Tarifas de los Planes de Beneficios 2027

Planes Médicos	Kaiser Permanente HMO	Blue Shield Access+ HMO	Blue Shield Trio HMO	Blue Shield HDHP PPO
Empleado	$ 26.45	$ 26.25	$ 17.50	$ 39.88
Empleado + Cónyuge	$ 111.07	$ 110.25	$ 73.47	$ 167.51
Empleado + Hijo(s)	$ 95.20	$ 94.50	$ 62.98	$ 143.58
Familia	$ 245.93	$ 244.13	$ 162.69	$ 370.90

Planes Dentales	Cigna Dental DHMO	Cigna Dental DPPO
Empleado	$ 4.48	$ 20.16
Empleado + 1	$ 12.21	$ 39.60
Familia	$ 25.13	$ 78.16

Planes de Visión	VSP Vision Core	VSP Vision Buy Up
Empleado	$ -	$ 3.56
Empleado + 1	$ 0.75	$ 6.43
Familia	$ 1.66	$ 10.91

Tarifas Mensuales de Seguro de Accidentes (Voya)	Bajo	Alto
Empleado	$ 7.97	$ 11.52
Empleado + Cónyuge	$ 13.28	$ 19.20
Empleado + Hijo(s)	$ 15.72	$ 22.73
Familia	$ 21.03	$ 30.41

Tarifas Mensuales de Seguro de Indemnización Hospitalaria (Voya)	Bajo	Alto
Empleado	$ 18.91	$ 37.82
Empleado + Cónyuge	$ 39.62	$ 79.24
Empleado + Hijo(s)	$ 28.56	$ 57.13
Familia	$ 49.27	$ 98.55

Seguro de Enfermedades Graves (Voya)	Monto del empleado: 15,000 Monto del cónyuge: 7,500 Monto por hijos: 5,000				Monto del empleado: 30,000 Monto del cónyuge: 15,000 Monto por hijos: 10,000			
Edad	**Empleado**	**Empleado + Cónyuge**	**Empleado + Hijo**	**Familia**	**Empleado**	**Empleado + Cónyuge**	**Empleado + Hijo**	**Familia**
<29	$ 6.10	$ 10.25	$ 8.05	$ 12.20	$ 10.90	$ 17.90	$ 14.80	$ 21.80
30-39	$ 7.15	$ 11.90	$ 9.10	$ 13.85	$ 13.00	$ 21.20	$ 16.90	$ 25.10
40-49	$ 14.20	$ 22.78	$ 16.15	$ 24.73	$ 27.10	$ 42.95	$ 31.00	$ 46.85
50-59	$ 28.75	$ 46.25	$ 30.70	$ 48.20	$ 56.20	$ 89.90	$ 60.10	$ 93.80
60-64	$ 43.00	$ 68.23	$ 44.95	$ 70.18	$ 84.70	$ 133.85	$ 88.60	$ 137.75
65-69	$ 52.90	$ 85.10	$ 54.85	$ 87.05	$ 104.50	$ 167.60	$ 108.40	$ 171.50
70+	$ 78.25	$ 119.45	$ 80.20	$ 121.40	$ 155.20	$ 236.30	$ 159.10	$ 240.20

Tarifas Mensuales de Seguro de Asistencia Legal Voluntaria (Arag)	Tarifas Mensuales de Seguro Voluntario de Protección de Identidad (Allstate)		Tarifas Mensuales de Seguro Voluntario para Mascotas (Nationwide)
$ 18.25	Empleado	$ 7.95	www.petinsurance.com/claremont
	Familia	$ 13.95	o llama al (877) 738-7874

Seguro de Vida Suplementario (Unum)	
Edad	**Empleado y Cónyuge Tarifas Mensuales (por cada 1,000 de cobertura)**
<29	$ 0.02
30-34	$ 0.03
35-39	$ 0.04
40-44	$ 0.07
45-49	$ 0.10
50-54	$ 0.16
55-59	$ 0.28
60-64	$ 0.43
65-69	$ 0.87
70+	$ 1.42
Dependiente Vida infantil(es) Seguros	$1.05 por 15,000 de cobertura por niño

AD&D (Zúrich)		
Monto del beneficio	**Empleado**	**Familia**
25,000	$ 0.48	$ 0.93
50,000	$ 0.95	$ 1.85
75,000	$ 1.43	$ 2.78
100,000	$ 1.90	$ 3.70
125,000	$ 2.38	$ 4.63
150,000	$ 2.85	$ 5.55
175,000	$ 3.33	$ 6.48
200,000	$ 3.80	$ 7.40
225,000	$ 4.28	$ 8.33
250,000	$ 4.75	$ 9.25
275,000	$ 5.23	$ 10.18
300,000	$ 5.70	$ 11.10
325,000	$ 6.18	$ 12.03
350,000	$ 6.65	$ 12.95
375,000	$ 7.13	$ 13.88
400,000	$ 7.60	$ 14.80
425,000	$ 8.08	$ 15.73
450,000	$ 8.55	$ 16.65
475,000	$ 9.03	$ 17.58
500,000	$ 9.50	$ 18.50