



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 usted o un dependiente cubierto es diagnosticado con 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 el requisito 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* | • Esclerosis múltiple |
| • Cáncer | • Esclerosis lateral |
| • Accidente cerebrovascular | • amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés) |
| • Paro cardíaco repentino* | • Enfermedad de Parkinson |
| • Trasplante de un órgano principal** | • Demencia avanzada incluyendo enfermedad de Alzheimer |
| • Derivación de arteria coronaria | • Enfermedad de Huntington |
| • Carcinoma in situ (25%) | • Distrofia muscular |
| • Quemaduras graves | • Enfermedad infecciosa (requiere hospitalización) (25%)*** |
| • Tumor cerebral benigno | • Enfermedad de Addison (25%) |
| • Cáncer de la piel (10%) | • Miastenia gravis (25%) |
| • Trasplante de médula ósea | • Lupus eritematoso sistémico (SLE) (25%) |
| • Trasplante de células madre | • Esclerosis sistémica (esclerodermia) (25%) |
| • Parálisis permanente | |
| • Pérdida de la vista | |
| • Pérdida de la audición | |
| • Pérdida del habla | |
| • Coma | |

* 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 por 5 días consecutivos o más, o en un centro de transición por 14 días consecutivos o más.

SIEMENS
Healthineers

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.

\$50 para empleados, \$50 para cónyuges, \$50 por hijo por año calendario

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.

¿Quién puede estar cubierto y cuánta cobertura puedo obtener?

Los empleados inscritos en los planes médicos Anthem o UHC reciben el seguro contra enfermedades críticas pagado por el empleador sin costo para usted en el/los monto(s) detallados abajo:

Usted	\$5,000
Su cónyuge*	\$5,000
Sus hijos*	50% del beneficio del empleado

Todos los empleados tienen la opción de inscribirse en la cobertura por el/los monto(s) siguientes:

Usted	\$10,000, \$20,000 o \$30,000
Su cónyuge*	100% del beneficio del empleado
Sus hijos*	50% 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.

¿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.

Calificación de 4 niveles									
Tarifas quincenales									
Empleado: \$10,000 Cónyuge: \$10,000 Hijo(s): \$5,000									
Incluye Anexo de beneficio de bienestar									
No consume tabaco					Consume tabaco				
Edad cumplida	Solo EM	EM+CÓ	EM+HI	Familia	Edad cumplida	Solo EM	EM+CÓ	EM+HI	FAMILIA
Menor de 25	\$1.32	\$2.49	\$1.32	\$2.49	Menor de 25	\$1.59	\$3.05	\$1.59	\$3.05
25-29	\$1.59	\$3.05	\$1.59	\$3.05	25 - 29	\$1.92	\$3.69	\$1.92	\$3.69
30-34	\$1.78	\$3.42	\$1.78	\$3.42	30 - 34	\$2.28	\$4.43	\$2.28	\$4.43
35-39	\$2.10	\$4.11	\$2.10	\$4.11	35 - 39	\$2.98	\$5.77	\$2.98	\$5.77
40-44	\$2.52	\$4.94	\$2.52	\$4.94	40 - 44	\$3.58	\$7.02	\$3.58	\$7.02
45-49	\$2.65	\$5.17	\$2.65	\$5.17	45 - 49	\$3.81	\$7.43	\$3.81	\$7.43
50-54	\$4.08	\$7.98	\$4.08	\$7.98	50 - 54	\$6.21	\$12.32	\$6.21	\$12.32
55-59	\$4.08	\$7.98	\$4.08	\$7.98	55 - 59	\$6.21	\$12.32	\$6.21	\$12.32
60-64	\$6.72	\$13.25	\$6.72	\$13.25	60 - 64	\$10.27	\$20.45	\$10.27	\$20.45
65-69	\$14.10	\$28.06	\$14.10	\$28.06	65 - 69	\$21.16	\$42.23	\$21.16	\$42.23
70 +	\$14.10	\$28.06	\$14.10	\$28.06	70 +	\$21.16	\$42.23	\$21.16	\$42.23

Calificación de 4 niveles									
Tarifas quincenales									
Empleado: \$20,000 Cónyuge: \$20,000 Hijo(s): \$10,000									
Incluye Anexo de beneficio de bienestar									
No consume tabaco					Consume tabaco				
Edad cumplida	Solo EM	EM+CÓ	EM+HI	Familia	Edad cumplida	Solo EM	EM+CÓ	EM+HI	FAMILIA
Menor de 25	\$2.05	\$3.83	\$2.05	\$3.83	Menor de 25	\$2.61	\$4.94	\$2.61	\$4.94
25-29	\$2.61	\$4.94	\$2.61	\$4.94	25 - 29	\$3.25	\$6.23	\$3.25	\$6.23
30-34	\$2.98	\$5.68	\$2.98	\$5.68	30 - 34	\$3.99	\$7.71	\$3.99	\$7.71
35-39	\$3.62	\$7.06	\$3.62	\$7.06	35 - 39	\$5.38	\$10.38	\$5.38	\$10.38
40-44	\$4.45	\$8.72	\$4.45	\$8.72	40 - 44	\$6.58	\$12.88	\$6.58	\$12.88
45-49	\$4.73	\$9.18	\$4.73	\$9.18	45 - 49	\$7.04	\$13.71	\$7.04	\$13.71
50-54	\$7.59	\$14.82	\$7.59	\$14.82	50 - 54	\$11.84	\$23.49	\$11.84	\$23.49
55-59	\$7.59	\$14.82	\$7.59	\$14.82	55 - 59	\$11.84	\$23.49	\$11.84	\$23.49
60-64	\$12.85	\$25.34	\$12.85	\$25.34	60 - 64	\$19.96	\$39.74	\$19.96	\$39.74
65-69	\$27.62	\$54.97	\$27.62	\$54.97	65 - 69	\$41.75	\$83.31	\$41.75	\$83.31
70 +	\$27.62	\$54.97	\$27.62	\$54.97	70 +	\$41.75	\$83.31	\$41.75	\$83.31

Calificación de 4 niveles

Tarifas quincenales

Empleado: \$30,000 Cónyuge: \$30,000 Hijo(s): \$15,000

Incluye Anexo de beneficio de bienestar

No consume tabaco					Consume tabaco				
Edad cumplida	Solo EM	EM+CÓ	EM+HI	Familia	Edad cumplida	Solo EM	EM+CÓ	EM+HI	FAMILIA
Menor de 25	\$2.79	\$5.17	\$2.79	\$5.17	Menor de 25	\$3.62	\$6.83	\$3.62	\$6.83
25-29	\$3.62	\$6.83	\$3.62	\$6.83	25 - 29	\$4.59	\$8.77	\$4.59	\$8.77
30-34	\$4.18	\$7.94	\$4.18	\$7.94	30 - 34	\$5.70	\$10.98	\$5.70	\$10.98
35-39	\$5.15	\$10.02	\$5.15	\$10.02	35 - 39	\$7.78	\$15.00	\$7.78	\$15.00
40-44	\$6.39	\$12.51	\$6.39	\$12.51	40 - 44	\$9.58	\$18.74	\$9.58	\$18.74
45-49	\$6.81	\$13.20	\$6.81	\$13.20	45 - 49	\$10.27	\$19.98	\$10.27	\$19.98
50-54	\$11.10	\$21.65	\$11.10	\$21.65	50 - 54	\$17.47	\$34.66	\$17.47	\$34.66
55-59	\$11.10	\$21.65	\$11.10	\$21.65	55 - 59	\$17.47	\$34.66	\$17.47	\$34.66
60-64	\$18.99	\$37.43	\$18.99	\$37.43	60 - 64	\$29.65	\$59.03	\$29.65	\$59.03
65-69	\$41.15	\$81.88	\$41.15	\$81.88	65 - 69	\$62.33	\$124.38	\$62.33	\$124.38
70 +	\$41.15	\$81.88	\$41.15	\$81.88	70 +	\$62.33	\$124.38	\$62.33	\$124.38

¿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.

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 aplicables.



¿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/SiemensHealthineers>



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-CERT-16; Formulario de Anexo de Seguro contra enfermedades críticas para cónyuge #RL-CI4-SPR-16; Formulario de Anexo de Seguro contra enfermedades críticas para Hijos #RL-CI4-CHR-16; Formulario de Anexo de Beneficio de Bienestar #RL-CI4-WELL-16; 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 Continuación de seguro #RL-CI4-CNT-16; Formulario de Anexo de Beneficio Mejorado #RL-CI4-BER-23; y Formulario anexo para afecciones específicas #RL-CI4-SCR-23; y Formulario de Anexo de Servicios Adicionales #RL-CI4-ASPR-23. Los números de formulario, las cláusulas y la disponibilidad pueden variar por estado y el plan del empleador.

Solo CI 2.0

Fecha de preparación: 08/26/2025

©2024 Voya Services Company. Todos los derechos reservados. CN3622118_1026

3419916_101524