

## Seguro contra enfermedades críticas (para beneficios con entrada en vigencia el 1 de enero de 2026)

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



Medtronic

### ¿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 invasivo  | • Cáncer de piel limitado (10%)                                  |
| • Accidente cerebrovascular  | • Trasplante de médula ósea (75%)                                |
| • Paro cardíaco repentino  | • Trasplante de células madre (75%)                              |
| • Trasplante de un órgano principal**                                    | • Parálisis permanente   |
| • Derivación de arteria coronaria  | • Pérdida de la vista  |
| • Cáncer no invasivo (50%)   | • Pérdida de la audición   |
| • Diabetes tipo 1  | • Pérdida del habla  |
| • Ataque de isquemia transitoria (75%)                                   | • 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 50%  | • Demencia avanzada incluyendo enfermedad de Alzheimer           |
| • Quemaduras graves  | • Enfermedad de Huntington                                       |
| • Reemplazo o reparación de válvula cardíaca transcatóter 10%            | • Distrofia muscular   |
| • Angioplastia coronaria 10%   | • Enfermedad infecciosa (requiere hospitalización) (25%)***      |
| • Colocación de desfibrilador cardioversor implantable/interno (DCI) 50% | • 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 completan 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.

\$50 para empleados, \$50 para cónyuges, \$50 para hijos

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 por los montos siguientes:	
<b>Usted</b>	\$15,000 o \$30,000
<b>Su cónyuge*</b>	\$15,000 o \$30,000
<b>Sus hijos*</b>	25% del monto de 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 mensuales		
Incluye Anexo de beneficio de bienestar		
Consumo tabaco		
Edad cumplida	\$15,000	\$30,000
Menor de 25	\$5.90	\$10.55
25-29	\$6.95	\$12.65
30-34	\$8.00	\$14.75
35-39	\$9.65	\$18.05
40-44	\$12.65	\$24.05
45-49	\$16.55	\$31.85
50-54	\$26.15	\$51.05
55-59	\$41.00	\$80.75
60-64	\$51.35	\$101.45
65-69	\$65.90	\$130.55
70 +	\$88.55	\$175.85

Cobertura para el cónyuge* Tarifas mensuales		
Incluye Anexo de beneficio de bienestar		
Consumo tabaco		
Edad cumplida	\$15,000	\$30,000
Menor de 25	\$5.90	\$10.55
25-29	\$6.95	\$12.65
30-34	\$8.00	\$14.75
35-39	\$9.65	\$18.05
40-44	\$12.65	\$24.05
45-49	\$16.55	\$31.85
50-54	\$26.15	\$51.05
55-59	\$41.00	\$80.75
60-64	\$51.35	\$101.45
65-69	\$65.90	\$130.55
70 +	\$88.55	\$175.85

Nota: La cobertura del hijo es el 25% del Nivel de cobertura del empleado y está incluida en la Tarifa del empleado.

\*Las tarifas del cónyuge se basan en la edad del empleado.

**¿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.

Se paga un beneficio hasta un máximo de 1 vez por Persona cubierta por Año calendario de la póliza.

**Portabilidad** Si se encuentra en una situación en la que su elegibilidad para los beneficios está cambiando, como horas reducidas, despido del empleo, o situaciones de vida como un divorcio, es posible que desee continuar con su cobertura de seguro. La portabilidad le permite continuar su cobertura bajo la misma póliza grupal pagando sus primas directamente a la compañía de seguros.

**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
- O visite <https://presents.voya.com/EBRC/Medtronic>

**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

Cta #712639 Fecha de preparación: 08/20/2025

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

3693671\_091524