

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*
- Cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Trasplante de un órgano principal** (25%)
- Derivación de arterias coronarias (25%)
- Carcinoma in situ (25%)
- Diabetes tipo 1
- Ataque de isquemia transitoria (10%)
- Aneurisma disecante o roto (10%)
- Aneurismas aórticos abdominales (10%)
- Aneurisma aórtico torácico (10%)
- Cirugía a corazón abierto para reemplazo o reparación de válvulas (25%)
- Quemaduras graves
- Reemplazo o reparación de válvula cardíaca transcatéter (10%)
- Angioplastia coronaria (10%)
- Colocación de desfibrilador cardioversor implantable/interno (DCI) (25%)
- Colocación de marcapasos (10%)
- Tumor cerebral benigno
- Cáncer de la piel (10%)
- Trasplante de médula ósea (25%)
- Trasplante de células madre (25%)
- Parálisis permanente
- Pérdida de la vista/audición/el habla
- Coma
- Esclerosis múltiple
- Esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés)
- Enfermedad de Parkinson
- Demencia avanzada incluyendo enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad infecciosa (25%)***
- VIH adquirido en el trabajo
- Hepatitis B o C adquirido en el trabajo

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

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:

Usted	\$10,000, \$20,000 o \$30,000
Su cónyuge*	50% 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.

¿Cuántas veces puedo recibir este beneficio?

La Descripción de beneficios incluye una lista de afecciones cubiertas e incluye un monto de beneficio máximo total de la póliza.

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).

El monto de beneficio máximo total de la Póliza es 3 veces el monto del beneficio por enfermedad crítica para cada afección cubierta, excepto el cáncer de piel. Para el cáncer de piel, el beneficio se paga hasta 1 vez por año calendario, 10 veces el límite máximo de por vida.

¿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.

Cobertura del empleado				
Tarifas mensuales				
Incluye Anexo de beneficio de bienestar				
Edad cumplida	\$10,000	\$20,000	\$30,000	
Menor de 25	\$2.80	\$5.60	\$8.40	
25-29	\$3.30	\$6.60	\$9.90	
30-34	\$3.90	\$7.80	\$11.70	
35-39	\$4.70	\$9.40	\$14.10	
40-44	\$7.40	\$14.80	\$22.20	
45-49	\$9.80	\$19.60	\$29.40	
50-54	\$13.00	\$26.00	\$39.00	
55-59	\$15.80	\$31.60	\$47.40	
60-64	\$20.40	\$40.80	\$61.20	
65-69	\$25.70	\$51.40	\$77.10	
70 +	\$37.80	\$75.60	\$113.40	

Cobertura para el cónyuge*				
Tarifas mensuales				
Incluye Anexo de beneficio de bienestar				
Edad cumplida	\$5,000	\$10,000	\$15,000	
Menor de 25	\$1.40	\$2.80	\$4.20	
25-29	\$1.65	\$3.30	\$4.95	
30-34	\$1.95	\$3.90	\$5.85	
35-39	\$2.35	\$4.70	\$7.05	
40-44	\$3.70	\$7.40	\$11.10	
45-49	\$4.90	\$9.80	\$14.70	
50-54	\$6.50	\$13.00	\$19.50	
55-59	\$7.90	\$15.80	\$23.70	
60-64	\$10.20	\$20.40	\$30.60	
65-69	\$12.85	\$25.70	\$38.55	
70 +	\$18.90	\$37.80	\$56.70	

Cobertura para hijos		
Tarifas mensuales		
Incluye Anexo de beneficio de bienestar		
Monto de la cobertura		Tarifa
\$5,000		\$1.00
\$10,000		\$2.00
\$15,000		\$3.00

¿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.

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
- Su representante o departamento de recursos humanos



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/APMNorthAmerica>

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.

Este 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: 10/30/2025

©2024 Voya Services Company. Todos los derechos reservados. CN3849802_0926
3693671_091524

PLAN | INVEST | PROTECT

VOYA