged, transferred, or otherwise disclosed except to

the extent permitted by law to carry out specific activities related to the wellness program, and you will not be asked or required to waive the confidentiality of your health information as a condition of participating in the wellness program or receiving an incentive. Anyone who receives your information for purposes of providing you services as part of the wellness program will abide by the same confidentiality requirements. The only individual(s) who will receive your personally identifiable health information is (are) a registered nurse or a health coach in order to provide you with services under the wellness program.

In addition, all medical information obtained through the wellness program will be maintained separately from your personnel records, information stored electronically will be encrypted, and no information you provide as part of the wellness program will be used in making any employment decision.

Appropriate precautions will be taken to avoid any data breach, and in the event a data breach occurs involving information you provide in connection with the wellness program, we will notify you immediately.

You may not be discriminated against in employment because of the medical information you provide as part of participating in the wellness program, nor may you be subjected to retaliation if you choose not to participate.

Reasonable Alternatives

The Trinity wellness program is committed to helping you achieve your best health. Rewards for participating in one or all health-related activities are available to all eligible employees and spouses. If you think you might be unable to meet a standard for a reward under the Trinity wellness program, you might qualify for an opportunity to earn the same reward by different means. Contact the Trinity Benefit Center at 1-888-765-5367 and we will work with you (and if you wish, with your doctor) to find a wellness program activity with the same reward that is right for you in light of your health status.

If you have questions or concerns regarding this notice, or about protection against discrimination and retaliation, please contact the Trinity Benefits Center at 1-888-765-5367.

HEALTH INSURANCE MARKETPLACE COVERAGE OPTIONS AND YOUR HEALTH COVERAGE

PART A: GENERAL INFORMATION

Since key parts of the health care law took effect in 2014, there is another way to buy health insurance: the Health Insurance Marketplace. To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the Marketplace and employment-based health coverage offered by your employer.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers “one-stop shopping” to find and compare private health insurance options. You may also be eligible for a tax credit that lowers your monthly premium right away. Typically, you can enroll in a Marketplace health plan during the Marketplace’s annual Open Enrollment period or if you experience a qualifying life event.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that doesn’t meet certain standards. The savings on your premium that you’re eligible for depends on your household income.

Does Employer Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that meets certain standards, you will not be eligible for a tax credit through the Marketplace and may wish to enroll in your employer’s health plan. However, you may be eligible for a tax credit that lowers your monthly premium or a reduction in certain cost-sharing if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that meets certain standards. If the cost of a plan from your employer that would cover you (and not any other members of your family) is more than 9.96% of your household income for the year, or if the coverage your employer provides does not meet the “minimum value” standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit.

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered by your employer, then you may lose the employer contribution (if any) to the employer-offered coverage. Also, this employer contribution — as well as your employee contribution to employer-offered coverage — is often excluded from income for Federal and State income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis.

How Can I Get More Information?

For more information about your coverage offered by your employer, please check your summary plan description or contact the Benefits Department at Trinity_Benefits@trin.net.

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit HealthCare.gov for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.

PART B: INFORMATION ABOUT HEALTH COVERAGE OFFERED BY YOUR EMPLOYER

This section contains information about any health coverage offered by your employer. If you decide to complete an application for coverage in the Marketplace, you will be asked to provide this information. This information is numbered to correspond to the Marketplace application.

3. Employer name Trinity Industries, Inc.	4. Employer Identification Number (EIN) 75-0225040	
5. Employer address 14221 N. Dallas Pkwy, Ste. 1100	6. Employer phone number 214-631-4420	
7. City Dallas	8. State Texas	9. ZIP Code 75254
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Trinity Industries, Inc. Benefits Department		
11. Phone number (if different from above)	12. E-mail address Trinity_Benefits@trin.net	

Here is some basic information about health coverage offered by this employer:

- As your employer, we offer a health plan to all employees / some employees.
- Eligible employees are:
- Active, Full-time Employees working a minimum of 30 hours per week and have met the required waiting period

With respect to dependents, we do offer coverage.

Eligible dependents are:

- Your Legal Spouse
- Dependent Children up to age 26
- Dependent Children, regardless of age, who are incapable of self-support due to a mental or physical disability, is fully dependent on you for support as indicated on your federal tax return, and is approved by your Medical Plan to continue coverage past age 26

If checked, this coverage meets the minimum value standard, and the cost of this coverage to you is intended to be affordable, based on employee wages.

Even if your employer intends your coverage to be affordable, you may still be eligible for a premium discount through the Marketplace. The Marketplace will use your household income, along with other factors, to determine whether you may be eligible for a premium discount. If, for example, your wages vary from week to week (perhaps you are an hourly employee or you work on a commission basis), if you are newly employed mid-year, or if you have other income losses, you may still qualify for a premium discount.

If you decide to shop for coverage in the Marketplace, www.healthcare.gov will guide you through the process.

YOUR RIGHTS AND PROTECTIONS AGAINST SURPRISE MEDICAL BILLS

When you get emergency care or get treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from surprise billing or balance billing.

What is “balance billing” (sometimes called “surprise billing”)?

When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain out-of-pocket costs, such as a copayment, coinsurance, and/or a deductible. You may have other costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that isn't in your health plan's network.

“Out-of-network” describes providers and facilities that haven't signed a contract with your health plan. Out-of-network providers may be permitted to bill you for the difference between what your plan agreed to pay and the full amount charged for a service. This is called **“balance billing.”** This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your annual out-of-pocket limit.

“Surprise billing” is an unexpected balance bill. This can happen when you can't control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider.

You are protected from balance billing for:

Emergency services

If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most the provider or facility may bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments and coinsurance). You can't be balance billed for these emergency services. This includes services you may get after you're in stable condition, unless you give written consent and give up your protections not to be balance billed for these post-stabilization services.

Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center

When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, certain providers there may be out-of-network. In these cases, the most those providers may bill you is your plan's in-network cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, anesthesia, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or intensivist services. These providers can't balance bill you and may not ask you to give up your protections not to be balance billed.

If you get other services at these in-network facilities, out-of-network providers can't balance bill you, unless you give written consent and give up your protections.

You're never required to give up your protections from balance billing. You also aren't required to get care out-of-network. You can choose a provider or facility in your plan's network.

When balance billing isn't allowed, you also have the following protections:

- You are only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductibles that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay out-of-network providers and facilities directly.

- Your health plan generally must:
 - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (prior authorization).
 - Cover emergency services by out-of-network providers.
 - Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in-network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
 - Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your deductible and out-of-pocket limit.

If you believe you've been wrongly billed, you may contact the Federal No Surprises Helpdesk at 1-800-985-3059.

Visit <https://www.cms.gov/nosurprises> for more information about your rights under federal law.

Cada año, hay avisos y divulgaciones legalmente requeridos que Trinity Industries, Inc. (“Trinity”) debe proporcionar en relación con ciertos planes de beneficios.

Estos avisos se aplican al Plan Trinity Wrap (“Plan”) según lo exige la ley federal.

ÍNDICE

Avisos obligatorios.....3
Aviso importante de trinity industries sobre su cobertura de medicamentos con receta y medicare8
Derechos de la cobertura de continuación de COBRA10

Si usted (o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le da más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Consulte la página 15 de la sección Avisos y divulgaciones legales para obtener información importante sobre la cobertura de la Parte D de Medicare.

AVISOS OBLIGATORIOS

OPCIONES DE COBERTURA EN EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD Y SU COBERTURA DE SALUD

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Aunque le ofrezcan cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud (“Mercado”). Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros de Salud y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una “ventanilla única” para encontrar y comparar las opciones de seguro de salud privado en su zona geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro de salud en el Mercado?

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no es asequible para usted ni cumple con ciertos estándares de valor mínimo (mencionados a continuación). Los ahorros a los que usted es elegible dependen de los ingresos de su hogar. Asimismo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para ahorros de primas a través del Mercado?

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que es asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, usted no será elegible para un crédito fiscal, o pago anticipado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud basado en el empleo. No obstante, puede resultar elegible para obtener un crédito fiscal, y pagos anticipados del crédito que disminuyan su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que sea asequible para usted o que cumpla con ciertos estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes ofrecidos a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de los ingresos anuales de su hogar, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de “valor mínimo” establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal y el pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los familiares del empleado, se considera que la cobertura es asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.¹²

Nota: Si obtiene un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, es posible que pierda el acceso a los aportes del empleador a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte del empleador, así como el aporte de su empleado a la cobertura basada en el empleo, por lo general se excluye de los ingresos para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado se hacen después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero igualmente usted acepta esa cobertura, no será elegible para obtener un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si desea obtener un plan de salud a través del Mercado.

1. Indexado anualmente; consulte [irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf](https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf) para conocer los porcentajes correspondientes a 2023.

2. Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con el “estándar de valor mínimo” si la parte del plan de los costos totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos. Para la elegibilidad para el crédito fiscal por primas, para cumplir con el “estándar de valor mínimo”, el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro de salud a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro de salud del Mercado durante el período anual de Inscripción Abierta del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa por lo menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del período anual de Inscripción Abierta, puede inscribirse en un seguro de salud si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida habilitantes, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Según el tipo de Período de Inscripción Especial, podrá inscribirse en un plan del Mercado 60 días antes o después del evento de vida habilitante.

También hay un Período de Inscripción Especial del Mercado para las personas y sus familias que perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia nacional de salud pública por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP en general no terminaron las inscripciones de los beneficiarios de Medicaid o CHIP que se inscribieron entre el 18 de marzo de 2020, y el 31 de marzo de 2023. Cuando las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudaron las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, muchas personas que se habían inscrito antes del 31 de marzo de 2023 ya no eran elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos **está ofreciendo un período temporal de Inscripción Especial del Mercado para que estas personas puedan inscribirse en la cobertura del Mercado.** Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante que se asegure de que su información de contacto esté actualizada para recibir información sobre los cambios en su elegibilidad.

Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de Atención del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué alternativas hay a la cobertura de seguro de salud del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un

plan de salud patrocinado por el empleador), también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estuvieron inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, tenía tiempo para solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o en su plan de salud basado en el empleo.

Como alternativa, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento. Para esto debe completar una solicitud a través del Mercado o hacer la solicitud directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite [healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip) para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información acerca de la cobertura ofrecida a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de salud o comuníquese con Trinity_Benefits@trin.net. El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, como la solicitud en línea para cobertura de seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Este aviso es para asegurarnos de que usted entiende su derecho a solicitar la cobertura de salud grupal. Debe leer este aviso aunque en este momento tenga pensado renunciar a la cobertura médica.

Pérdida de otra cobertura

Si rechaza una cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o de sus

dependientes (o siguientes a la fecha en que el empleador deje de realizar aportes a la otra cobertura).

Ejemplo: Usted renunció a la cobertura de este Plan porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge renuncia al empleo. Si usted notifica a su empleador dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la cobertura finaliza, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura de este Plan.

MATRIMONIO, NACIMIENTO O ADOPCIÓN

Si tiene un nuevo dependiente debido a un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una entrega en adopción, tal vez puedan inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento o entrega en adopción.

Ejemplo: Cuando lo contrataron, usted era soltero y optó por no elegir beneficios del seguro de salud. Un año después, se casa. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este Plan. Sin embargo, debe solicitarlo dentro de 30 días a partir de la fecha en que contrajo matrimonio.

MEDICAID O CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) o son elegibles para un subsidio de asistencia para primas de Medicaid o CHIP, tal vez puedan inscribirse usted y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o a la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia para primas.

Ejemplo: Cuando lo contrataron, sus hijos recibieron la cobertura de salud de CHIP y usted no los inscribió en este Plan. Como sus ingresos cambiaron, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Usted puede inscribirlos en este Plan si lo solicita dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que perdió la cobertura de CHIP.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O SOLICITAR ASISTENCIA

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Trinity_Benefits@trin.net

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso describe cómo la información médica acerca de usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede acceder a esta información.

Revíselo detenidamente.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos:

- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamos.
- Corregir sus registros de salud y reclamos.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

SUS PREFERENCIAS

Usted tiene algunas opciones en la manera en que usamos y compartimos la información cuando:

- Respondemos preguntas de su familia y amigos relacionadas con la cobertura.
- Asistimos en casos de desastres o catástrofes.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Dirigimos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios de salud.
- Administramos su plan de salud.
- Ayudamos con cuestiones de salud pública y seguridad.
- Investigamos.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o el director de una funeraria.

- Abordamos la compensación laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.

Obtener una copia de los registros de salud y reclamos

- Usted puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos, así como otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos los registros de salud y reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamos si cree que son incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir que “no” a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de la casa o la oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir que “sí” si nos dice que está en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para los tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, por lo que podemos decir que “no” si aceptar su pedido afecta su atención.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica en los seis años anteriores a la fecha en que preguntó con quién la compartimos y por qué.

- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Le entregaremos un recuento al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad.

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibir el aviso en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre.

- Si usted ha designado a una persona para actuar en su nombre y representación mediante un poder notarial para fines médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta facultad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos alguna medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos. Para esto, utilice la información de contacto que está en la página 1.
- Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al 1-877-696-6775, o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS PREFERENCIAS

Con respecto a cierta información médica, puede comunicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas relacionadas con el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de desastre o catástrofe.

Si no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo, porque está inconsciente, podremos seguir adelante y compartir su información si consideramos que es en su beneficio. También podremos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, jamás compartimos su información, a menos que usted nos dé su permiso por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos su información médica?

Normalmente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Dirigimos nuestra organización.

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No estamos autorizados a usar la información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información médica para mejorar los servicios que le ofrecemos.

Pagamos por sus servicios de salud.

Podemos usar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de su intervención dental.

Administramos su plan

Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para ofrecer un plan de salud, y le proporcionamos ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Podemos o debemos compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas disposiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

Ayudamos con cuestiones de salud pública y seguridad.

Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, como las siguientes:

- Para prevenir enfermedades.
- Para ayudar con retiros de productos.
- Para informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Para denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.

Investigamos.

Podemos usar o compartir su información para realizar investigaciones de salud.

Cumplimos con la ley.

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando quiera controlar si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o el director de una funeraria.

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con médicos forenses o directores de funerarias cuando una persona fallece.

Abordamos la compensación laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno.

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para los reclamos de compensación laboral.
- Para exigir el cumplimiento de la ley o con un funcionario del orden público.
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales específicas, como militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Respondemos a demandas y acciones legales.

Podemos compartir su información médica en caso de orden judicial o administrativa, o en caso de citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia de él.
- No usaremos ni compartiremos su información de maneras diferentes a las que se describen aquí, a menos que usted nos autorice por escrito a hacerlo. Si nos da su autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible cuando se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

- 1/1/2026
- Trinity Industries, Inc. Attn: HIPAA Privacy Officer
- 14221 N. Dallas Pkwy, Ste. 1100
- Dallas, TX 75254

AVISO IMPORTANTE DE TRINITY INDUSTRIES SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Por favor, lea este aviso con mucha atención y guárdelo en un lugar seguro. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Trinity y sobre sus opciones dentro de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debería comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare dentro de su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos puntos importantes que debe saber acerca de su cobertura actual y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. **La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos los que tengan Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o en un Plan de Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura para medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.**

2. Trinity ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el todos los planes es, en promedio para todos los participantes del plan, la que se espera que pague el mismo monto de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare estándar, y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (un recargo) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para afiliarse a Medicare y todos los años desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de puede se verá afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Trinity tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe tener en cuenta que si renuncia o pierde su cobertura actual con Trinity y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días posteriores al fin de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (un recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en otro momento.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar por lo menos en un 1 % de la prima básica mensual del beneficiario de

Medicare por cada mes en que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19 % más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (un recargo) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, puede que tenga que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta:

Comuníquese con la persona siguiente para obtener más información Trinity Benefits Center at 1-888-765- 5367.

NOTA: Recibirá este aviso todos los años. Además, lo recibirá antes del próximo período de inscripción en un plan de medicamentos de Medicare; también lo recibirá si se cambia esta cobertura a través de Trinity También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones dentro de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

En el manual “Medicare y Usted” encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del manual. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros médicos (consulte la contratapa interior de su copia del manual “Medicare y Usted” para obtener el número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, se encuentra disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web del Seguro Social www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba suministrar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable o no y, por lo tanto, si se le exige o no que pague una prima más alta (un recargo).

Fecha: 1/1/2026

Nombre de la entidad/remitente: Trinity Industries

Contacto: puesto/oficina: Benefits Department

Dirección: 14221 N. Dallas Pkwy, Suite 1100.
Dallas, TX 75254

Número de teléfono: 1-888-765-5367

DERECHOS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

INTRODUCCIÓN

Está recibiendo este aviso porque hace poco obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). El presente aviso incluye información importante acerca de su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión provisoria de la cobertura en virtud del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal: la Ley de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia si la cobertura de salud del grupo se diera por terminada. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe revisar el Resumen de la Descripción del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones al perder la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para contratar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al contratar una cobertura a través del Mercado, usted podría calificar para costos más bajos por sus primas mensuales y costos de gastos de bolsillo más bajos. Además, usted podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan de cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura de un Plan que de otro modo finalizaría debido a un evento de vida. A esto también se le denomina “evento habilitante”. Más adelante en este aviso encontrará una lista de eventos habilitantes específicos. Después de un evento habilitante, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se hubiera perdido la cobertura del Plan debido a un evento habilitante. De acuerdo con el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA must pay por la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Sus horas de trabajo son reducidas; o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave
- Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:
 - su cónyuge fallece;
 - si se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
 - termina la relación laboral de su cónyuge por cualquier motivo, excepto falta grave de su parte;
 - su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
 - se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- el empleado progenitor fallece;
- se reducen las horas de trabajo del empleado progenitor;
- el empleo del empleado progenitor termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- el empleado progenitor pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a beneficiarios calificados solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de algún evento habilitante. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos habilitantes:

- la desvinculación laboral o la reducción del horario de trabajo;
- el fallecimiento del empleado;
- El empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (en la Parte A, en la Parte B o en ambas).

Para todos los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o de un hijo dependiente que pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento habilitante. Deberá notificar a: Trinity Benefits Center at 1-888-765-5367.

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe el aviso de que ocurrió un evento habilitante, se ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir

cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que, por lo general, se prolonga durante 18 meses a causa de la desvinculación laboral o reducción del horario de trabajo. Ciertos eventos habilitantes, o un segundo evento habilitante durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay maneras en las que se puede ampliar este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

Prolongación por discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o algún integrante de su familia cubierto por el Plan sufren una discapacidad y usted notifica puntualmente al Administrador del Plan, usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir hasta un total de 11 meses más de cobertura de continuación de COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Ampliación del período de 18 meses de la cobertura de continuación por segundo evento habilitante

Si su familia sufre otro evento habilitante durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden tener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento habilitante. Esta ampliación podría conferirse al cónyuge y los hijos dependientes que estén recibiendo la cobertura de continuación de COBRA cuando el empleado o ex empleado fallezca; adquiera el derecho a los beneficios de Medicare (de acuerdo con la Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o se separa legalmente o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta ampliación solo está disponible si el segundo evento habilitante hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante.

¿EXISTEN OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid **Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)**, u otras opciones de cobertura de planes de salud grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Para obtener más información sobre muchas de estas opciones, visite www.healthcare.gov.

¿PUEDO INSCRIBIRME EN MEDICARE EN LUGAR DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA CUANDO TERMINE MI COBERTURA DEL PLAN DE SALUD GRUPAL?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque sigue trabajando, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza el día anterior de

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que tenga que pagar un recargo por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de continuación de COBRA, el Plan puede cancelar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare,

Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la cobertura de continuación de COBRA pagará segundo. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas relativas a los derechos de su Plan o a la cobertura de continuación de COBRA deberán dirigirse al contacto o los contactos que se identifican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos, conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), lo que incluye a COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o del distrito más cercana en su zona de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o visite www.dol.gov/ebsa. (Los domicilios y números de teléfono de las oficinas regionales y del distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

MANTENGA A SU PLAN INFORMADO SOBRE LOS CAMBIOS DE DOMICILIO

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de domicilio de los miembros de la familia. Asimismo, debe guardar una copia, para su registro, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Trinity Benefits Center at 1-888-765-5367

<https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>.

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

Aviso de inscripción

Si le han realizado una mastectomía, o están por realizársela, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. Para las

personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se suministrará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán de acuerdo con los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros: deducibles and coinsurance. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan al número en el documento de identidad.

Aviso anual

¿Sabe que su plan, conforme lo exige la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre las mamas, prótesis y complicaciones de una mastectomía, incluido el linfedema? Comuníquese con el administrador de su plan al 1-888-765-5367 para obtener más información.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

La Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (Ley de Recién Nacidos) establece protecciones para las madres y sus hijos recién nacidos en relación con la duración de su estadía en el hospital después del parto.

Conforme a la Ley de Recién Nacidos, los planes de salud grupales no pueden restringir los beneficios para las madres o los recién nacidos, durante una estadía hospitalaria relacionada con el parto, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. El período de 48 horas (o 96 horas) comienza en el momento del parto, a menos que la mujer dé a luz fuera del hospital. En ese caso, el período comienza en el momento de la admisión hospitalaria.

Después de consultar con la madre, el proveedor tratante decide si dará de alta a la madre o a su hijo recién nacido antes. El proveedor tratante no puede recibir incentivos ni ser disuadido para dar de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o las 96 horas).

Aunque un plan ofrezca beneficios para estadías en el hospital relacionadas con el parto, la Ley de Recién Nacidos solo se aplica a cierta cobertura. En particular, esto depende de si la cobertura está “asegurada” por una compañía de seguros o una HMO o si está “autoasegurada” por un plan basado en el empleo. (Consulte la Descripción Resumida del Plan, el documento que describe los beneficios y derechos del plan, o comuníquese con el administrador del plan para averiguar si la cobertura relacionada con el parto está “asegurada” o “autoasegurada”).

Las disposiciones de la Ley de Recién Nacidos siempre se aplican a la cobertura que está autoasegurada. Si el plan ofrece beneficios para estadías hospitalarias relacionadas con el parto y está asegurado, la ley estatal será la que determine si el plan está sujeto a la Ley de Recién Nacidos. Muchos estados han promulgado su propia versión de la Ley de Recién Nacidos con respecto a la cobertura asegurada. Si su estado tiene una ley que regula la cobertura para recién nacidos y madres que cumple con los criterios específicos y la cobertura es proporcionada por una compañía de seguros o una HMO, se aplicará la ley estatal.

Todos los planes de salud grupales que brindan cobertura por maternidad o para bebés recién nacidos deben incluir en las Descripciones Resumidas del Plan una declaración que describa los requisitos de la ley federal o estatal correspondientes al plan (o cualquier cobertura de seguro de salud ofrecida por el plan) en relación con la duración de la estadía hospitalaria de la madre o el recién nacido relacionada con el parto.

Para obtener más información, consulte las **Preguntas Frecuentes (FAQ)** sobre la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos.

DERECHOS Y PROTECCIONES EN RELACIÓN CON LAS FACTURACIONES MÉDICAS SORPRESA

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento por parte de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio que está dentro de la red, usted está protegido de facturaciones sorpresa o facturaciones de saldo.

¿Qué es la “facturación de saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

Cuando tenga una consulta con un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de bolsillo, como un copago, coseguro o un deducible. Puede que tenga otros costos o tenga que pagar la factura completa si su consulta es con un proveedor o en un centro de atención médica que no están en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” se refiere a proveedores y centros que no tienen convenio con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama **“facturación de saldo”**. Es muy probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién lo atiende, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita a un centro que está dentro de la red, pero inesperadamente lo atiende un proveedor que está fuera de la red.

USTED ESTÁ PROTEGIDO DE LA FACTURACIÓN DE SALDO EN CASO DE:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, el monto máximo que pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan (como los copagos y coseguros). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir una vez que esté estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de estos servicios recibidos después de la estabilización.

Algunos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio que está dentro de la red, es posible que algunos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, el monto máximo que los proveedores pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico hospitalario o servicios de médicos de cuidados intensivos. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo ni pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo.

Si recibe otros servicios en centros que están dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

No está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención con profesionales o en centros fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro que esté dentro de la red de su plan.

CUANDO LA FACTURACIÓN DE SALDO NO ESTÁ PERMITIDA, TAMBIÉN TIENE LAS SIGUIENTES PROTECCIONES:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- En general, su plan de salud debe:
- Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que tenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
- Basar lo que usted debe pagar al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red; y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
- Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de bolsillo.

AVISOS SOBRE EL PROGRAMA DE BIENESTAR

Trinity wellness program es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra según las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador, que buscan mejorar la salud de los empleados o evitar una enfermedad, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación Por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otras. Si decide participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de riesgos de salud o HRA en la que se le hacen una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y sobre si padece o ha padecido determinadas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas). También se le pedirá que complete un examen biométrico, que incluirá un análisis de sangre para basic biometric screening. No está obligado a completar la HRA ni a participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de gift card por completing the testing. Aunque no está obligado a completar la HRA ni a participar en el examen biométrico, solo los empleados que lo hagan recibirán the incentive.

PROTECCIONES CONTRA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica personalmente identificable. Aunque el programa de bienestar y Trinity pueden utilizar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo wellness program nunca divulgará ninguno de sus datos personales ni públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifica personalmente y que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca podrá ser utilizada para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información médica como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con fines de prestarle servicios como parte del programa de bienestar deberá respetar los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información médica personal identificable son health coach con el fin de proporcionarle servicios en el marco del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se conservará separadamente de sus registros de personal, la información almacenada electrónicamente se encriptará y la información que usted proporcione como parte del programa de bienestar no será usada para tomar ninguna decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier filtración de datos y, en caso de que se produzca una filtración de datos que incluya información que usted haya proporcionado en relación con el programa de bienestar, será notificado inmediatamente.

No podrá ser discriminado en el empleo por la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni podrá ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con 1-888-765-5367.

ADAPTACIONES

Su plan médico tiene el compromiso de ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud. Todos los empleados tienen acceso a recompensas por participar en un programa de bienestar. Si cree que no puede cumplir una norma para obtener una recompensa en el marco de este programa de bienestar, podría tener la oportunidad de obtener la misma recompensa por otros medios. Comuníquese con nosotros al 1-888-765-5367 y trabajaremos con usted (y si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted teniendo en cuenta su estado de salud.



TRINITY INDUSTRIES