



PRIMAS MENSUALES PARA EL AÑO FISCAL 2024

Facultad, Funcionarios, Personal Universitario y Personal Clasificado

Planes Médicos	Plan de Salud de CU – Exclusive			Plan de Salud de CU – Extended		
	COSTO TOTAL	COSTO DE CU	SU COSTO	COSTO TOTAL	COSTO DE CU	SU COSTO
Empleado	\$780.00	\$699.50	\$80.50	\$838.50	\$699.50	\$139.00
Empleado + Cónyuge	\$1,615.50	\$1,381.00	\$234.50	\$1,761.00	\$1,381.00	\$380.00
Empleado + Hijo(s)	\$1,486.00	\$1,337.50	\$148.50	\$1,595.00	\$1,337.50	\$257.50
Familia	\$2,374.50	\$2,085.50	\$289.00	\$2,563.50	\$2,085.50	\$478.00
	Plan de Salud de CU – High Deductible			Plan de Salud de CU – Kaiser		
	COSTO TOTAL	COSTO DE CU	SU COSTO	COSTO TOTAL	COSTO DE CU	SU COSTO
Employee only	\$699.50	\$699.50	\$0.00	\$850.50	\$699.50	\$151.00
Empleado + Cónyuge	\$1,408.00	\$1,381.00	\$27.00	\$1,763.50	\$1,381.00	\$382.50
Employee + Child(ren)	\$1,361.50	\$1,337.50	\$24.00	\$1,602.00	\$1,337.50	\$264.50
Familia	\$2,124.50	\$2,085.50	\$39.00	\$2,578.50	\$2,085.50	\$493.00

Planes Dentales	Plan de Salud de CU – Dental Essential			Plan de Salud de CU – Dental Choice		
	COSTO TOTAL	COSTO DE CU	SU COSTO	COSTO TOTAL	CU COST	YOUR COST
Empleado	\$29.50	\$29.50	\$0.00	\$52.00	\$35.00	\$17.00
Empleado + Cónyuge	\$59.00	\$42.00	\$17.00	\$104.00	\$52.50	\$51.50
Empleado + Hijo(s)	\$63.50	\$41.50	\$22.00	\$112.50	\$52.00	\$60.50
Familia	\$92.50	\$43.00	\$49.50	\$164.00	\$58.00	\$106.00

Plan de Visión	Plan de Salud de CU – Vision		
	COSTO TOTAL	COSTO DE CU	SU COSTO
Empleado	\$6.25	\$0.00	\$6.25
Empleado + Cónyuge	\$11.00	\$0.00	\$11.00
Empleado + Hijo(s)	\$11.75	\$0.00	\$11.75
Familia	\$18.00	\$0.00	\$18.00



University of Colorado

Boulder | Colorado Springs | Denver | Anschutz Medical Campus

EMPLOYEE SERVICES

Dirección: 1800 Grant St., Suite
400, Denver, CO 80203
Correo E: benefits@cu.edu
Teléfono: 1-855-216-7740 (opción 3)

On the Web
www.cu.edu/benefits



PRIMAS MENSUALES PARA EL AÑO FISCAL 2024

Facultad, Funcionarios, Personal Universitario y Personal Clasificado

Discapacidad a Corto-Plazo

Facultad y Personal Universitario

Los empleados que califiquen para estos beneficios recibirán el 60 por ciento de su salario semanal previo a la discapacidad, hasta un máximo de \$1,500.

Para calcular su costo de cobertura mensual:

Pasos	Ejemplo
Multiplique su salario mensual por 0.60. Este es el porcentaje de su salario mensual que recibirá mientras esté en incapacidad a corto plazo.	$\$5,000 \times .60 = \$3,000$
Divida ese número por 100.	$\$3,000 / 100 = \30
Multiplique este monto por la tasa 0.1846. El resultado es el monto que se descontará mensualmente de su pago por esta cobertura.	$\$30 \times .1846 = \5.54

Seguro de Vida Opcional

Esta cobertura incluye la cobertura por muerte accidental y desmembramiento para empleado o cónyuge.

Edad	Tarifa estándar por cada \$1,000 de cobertura	Tarifa con descuento por \$1,000 de cobertura*
> 20 años	\$0.076	\$0.057
20-24	\$0.078	\$0.060
25-29	\$0.083	\$0.063
30-34	\$0.100	\$0.064
35-39	\$0.110	\$0.071
40-44	\$0.137	\$0.096
45-49	\$0.201	\$0.141
50-54	\$0.305	\$0.210
55-59	\$0.484	\$0.341
60-64	\$0.893	\$0.625
65-69	\$1.44	\$1.04
70-74	\$2.51	\$1.86
75+	\$4.50	\$2.08

*Sin consumo de tabaco en los últimos 12 meses.

Discapacidad a Largo-Plazo

Personal Clasificado

Multiplique su salario mensual por la tasa de acuerdo a su edad para obtener el monto de su prima mensual.

Edad	Con derechos (vested)*	Sin derechos (non-vested)
Under age 30	\$0.0010	\$0.0028
30-34	\$0.0011	\$0.0034
35-39	\$0.0014	\$0.0042
40-44	\$0.0019	\$0.0058
45-49	\$0.0030	\$0.0089
50-54	\$0.0044	\$0.0132
55-59	\$0.0061	\$0.0194
60-64	\$0.0066	\$0.0199
65+	\$0.0081	\$0.0242

*Necesita cinco años de servicio con PERA para tener derechos adquiridos.

Seguro de Vida Opcional

Esta cobertura incluye la cobertura por muerte accidental y desmembramiento para hijos, con una inscripción que cubre a todos los hijos elegibles en su familia.

	Monto de cobertura	Costo mensual
Opción A:	\$5,000 a término grupal + \$5,000 AD&D*	\$1.10
Opción B:	\$10,000 a término grupal + \$10,000 AD&D*	\$2.20

*Muerte accidental y desmembramiento

Voluntary AD&D

	Coverage amount	Costo mensual
Empleado o Cónyuge	\$10,000 a \$250,000	\$0.28 por cada \$10,000 en cobertura
Hijo(s)	\$5,000	\$0.14



University of Colorado

Boulder | Colorado Springs | Denver | Anschutz Medical Campus

EMPLOYEE SERVICES

Dirección: 1800 Grant St., Suite
400, Denver, CO 80203

Correo E: benefits@cu.edu

Teléfono: 1-855-216-7740 (opción 3)

On the Web

www.cu.edu/benefits