

2022 TARIFAS POR SUELDO

LAS TARIFAS MOSTRADAS SON POR PERÍODO DE PAGO, BASADAS EN 24 CHEQUES DE PAGO POR AÑO.



AETNA PLANES MÉDICOS

| | Memorial Hermann ACO | HDHP (High Deductible Health Plan) | Choice POS II |
|---------------------|----------------------|------------------------------------|---------------|
| Empleado solo | \$49.50 | \$34.50 | \$77.00 |
| Empleado + Espos(a) | \$327.50 | \$294.00 | \$406.50 |
| Empleado + Hijo(s) | \$181.50 | \$156.50 | \$239.00 |
| Empleado + Familia | \$376.00 | \$327.00 | \$498.00 |



PLANES DENTALES

| | Dental HMO | Dental PPO |
|---------------------|------------|------------|
| Empleado solo | \$7.64 | \$26.40 |
| Empleado + Espos(a) | \$14.31 | \$53.59 |
| Empleado + Hijo(s) | \$10.88 | \$48.06 |
| Empleado + Familia | \$18.69 | \$67.73 |



COBERTURA DE SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

SEGURO SUPLEMENTARIO DE VIDA Y AD&D (LAS TARIFAS* SON CADA \$10,000)

| Su edad el 1º de enero del año del plan | < 30 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70+ |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Tarifa | \$0.30 | \$0.35 | \$0.40 | \$0.45 | \$0.65 | \$0.90 | \$1.30 | \$2.00 | \$2.95 | \$4.65 |

SEGURO DE VIDA PARA EL/LA ESPOSO(A)

| Edad de su esposa(a) el 1º de enero del año del plan | < 30 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70+ | |
|--|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Nivel de beneficio | \$10,000 | \$0.20 | \$0.25 | \$0.30 | \$0.35 | \$0.55 | \$0.80 | \$1.20 | \$1.90 | \$2.85 | \$4.55 |
| | \$20,000 | \$0.40 | \$0.50 | \$0.60 | \$0.70 | \$1.10 | \$1.60 | \$2.40 | \$3.80 | \$5.70 | \$9.10 |
| | \$35,000 | \$0.70 | \$0.88 | \$1.05 | \$1.23 | \$1.93 | \$2.80 | \$4.20 | \$6.65 | \$9.98 | \$15.93 |

SEGURO DE VIDA PARA UN HIJO

| Nivel de beneficio | Tarifa |
|--------------------|--------|
| \$5,000 | \$0.20 |
| \$10,000 | \$0.40 |



ENFERMEDAD CRÍTICA

| Su edad el 1º de enero del año del plan | < 30 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70+ | |
|---|----------|--------|---------|---------|---------|---------|----------|
| Empleado solo | \$10,000 | \$3.15 | \$4.45 | \$8.30 | \$14.75 | \$22.40 | \$43.50 |
| | \$20,000 | \$6.30 | \$8.90 | \$16.60 | \$29.50 | \$44.80 | \$87.00 |
| | \$30,000 | \$9.45 | \$13.35 | \$24.90 | \$44.25 | \$67.20 | \$130.50 |
| Espos(a) | \$5,000 | \$1.55 | \$2.23 | \$4.15 | \$7.38 | \$11.20 | \$21.73 |
| | \$10,000 | \$3.10 | \$4.45 | \$8.30 | \$14.75 | \$22.40 | \$43.45 |
| | \$15,000 | \$4.65 | \$6.68 | \$12.45 | \$22.13 | \$33.60 | \$65.18 |



PLAN DE VISIÓN

| | Tarifa |
|--------------------|---------|
| Empleado solo | \$4.74 |
| Empleado + 1 | \$7.97 |
| Empleado + Familia | \$11.99 |



COBERTURA POR INCAPACIDAD

| Período de eliminación | Tarifa |
|------------------------------|---|
| Período de espera de 14 días | \$1.19 cada \$100 de salario congelado* |
| Período de espera de 90 días | \$0.53 cada \$100 de salario congelado* |

* El salario anual se congela cada octubre del año previo del plan. Este es el monto en el cual se basan sus primas.



PLAN DE PROTECCIÓN LEGAL

| | Tarifa |
|----------|--------|
| Empleado | \$7.25 |



PROTECCIÓN CONTRA EL USO FRAUDULENTO DE IDENTIDAD

| | Tarifa |
|--------------------|--------|
| Empleado solo | \$3.97 |
| Empleado + Familia | \$6.97 |



SEGURO POR ACCIDENTE

| | Tarifa |
|---------------------|---------|
| Empleado solo | \$6.80 |
| Empleado + Espos(a) | \$11.62 |
| Empleado + Hijo(s) | \$12.22 |
| Empleado + Familia | \$17.04 |



INDEMNIDAD DE HOSPITAL

| | Tarifa |
|---------------------|---------|
| Empleado solo | \$12.36 |
| Empleado + Espos(a) | \$21.71 |
| Empleado + Hijo(s) | \$19.35 |
| Empleado + Familia | \$28.70 |



TRANSPORTE DE EMERGENCIA

| | Emergent Plus | Platinum |
|--------------------|---------------|----------|
| Empleado + Familia | \$7.00 | \$19.50 |