

## Seguro contra enfermedades críticas

# Ayude a minimizar el estrés financiero que puede surgir tras el diagnóstico de una enfermedad grave



### ¿De qué se trata?

El seguro contra enfermedades críticas paga un beneficio de suma única si se le diagnostica una enfermedad o afección cubierta. El seguro contra enfermedades críticas es una póliza de beneficios limitados. Éste no es un seguro de salud y no satisface los requisitos de cobertura mínima esencial bajo la Ley de Atención de Salud a Bajo Costo.

### ¿Qué afecciones cubre?

A menos que se indique lo contrario, su pago será del 100% del monto de su beneficio.

- |   |  |
|---|--|
| • Ataque al corazón*  | • Tumor cerebral benigno   |
| • Cáncer  | • Cáncer de la piel (10%)  |
| • Accidente cerebrovascular   | • Trasplante de médula ósea (50%)                                |
| • Paro cardíaco repentino   | • Trasplante de células madre (50%)                              |
| • Trasplante de un órgano principal**                                     | • Parálisis permanente coronaria                                 |
| • Derivación de arteria coronaria   | • Pérdida de la vista  |
| • Carcinoma in situ (50%)   | • Pérdida de la audición   |
| • Diabetes tipo 1   | • Pérdida del habla  |
| • Ataque de isquemia transitoria (10%)                                    | • Coma   |
| • Aneurisma disecante o roto (10%)  | • Esclerosis múltiple  |
| • Aneurismas aórticos abdominales (10%)                                   | • Esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés) |
| • Aneurisma aórtico torácico (10%)  | • Enfermedad de Parkinson  |
| • Cirugía a corazón abierto para reemplazo o reparación de válvulas (25%) | • Demencia avanzada incluyendo enfermedad de Alzheimer           |
| • Quemaduras graves   | • Enfermedad de Huntington                                       |
| • Reemplazo o reparación de válvula cardíaca transcatheter (10%)          | • Distrofia muscular   |
| • Angioplastia coronaria (10%)  | • Enfermedad infecciosa (requiere hospitalización) (25%)***      |
| • Colocación de desfibrilador cardioversor implantable/interno (DCI)(25%) | • Enfermedad de Addison (10%)                                    |
| • Colocación de marcapaso (10%)   | • Miastenia gravis (50%)   |
|   | • Lupus eritematoso sistémico (SLE) (50%)                        |
|   | • Esclerosis sistémica (esclerodermia) (10%)                     |

### Afecciones cubiertas para sus hijos asegurados:

Parálisis cerebral, defectos congénitos al nacer, fibrosis quística, síndrome de Down, enfermedad de Gaucher (tipo II o III), síndrome de Tay - Sachs infantil, enfermedad de Niemann-Pick, enfermedad de Pompe, anemia de células falciformes, diabetes tipo 1, enfermedad de almacenamiento de glucógeno tipo IV, síndrome de Zellweger



### Beneficio de bienestar

Su cobertura incluye un beneficio de bienestar, que le pagará un beneficio anual cuando usted y los miembros de su familia cubiertos completen una prueba de detección de salud elegible. Estas pruebas pueden incluir una evaluación de salud mental, una vacuna contra la influenza, una mamografía y un examen de la vista o dental de rutina.

*\$75 para empleados, \$75 para cónyuges, \$75 por hijo*

Para una lista de exclusiones y limitaciones estándar, consulte la sección de exclusiones y limitaciones más adelante en este documento. Para una descripción completa de sus beneficios, junto con las cláusulas, condiciones de determinación de beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes, consulte su certificado de seguro y cualquier anexo del mismo.

### ¿Por qué debería considerarlo?



Use el beneficio pagado para cualquier propósito, como pagar gastos médicos, copagos, deducibles, comestibles, gasolina, servicios públicos y más; usted decide.



La cobertura es siempre una emisión garantizada.



Puede elegir llevar esta cobertura consigo si deja su empleo o se jubila, y se le facturará las mismas tarifas mediante facturación directa.

\* Un paro cardíaco repentino no se considera en sí mismo un ataque al corazón.

\*\* Trasplante de un órgano principal significa la insuficiencia irreversible de su corazón, pulmón, páncreas, riñón o hígado completo, o cualquier combinación de estos, determinada por un médico especializado en el cuidado del órgano involucrado.

\*\*\* El diagnóstico de una enfermedad infecciosa grave por parte de un médico, cuando se produce un diagnóstico en la fecha de vigencia de la cobertura del grupo o después de esa fecha; Y Hospitalización o un centro de transición por 5 días consecutivos o más.

## ¿Quién puede estar cubierto y cuánta cobertura puedo obtener?

Tiene la opción de inscribirse en la cobertura suplementaria por los montos siguientes:	
<b>Usted</b>	Elección de \$10,000, \$20,000 o \$30,000
<b>Su cónyuge*</b>	Opción de \$5,000, \$10,000 o \$15,000 sin exceder el 100% del beneficio del empleado
<b>Sus hijos*</b>	Opción de \$5,000 o \$10,000 sin exceder el 100% del beneficio del empleado

\* Los empleados deben estar inscritos para poder elegir la cobertura para su cónyuge elegible y sus hijos dependientes elegibles según se define en el Certificado de cobertura y los Anexos.

## ¿Cuántas veces puedo recibir este beneficio?

La Descripción de beneficios incluye una lista de afecciones cubiertas. No hay un monto máximo total de beneficio ni un límite en la cantidad de pagos que puede recibir por cada afección cubierta por su plan, excepto el cáncer de piel.

Es posible que reciba un pago de beneficio por cada diagnóstico diferente de una afección cubierta que se muestra en su Descripción de beneficios. (Se proporciona una definición de "diagnóstico diferente" en el certificado de cobertura).

Para el cáncer de piel, el beneficio se paga hasta 1 vez por año calendario, 10 veces el límite máximo de por vida. Una vez alcanzado el máximo por cáncer de piel, no se pagan más beneficios.

## ¿Cuánto cuesta?

La siguiente tabla muestra cuánto pagará por el seguro contra enfermedades críticas. La prima se deduce directamente de su salario. Las tarifas dependerán de su edad y del nivel de cobertura que seleccione. Sus tarifas podrían aumentar al ingresar en un nuevo grupo de edad según las disposiciones de su certificado de cobertura.

Cobertura del empleado							
Tarifas semanales (52 periodos de pago)							
Incluye Anexo de beneficio de bienestar							
Edad cumplida	No consume tabaco			Edad cumplida	Consumo tabaco		
	\$10,000	\$20,000	\$30,000		\$10,000	\$20,000	\$30,000
Menor de 25	\$1.15	\$2.31	\$3.46	Menor de 25	\$1.64	\$3.28	\$4.10
25-29	\$1.20	\$2.40	\$3.60	25-29	\$1.82	\$3.65	\$4.56
30-34	\$1.27	\$2.54	\$3.81	30-34	\$1.96	\$3.92	\$4.90
35-39	\$1.52	\$3.05	\$4.57	35-39	\$2.24	\$4.48	\$5.60
40-44	\$1.68	\$3.37	\$5.05	40-44	\$3.05	\$6.09	\$7.62
45-49	\$2.98	\$5.95	\$8.93	45-49	\$4.68	\$9.37	\$11.71
50-54	\$4.64	\$9.28	\$13.92	50-54	\$7.78	\$15.55	\$19.44
55-59	\$7.92	\$15.83	\$23.75	55-59	\$13.08	\$26.17	\$32.71
60-64	\$12.21	\$24.42	\$36.62	60-64	\$19.89	\$39.78	\$49.73
65-69	\$16.57	\$33.14	\$49.71	65-69	\$27.09	\$54.18	\$67.73
70 +	\$21.74	\$43.48	\$65.22	70 +	\$35.61	\$71.22	\$89.02

Cobertura para hijos	
Tarifas semanales (52 periodos de pago)	
Incluye Anexo de beneficio de bienestar	
Monto de la cobertura	Tarifa
\$5,000	\$0.28
\$10,000	\$0.55

## ¿Cuánto cuesta? (Continuación)

Cobertura para el cónyuge							
Tarifas semanales (52 periodos de pago)							
Incluye Anexo de beneficio de bienestar							
No consume tabaco				Consumo tabaco			
Edad cumplida	\$5,000	\$10,000	\$15,000	Edad cumplida	\$5,000	\$10,000	\$15,000
Menor de 25	\$0.55	\$1.11	\$1.66	Menor de 25	\$0.85	\$1.71	\$2.56
25-29	\$0.61	\$1.22	\$1.83	25-29	\$0.92	\$1.85	\$2.77
30-34	\$0.65	\$1.29	\$1.94	30-34	\$1.00	\$2.01	\$3.01
35-39	\$0.73	\$1.45	\$2.18	35-39	\$1.19	\$2.38	\$3.57
40-44	\$0.98	\$1.96	\$2.94	40-44	\$1.63	\$3.25	\$4.88
45-49	\$1.42	\$2.84	\$4.26	45-49	\$2.41	\$4.82	\$7.23
50-54	\$2.25	\$4.50	\$6.75	50-54	\$3.84	\$7.68	\$11.53
55-59	\$3.88	\$7.75	\$11.63	55-59	\$6.47	\$12.95	\$19.42
60-64	\$5.58	\$11.17	\$16.75	60-64	\$9.09	\$18.18	\$27.28
65-69	\$7.47	\$14.93	\$22.40	65-69	\$12.20	\$24.39	\$36.59
70 +	\$10.80	\$21.60	\$32.40	70 +	\$17.69	\$35.38	\$53.07

## ¿Qué más se incluye?

Los beneficios a continuación también están incluidos en su cobertura. Para una descripción completa de sus beneficios, junto con las cláusulas, condiciones de determinación de beneficios, exclusiones, y limitaciones correspondientes, consulte su certificado de seguro y cualquier anexo del mismo.

**Anexo de beneficio adicional por afección infecciosa** Si se le diagnostica una afección infecciosa cubierta, se le paga un beneficio monto de \$100. Si está hospitalizado con una afección infecciosa cubierta y hay un cargo de alojamiento y comida por esa hospitalización, esto paga un monto de beneficio de \$1,000. La hospitalización también incluye la asignación a una unidad de observación en un Hospital durante al menos 20 horas consecutivas.

**La continuación de seguro** le permite mantener su cobertura de seguro contra enfermedades críticas actual para usted, su cónyuge, e hijos durante un permiso de ausencia aprobado por el empleador.

## Exclusiones y limitaciones

No hay exclusiones ni limitaciones.



## ¿Tiene preguntas?

Las instrucciones para inscribirse serán proporcionadas por su empleador. Si tiene preguntas adicionales antes de inscribirse, llame a:

- Servicio al cliente de Voya Employee Benefits al (877) 236-7564

Escanee el código QR para visitar su Centro de recursos de beneficios para empleados para conocer más sobre este beneficio y revisar las instrucciones sobre cómo presentar una reclamación después de la fecha de entrada en vigencia.

<https://presents.voya.com/EBRC/Ferrara>



**La póliza de seguros que se ofrece está disponible solo en inglés, y constituye el documento oficial. Cualquier información en español se proporciona solamente con fines informativos, y no se deberá interpretar como una modificación o un cambio a la póliza de seguros.**

**The insurance policy being advertised is available only in English. The policy is the official, controlling document. Any information provided in Spanish is for informational purposes only, and shall not be construed to modify or change the insurance policy.**

Esto es sólo un resumen de los beneficios. Se suministrará una descripción completa de los beneficios, las limitaciones, las exclusiones y la rescisión de la cobertura en el certificado de seguro y los anexos. Toda la cobertura está sujeta a los términos y condiciones de la póliza grupal. Si existe alguna discrepancia entre este documento y los documentos de la póliza grupal, regirán los documentos de la póliza. Para mantener la cobertura en vigencia, las primas son pagaderas hasta la fecha de rescisión de la cobertura. El Seguro contra enfermedades críticas es suscrito por ReliaStar Life Insurance Company (Minneapolis, MN), miembro de la familia de compañías de Voya®. Formulario de Póliza #RL-CI4-POL-16; Formulario de Certificado #RL-CI4-CERT2-20; Formulario de Anexo de Cónyuge #RL-CI4-SPR2-20; Formulario de Anexo de Hijos #RL-CI4-CHR2-20; Formulario de Anexo de Continuación #RL-CI4-CNT2-20; Formulario de Anexo de Exoneración de Prima de Ausencia del Empleo #RL-CI4-AEPW-20; Formulario de Anexo de Beneficio de Bienestar #RL-CI4-WELL2-20; Formulario de Anexo de Exoneración de Primas #RL-CI4-WOP-16; Formulario de Anexo de Beneficio Adicional por Afección Infecciosa # RL-CI4-ICBR-22; Formulario de Anexo de Beneficio de Afección Específica #RL-CI4-SCR-23; Formulario de Anexo de Beneficio Mejorado #RL-CI4-BER-23; y Formulario de Anexo de Servicios Adicionales #RL-CI4-VAS-20. Los números de formulario, las cláusulas y la disponibilidad pueden variar por estado y el plan del empleador.

#### **Solo CI 2.1**

Fecha de preparación: 07/18/2025

©2024 Voya Services Company. Todos los derechos reservados. CN3849802\_0926

3693671\_091524