



PRIMAS MENSUALES PARA EL AÑO FISCAL 2025-26

Facultad, Funcionarios, Personal Universitario y Personal Clasificado

Planes Médicos	Plan de Salud de CU – Exclusive			Plan de Salud de CU – Pathway		
	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO
Empleado	\$846.50	\$766.00	\$80.50	\$943.50	\$766.00	\$177.50
Empleado + Cónyuge	\$1,746.50	\$1,512.00	\$234.50	\$1,979.00	\$1,512.00	\$467.00
Empleado + Hijo(s)	\$1,613.00	\$1,464.50	\$148.50	\$1,793.00	\$1,464.50	\$328.50
Familia	\$2,571.00	\$2,282.00	\$289.00	\$2,880.00	\$2,282.00	\$598.00
	Plan de Salud de CU – High Deductible			Plan de Salud de CU – Kaiser		
	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO
Employee only	\$766.00	\$766.00	\$0.00	\$1,068.00	\$766.00	\$302.00
Empleado + Cónyuge	\$1,539.00	\$1,512.00	\$27.00	\$2,214.00	\$1,512.00	\$702.00
Employee + Child(ren)	\$1,488.50	\$1,464.50	\$24.00	\$2,011.50	\$1,464.50	\$547.00
Familia	\$2,321.00	\$2,282.00	\$39.00	\$3,208.50	\$2,282.00	\$926.50

Planes Dentales	Plan de Salud de CU – Dental Essential			Plan de Salud de CU – Dental Choice		
	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	YOUR COST
Empleado	\$32.00	\$32.00	\$0.00	\$56.00	\$37.50	\$18.50
Empleado + Cónyuge	\$64.00	\$45.50	\$18.50	\$112.00	\$56.50	\$55.50
Empleado + Hijo(s)	\$69.00	\$45.00	\$24.00	\$121.00	\$56.00	\$65.00
Familia	\$100.50	\$46.50	\$54.00	\$176.50	\$62.50	\$114.00

Plan de Visión	Plan de Salud de CU – Vision		
	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO
Empleado	\$7.20	\$0.00	\$7.20
Empleado + Cónyuge	\$12.60	\$0.00	\$12.60
Empleado + Hijo(s)	\$13.60	\$0.00	\$13.60
Familia	\$20.80	\$0.00	\$20.80



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 2026

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 0.0462. El resultado es el monto que se descontará mensualmente de su pago por esta cobertura.	$\$30 \times .0462 = \1.39

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	\$0.067	\$0.048
20-24	\$0.067	\$0.051
25-29	\$0.077	\$0.054
30-34	\$0.097	\$0.054
35-39	\$0.107	\$0.060
40-44	\$0.117	\$0.082
45-49	\$0.171	\$0.120
50-54	\$0.259	\$0.179
55-59	\$0.447	\$0.290
60-64	\$0.759	\$0.531
65-69	\$1.287	\$0.884
70-74	\$2.134	\$1.581
75+	\$3.825	\$1.768

*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*	\$0.94
Opción B:	\$10,000 a término grupal + \$10,000 AD&D*	\$1.88

*Muerte accidental y desmembramiento

Voluntary AD&D

	Coverage amount	Costo mensual
Empleado o Cónyuge	\$10,000 a \$250,000	\$0.24 por cada \$10,000 en cobertura
Hijo(s)	\$5,000	\$0.12



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