Seguro contra enfermedades críticas

Nombre del grupo: **Love's Travel Stops & Country Stores, Inc.**
Número del grupo: **706981**
Fecha de vigencia: **1/1/2026**



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.

Love's Family of Companies

¿Qué afecciones cubre?

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

- Ataque al corazón*
- Cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Paro cardíaco repentino
- Trasplante de un órgano principal**
- Derivación de arteria coronaria (50%)
- Carcinoma in situ (50%)
- Diabetes tipo I
- Quemaduras graves
- Tumor cerebral benigno
- Cáncer de la piel (10%)
- Trasplante de médula ósea (25%)
- Trasplante de células madre (25%)
- Parálisis permanente
- Pérdida de la vista
- Pérdida de la audición
- Pérdida del habla
- Coma
- Esclerosis múltiple
- Esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés)
- Enfermedad de Parkinson
- Demencia avanzada incluyendo enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Huntington
- Distrofia muscular
- Enfermedad infecciosa (requiere hospitalización) (25%)***
- Enfermedad de Addison (25%)
- Miastenia gravis (25%)
- Lupus eritematoso sistémico (SLE) (25%)
- Esclerosis sistémica (esclerodermia) (25%)

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

¿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 continuar con esta cobertura si cambia de empleador o se jubila.

¿Quién puede estar cubierto y cuánta cobertura puedo obtener?

Tiene la opción de inscribirse en la cobertura suplementaria por los montos siguientes:	
Usted	Elección de $10,000 a $50,000 en incrementos de $10,000
Su cónyuge*	50% del Monto de beneficio del empleado
Sus hijos*	50% 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.

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 para hijo.

* 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.

ReliaStar Life Insurance Company
un miembro de la familia de compañías de Voya®

PLAN
INVEST
PROTECT

VOYA®

¿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.

Calificación de 4 niveles
Tarifas semanales
Empleado: $10,000 Cónyuge: $5,000 Hijo(s): $5,000
Incluye Anexo de beneficio de bienestar

Edad cumplida	Solo EM	EM+CÓ	EM+HI	Familia
Menor de 25	$0.58	$0.87	$0.58	$0.87
25-29	$0.58	$0.87	$0.58	$0.87
30-34	$0.92	$1.38	$0.92	$1.38
35-39	$0.92	$1.38	$0.92	$1.38
40-44	$1.73	$2.60	$1.73	$2.60
45-49	$1.73	$2.60	$1.73	$2.60
50-54	$2.91	$4.36	$2.91	$4.36
55-59	$2.91	$4.36	$2.91	$4.36
60-64	$4.50	$6.75	$4.50	$6.75
65-69	$4.50	$6.75	$4.50	$6.75
70 +	$6.00	$9.00	$6.00	$9.00

Calificación de 4 niveles
Tarifas semanales
Empleado: $20,000 Cónyuge: $10,000 Hijo(s): $10,000
Incluye Anexo de beneficio de bienestar

Edad cumplida	Solo EM	EM+CÓ	EM+HI	Familia
Menor de 25	$1.15	$1.73	$1.15	$1.73
25-29	$1.15	$1.73	$1.15	$1.73
30-34	$1.85	$2.77	$1.85	$2.77
35-39	$1.85	$2.77	$1.85	$2.77
40-44	$3.46	$5.19	$3.46	$5.19
45-49	$3.46	$5.19	$3.46	$5.19
50-54	$5.82	$8.72	$5.82	$8.72
55-59	$5.82	$8.72	$5.82	$8.72
60-64	$9.00	$13.50	$9.00	$13.50
65-69	$9.00	$13.50	$9.00	$13.50
70 +	$12.00	$18.00	$12.00	$18.00

Calificación de 4 niveles
Tarifas semanales
Empleado: $30,000 Cónyuge: $15,000 Hijo(s): $15,000
Incluye Anexo de beneficio de bienestar

Edad cumplida	Solo EM	EM+CÓ	EM+HI	Familia
Menor de 25	$1.73	$2.60	$1.73	$2.60
25-29	$1.73	$2.60	$1.73	$2.60
30-34	$2.77	$4.15	$2.77	$4.15
35-39	$2.77	$4.15	$2.77	$4.15
40-44	$5.19	$7.79	$5.19	$7.79
45-49	$5.19	$7.79	$5.19	$7.79
50-54	$8.72	$13.08	$8.72	$13.08
55-59	$8.72	$13.08	$8.72	$13.08
60-64	$13.50	$20.25	$13.50	$20.25
65-69	$13.50	$20.25	$13.50	$20.25
70 +	$18.00	$27.00	$18.00	$27.00

Calificación de 4 niveles
Tarifas semanales
Empleado: $40,000 Cónyuge: $20,000 Hijo(s): $20,000
Incluye Anexo de beneficio de bienestar

Edad cumplida	Solo EM	EM+CÓ	EM+HI	Familia
Menor de 25	$2.31	$3.46	$2.31	$3.46
25-29	$2.31	$3.46	$2.31	$3.46
30-34	$3.69	$5.54	$3.69	$5.54
35-39	$3.69	$5.54	$3.69	$5.54
40-44	$6.92	$10.38	$6.92	$10.38
45-49	$6.92	$10.38	$6.92	$10.38
50-54	$11.63	$17.45	$11.63	$17.45
55-59	$11.63	$17.45	$11.63	$17.45
60-64	$18.00	$27.00	$18.00	$27.00
65-69	$18.00	$27.00	$18.00	$27.00
70 +	$24.00	$36.00	$24.00	$36.00

Calificación de 4 niveles
Tarifas semanales
Empleado: $50,000 Cónyuge: $25,000 Hijo(s): $25,000
Incluye Anexo de beneficio de bienestar

Edad cumplida	Solo EM	EM+CÓ	EM+HI	Familia
Menor de 25	$2.88	$4.33	$2.88	$4.33
25-29	$2.88	$4.33	$2.88	$4.33
30-34	$4.62	$6.92	$4.62	$6.92
35-39	$4.62	$6.92	$4.62	$6.92
40-44	$8.65	$12.98	$8.65	$12.98
45-49	$8.65	$12.98	$8.65	$12.98
50-54	$14.54	$21.81	$14.54	$21.81
55-59	$14.54	$21.81	$14.54	$21.81
60-64	$22.50	$33.75	$22.50	$33.75
65-69	$22.50	$33.75	$22.50	$33.75
70 +	$30.00	$45.00	$30.00	$45.00

¿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.

¿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.

El anexo de beneficio mejorado aumenta el monto del beneficio de una enfermedad crítica cubierta como se muestra en el certificado base. Este beneficio se aplica a usted, a su cónyuge y a sus hijos cubiertos.

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

Las exclusiones y las limitaciones varían según el estado y según el plan de su empleador. Consulte su certificado de cobertura para obtener detalles.

¿Tiene preguntas?

Para inscribirse vaya a www.lovesbenefits.com. 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/Loves.

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. #Todos, Fecha de preparación: 09/25/2025

©2024 Voya Services Company. Todos los derechos reservados. CN3849802_0926

3693671_091524