



Apoyo para tu bienestar físico, emocional y financiero

Hoja de ingreso y cambio de estatus 2025



Opciones y aportaciones de los planes

Costos bisemanales del plan de salud.

Tarifas de tu plan médico

CUBIERTA ELITE

Cubierta	Costo bisemanal no fumador	Costo bisemanal 1 fumador	Costo bisemanal 2 fumadores
Asociado solo	\$31.80	\$63.60	-
Asociado y cónyuge/pareja de hecho	\$101.10	\$132.90	\$164.70
Asociado e hijos	\$80.90	\$112.70	-
Asociado y familia	\$149.60	\$181.40	\$213.20

CUBIERTA PREMIUM

Cubierta	Costo bisemanal no fumador	Costo bisemanal 1 fumador	Costo bisemanal 2 fumadores
Asociado solo	\$21.30	\$42.60	-
Asociado y cónyuge/pareja de hecho	\$81.30	\$102.60	\$123.90
Asociado e hijos	\$61.20	\$82.50	-
Asociado y familia	\$99.60	\$120.90	\$142.20

Tarifas de tu plan dental

CUBIERTA ELITE

Cubierta	Costo bisemanal fumador/ no fumador
Asociado solo	\$3.00
Asociado y cónyuge/pareja de hecho	\$5.70
Asociado e hijos	\$5.30
Asociado y familia	\$7.30

CUBIERTA PREMIUM

Cubierta	Costo bisemanal fumador/ no fumador
Asociado solo	\$1.00
Asociado y cónyuge/pareja de hecho	\$2.00
Asociado e hijos	\$1.80
Asociado y familia	\$2.50

Opciones de cubierta del plan de incapacidad a largo plazo

	Beneficio
Cubierta de LTD	Hasta 50% de tu salario mensual con una tarifa de 0.27 centavos por cada \$100 de ingreso bisemanal.
Cubierta Mejorada de LTD	Hasta 60% de tu salario mensual con una tarifa de 0.41 centavos por cada \$100 de ingreso bisemanal.

Cubiertas de seguros opcionales

Seguro opcional por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Cubierta	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$300,000	\$500,000	\$750,000	\$1,000,000
Asociado solo	\$0.18	\$0.37	\$0.55	\$0.74	\$1.10	\$1.47	\$2.21	\$3.68	\$5.52	\$7.36
*Asociado más dependientes	\$0.37	\$0.74	\$1.10	\$1.47	\$2.21	\$2.95	\$4.42	\$7.36	\$11.05	\$14.73

* Esta cubierta incluye dos escenarios: asociado e hijos o asociado, hijos y cónyuge/pareja de hecho.

Seguro de vida opcional para hijo(s)

Cubierta	Costo por período de paga
\$5,000	\$0.33
\$10,000	\$0.66
\$20,000	\$1.32

Seguro de vida opcional para asociado – No fumadores

Edad	Cubierta para todo asociado elegible						Cubierta adicional para asociados exentos			
	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$300,000	\$500,000	\$750,000	\$1,000,000
Menor de 25	\$0.36	\$0.71	\$1.07	\$1.43	\$2.14	\$2.85	\$4.28	\$7.13	\$10.70	\$14.27
25-29	\$0.39	\$0.78	\$1.17	\$1.56	\$2.35	\$3.13	\$4.69	\$7.82	\$11.74	\$15.65
30-34	\$0.53	\$1.06	\$1.59	\$2.12	\$3.18	\$4.23	\$6.35	\$10.59	\$15.88	\$21.17
35-39	\$0.64	\$1.29	\$1.93	\$2.58	\$3.87	\$5.16	\$7.73	\$12.89	\$19.33	\$25.78
40-44	\$0.74	\$1.47	\$2.21	\$2.95	\$4.42	\$5.89	\$8.84	\$14.73	\$22.09	\$29.46
45-49	\$1.14	\$2.28	\$3.42	\$4.56	\$6.84	\$9.11	\$13.67	\$22.78	\$34.18	\$45.57
50-54	\$1.73	\$3.45	\$5.18	\$6.90	\$10.36	\$13.81	\$20.71	\$34.52	\$51.78	\$69.04
55-59	\$3.21	\$6.42	\$9.63	\$12.84	\$19.26	\$25.68	\$38.52	\$64.21	\$96.31	\$128.42
60-64	\$4.78	\$9.55	\$14.33	\$19.10	\$28.65	\$38.20	\$57.30	\$95.51	\$143.26	\$191.01
65-69	\$8.94	\$17.88	\$26.82	\$35.76	\$53.64	\$71.53	\$107.29	\$178.82	\$268.22	\$357.63
70+	\$13.90	\$27.80	\$41.70	\$55.60	\$83.40	\$111.20	\$166.80	\$278.01	\$417.01	\$556.01

El costo del seguro de vida es a base de tu edad. El costo aumentará automáticamente al cumplir la edad mínima del próximo grupo. Si cambias o aumentas la cubierta durante el período de inscripción, tendrás que completar el Cuestionario de salud de Prudential en la aplicación de **Online Enrollment**.

Seguro de vida opcional para asociado – Fumadores

Edad	Cubierta para todo asociado elegible						Cubierta adicional para asociados exentos			
	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$300,000	\$500,000	\$750,000	\$1,000,000
Menor de 25	\$0.39	\$0.78	\$1.17	\$1.56	\$2.35	\$3.13	\$4.69	\$7.82	\$11.74	\$15.65
25-29	\$0.43	\$0.85	\$1.28	\$1.70	\$2.55	\$3.41	\$5.11	\$8.52	\$12.77	\$17.03
30-34	\$0.60	\$1.20	\$1.80	\$2.39	\$3.59	\$4.79	\$7.18	\$11.97	\$17.95	\$23.93
35-39	\$0.72	\$1.45	\$2.17	\$2.90	\$4.35	\$5.80	\$8.70	\$14.50	\$21.75	\$29.00
40-44	\$0.84	\$1.68	\$2.52	\$3.36	\$5.04	\$6.72	\$10.08	\$16.80	\$25.20	\$33.60
45-49	\$1.29	\$2.58	\$3.87	\$5.16	\$7.73	\$10.31	\$15.47	\$25.78	\$38.66	\$51.55
50-54	\$1.98	\$3.96	\$5.94	\$7.92	\$11.88	\$15.83	\$23.75	\$39.58	\$59.38	\$79.17
55-59	\$3.67	\$7.34	\$11.01	\$14.68	\$22.02	\$29.37	\$44.05	\$73.41	\$110.12	\$146.83
60-64	\$5.45	\$10.91	\$16.36	\$21.82	\$32.73	\$43.63	\$65.45	\$109.08	\$163.63	\$218.17
65-69	\$11.93	\$23.87	\$35.80	\$47.73	\$71.60	\$95.46	\$143.19	\$238.65	\$357.98	\$477.30
70+	\$18.54	\$37.08	\$55.61	\$74.15	\$111.23	\$148.30	\$222.45	\$370.75	\$556.13	\$741.50

El costo del seguro de vida es a base de tu edad. El costo aumentará automáticamente al cumplir la edad mínima del próximo grupo. Si cambias o aumentas la cubierta durante el período de inscripción, tendrás que completar el Cuestionario de salud de Prudential en la aplicación de **Online Enrollment**.

Cubiertas de seguros opcionales

Seguro de vida para cónyuge o pareja de hecho – No fumador

Edad	\$5,000	\$15,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000
Menor de 25	\$0.18	\$0.54	\$0.90	\$1.80	\$2.69	\$3.59	\$5.39	\$7.18
25-29	\$0.21	\$0.64	\$1.07	\$2.14	\$3.21	\$4.28	\$6.42	\$8.56
30-34	\$0.29	\$0.86	\$1.43	\$2.85	\$4.28	\$5.71	\$8.56	\$11.41
35-39	\$0.32	\$0.96	\$1.60	\$3.20	\$4.80	\$6.40	\$9.60	\$12.80
40-44	\$0.35	\$1.06	\$1.77	\$3.54	\$5.32	\$7.09	\$10.63	\$14.18
45-49	\$0.53	\$1.59	\$2.66	\$5.32	\$7.97	\$10.63	\$15.95	\$21.26
50-54	\$0.82	\$2.45	\$4.08	\$8.17	\$12.25	\$16.34	\$24.51	\$32.68
55-59	\$1.53	\$4.58	\$7.63	\$15.26	\$22.89	\$30.52	\$45.77	\$61.03
60-64	\$2.34	\$7.03	\$11.71	\$23.43	\$35.14	\$46.86	\$70.28	\$93.71
65-69	\$4.51	\$13.53	\$22.54	\$45.08	\$67.63	\$90.17	\$135.25	\$180.34
70+	\$7.31	\$21.94	\$36.57	\$73.14	\$109.71	\$146.28	\$219.41	\$292.55

El costo del seguro de vida de tu cónyuge o pareja de hecho es a base de tu edad. El costo aumentará automáticamente al cumplir la edad mínima del próximo grupo. Si cambias o aumentas la cubierta para tu cónyuge o pareja de hecho durante el período de inscripción, tendrás que completar el Cuestionario de salud de Prudential en la aplicación de **Online Enrollment**.

Seguro de vida para cónyuge o pareja de hecho – Fumador

Edad	\$5,000	\$15,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000
Menor de 25	\$0.21	\$0.62	\$1.04	\$2.07	\$3.11	\$4.14	\$6.21	\$8.28
25-29	\$0.24	\$0.71	\$1.19	\$2.37	\$3.56	\$4.74	\$7.11	\$9.48
30-34	\$0.32	\$0.95	\$1.59	\$3.18	\$4.76	\$6.35	\$9.53	\$12.70
35-39	\$0.35	\$1.06	\$1.77	\$3.54	\$5.32	\$7.09	\$10.63	\$14.18
40-44	\$0.40	\$1.19	\$1.98	\$3.96	\$5.94	\$7.92	\$11.88	\$15.83
45-49	\$0.62	\$1.85	\$3.08	\$6.17	\$9.25	\$12.34	\$18.50	\$24.67
50-54	\$0.95	\$2.84	\$4.74	\$9.48	\$14.22	\$18.96	\$28.44	\$37.93
55-59	\$1.85	\$5.55	\$9.25	\$18.50	\$27.75	\$37.01	\$55.51	\$74.01
60-64	\$2.96	\$8.87	\$14.79	\$29.57	\$44.36	\$59.15	\$88.72	\$118.29
65-69	\$5.92	\$17.76	\$29.60	\$59.19	\$88.79	\$118.38	\$177.57	\$236.76
70+	\$9.60	\$28.81	\$48.02	\$96.04	\$144.05	\$192.07	\$288.11	\$384.14

El costo del seguro de vida de tu cónyuge o pareja de hecho es a base de tu edad. El costo aumentará automáticamente al cumplir la edad mínima del próximo grupo. Si cambias o aumentas la cubierta para tu cónyuge o pareja de hecho durante el período de inscripción, tendrás que completar el Cuestionario de salud de Prudential en la aplicación de **Online Enrollment**.



Hoja de ingreso y cambio de estatus



Información del asociado

WIN: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Nombre) (Apellido)

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Relación de pareja de hecho Divorciado(a) Viudo(a)

Dirección postal: _____

Correo electrónico: _____ Unidad: _____

Número de teléfono: (____) _____ / _____

Opciones para la inscripción/Cambio de estatus

Por favor selecciona una de las siguientes opciones:

Renovación anual

Asociado con nueva elegibilidad

Fecha del evento

- Cambio de tiempo parcial a tiempo completo _____/_____/____
- Cambio de tiempo completo a tiempo parcial _____/_____/____
- Cambio de tiempo completo a exento _____/_____/____
- Cambio de temporero a tiempo completo _____/_____/____
- "Management Training Program" _____/_____/____
- Transferencia de EU u otro país _____/_____/____
- Completó periodo de espera _____/_____/____
- Nuevo ingreso _____/_____/____

Cambio de estatus debido a:

- Matrimonio o relación de pareja de hecho _____/_____/____
- Divorcio o terminación de relación de pareja de hecho _____/_____/____
- Nacimiento, custodia o adopción de un hijo _____/_____/____
- Fallecimiento de un dependiente _____/_____/____
- Pérdida de elegibilidad de un dependiente _____/_____/____
- Licencia _____/_____/____
- Pérdida de cubierta _____/_____/____
- Obtención de cubierta _____/_____/____

NOTA: Para una lista completa de eventos de cambio de estatus cualificados, refiérete al Manual de beneficios para el asociado.

Hoja de ingreso y cambio de estatus



Nombre del asociado: _____

Uso de tabaco

Asociado

Las tarifas de tu plan de salud serán más bajas si no consumes tabaco o si te inscribes y completas el programa de Walmart para dejar de fumar o un programa similar.

Confirma cuál de estas afirmaciones es correcta

- No he usado ningún tipo de producto de tabaco, como nicotina, vaporizadores o cigarrillo electrónico, en los últimos 30 días, y acepto no consumir ningún producto de tabaco en el 2025.
- He consumido productos de tabaco, como nicotina, vaporizadores o cigarrillos electrónicos, en los últimos 30 días, y acepto inscribirme y completar la participación en el programa de Walmart para dejar de fumar antes del 31 de diciembre de 2024.
- He consumido productos de tabaco, como nicotina, vaporizadores o cigarrillos electrónicos, en los últimos 30 días, y NO aceptaré inscribirme y completar la participación en el programa para dejar de fumar de Walmart antes del 31 de diciembre de 2024.

Puedes obtener más información sobre el programa de dejar de fumar de Walmart llamando a nuestro administrador del programa de tabaco al 787-945-1348 o 1-855-830-9887. El administrador de nuestro programa trabajará contigo (y, si lo deseas, con tu médico) en un programa de tabaco alternativo para que puedas obtener las tarifas más bajas.

Nuestra expectativa es que solicites o te inscribas en los beneficios con la información correcta y precisa. De no hacerlo, puedes estar sujeto a la pérdida de beneficios o empleo.

Cónyuge/Pareja

Las tarifas de tu plan de salud serán más bajas si no consumes tabaco o si te inscribes y completas el programa de Walmart para dejar de fumar o un programa similar.

Confirma cuál de estas afirmaciones es correcta

- Mi cónyuge/pareja no ha usado ningún tipo de producto de tabaco, como nicotina, vaporizadores o cigarrillo electrónico, en los últimos 30 días, y acepta no consumir ningún producto de tabaco en el 2025.
- Mi cónyuge/pareja ha consumido productos de tabaco, como nicotina, vaporizadores o cigarrillos electrónicos, en los últimos 30 días, y acepta inscribirse y completar la participación en el programa de Walmart para dejar de fumar o un programa similar antes del 31 de diciembre de 2024.
- Mi cónyuge/pareja ha consumido productos de tabaco, como nicotina, vaporizadores o cigarrillos electrónicos, en los últimos 30 días, y NO aceptará inscribirse y completar la participación en el programa para dejar de fumar de Walmart o un programa similar antes del 31 de diciembre de 2024.

Tu cónyuge/pareja puedes obtener más información sobre el programa para dejar de fumar de Walmart, llamando a nuestro administrador del programa de tabaco al 787-945-1348 o 1-855-830-9887. El administrador de nuestro programa trabajará con tu cónyuge/pareja (y, si lo desea, con su médico) en un programa de tabaco alternativo para que puedas obtener las tarifas más bajas.

Nuestra expectativa es que solicites o te inscribas en los beneficios con la información correcta y precisa. De no hacerlo, puedes estar sujeto a la pérdida de beneficios o empleo.

Hoja de ingreso y cambio de estatus



Nombre del asociado: _____

Asociado exento:

Opciones del plan médico

- Sin cubierta
- Cubierta *Elite*

Tipo de cubierta médica

- Asociado sólo
- Asociado + cónyuge/pareja de hecho
- Asociado + hijo(s)
- Familiar

Opciones del plan dental

- Sin cubierta
- Cubierta *Elite*

Tipo de cubierta dental

- Asociado sólo
- Asociado + cónyuge/pareja de hecho
- Asociado + hijo(s)
- Familiar

Asociado no exento a tiempo completo:

Opciones del plan médico

- Sin cubierta
- Cubierta *Elite*
- Cubierta *Premium*

Tipo de cubierta médica

- Asociado sólo
- Asociado + cónyuge/pareja de hecho
- Asociado + hijo(s)
- Familiar

Opciones del plan dental

- Sin cubierta
- Cubierta *Elite*
- Cubierta *Premium*

Tipo de cubierta dental

- Asociado sólo
- Asociado + cónyuge/pareja de hecho
- Asociado + hijo(s)
- Familiar

Asociado no exento a tiempo parcial:

Opciones del plan médico

- Sin cubierta
- Cubierta *Premium*

Tipo de cubierta médica

- Asociado sólo

Opciones del plan dental

- Sin cubierta
- Cubierta *Premium*

Tipo de cubierta dental

- Asociado sólo

Seguro de vida opcional / Seguro de vida de dependiente

Seguro de vida opcional

Asociados elegibles

- Sin cubierta
- \$25,000
- \$50,000
- \$75,000
- \$100,000
- \$150,000
- \$200,000

Seguro de vida de dependientes

Cónyuge o Pareja de hecho

- Sin cubierta
- \$5,000
- \$15,000
- \$25,000
- \$50,000
- \$75,000
- \$100,000
- \$150,000
- \$200,000

Hijo (s)

- Sin cubierta
- \$5,000
- \$10,000
- \$20,000

Cubierta adicional para asociados exentos

- \$300,000
- \$500,000
- \$750,000
- \$1,000,000

Muerte accidental y desmembramiento

Tipo de cubierta

- Sin cubierta
- Asociado sólo
- Asociado más dependientes

Nivel de cubierta

- \$25,000
- \$50,000
- \$75,000
- \$100,000
- \$150,000
- \$200,000

Cubierta adicional para asociados exentos

- \$300,000
- \$500,000
- \$750,000
- \$1,000,000

Incapacidad a largo plazo

- Sin cubierta
- Cubierta de incapacidad a largo plazo
- Cubierta mejorada de incapacidad a largo plazo

Hoja de ingreso y cambio de estatus



Información de dependientes

Cancelar dependientes Añadir dependientes

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	Relación	Número de Seguro Social (Requerido, excepto en recién nacidos)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Para evitar que se vea afectada la cubierta de tus dependientes, es requisito que incluyas el Seguro Social de los mismos, ya que los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) se lo requieren a las aseguradoras. De ser necesario, se te podrá requerir documentación que demuestre la elegibilidad de tus dependientes. Nuestra expectativa es que te inscribas en los beneficios con la información correcta y precisa. De no hacerlo, puedes estar sujeto a la pérdida de beneficios o empleo. Si tienes dudas de cuáles dependientes son elegibles, consulta el Manual de Beneficios del Asociado.

Autorización

Deseo inscribirme en las opciones que he seleccionado en este formulario y autorizo la deducción de estas de mi pago de nómina. De no estar recibiendo pago de nómina por encontrarme en alguna licencia, me comprometo a realizar los pagos de las primas según indica en el Manual de beneficios para el asociado más reciente.

Nombre en letra de molde _____

Firma del asociado _____ Fecha _____

Hoja de ingreso y cambio de estatus



Certificación de pareja de hecho

Nosotros, _____, número WIN _____ y
(Nombre completo del asociado(a))

(Nombre completo de la pareja de hecho)

(Ocupación del asociado (a))

(Ocupación de la pareja de hecho)

respectivamente, ambos mayores de edad, solteros(as) y vecinos(as) de _____, Puerto Rico, certificamos lo siguiente:
(Pueblo)

1. Que cumplimos con una de las siguientes definiciones:

Somos una pareja de hecho y

- Vivimos juntos en una relación continua, exclusiva, y comprometida similar a la de un matrimonio y así lo hemos hecho por al menos doce meses con la intención de continuar compartiendo un hogar indefinidamente;
- No estamos casados el uno con el otro o con cualquier otra persona;
- Somos residentes legales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, cumplimos con el requisito de edad para el matrimonio en Puerto Rico y estamos mentalmente capacitados para consentir a un contrato;
- No tenemos una relación de parentesco que de alguna manera prohibiera el matrimonio legal bajo el Estado Libre Asociado de Puerto Rico; y
- No estamos en la relación con el sólo fin de obtener beneficios.

Certifico que lo arriba declarado es cierto y entiendo que de proveer información falsa, fraudulenta o de otra índole pudiera dar lugar a un primer paso de amonestación hasta la terminación de empleo.

Firma de asociado(a) _____ Fecha _____

Firma de pareja de hecho _____ Fecha _____

Hoja de ingreso y cambio de estatus



Certificación de terminación de relación de pareja de hecho

Nosotros, _____, número WIN _____ y
(Nombre completo del asociado(a))

(Nombre completo de la pareja de hecho) (Ocupación del asociado (a)) (Ocupación de la pareja de hecho)

respectivamente, ambos mayores de edad, solteros(as) y vecinos(as) de _____, Puerto Rico, certificamos lo siguiente:
(Pueblo)

1. Que la relación de pareja de hecho o relación legal que sosteníamos cesó efectivo el _____.
2. Que a tales efectos solicitamos que la mencionada pareja de hecho sea eliminada del plan médico y dental (si aplica) a la fecha antes indicada.
3. Que como asociado reconozco, entiendo y acepto que no podré incluir ni ésta, ni ninguna otra pareja de hecho por espacio de doce (12) meses.

Certifico que lo arriba declarado es cierto y correcto, y entiendo que de proveer información falsa, fraudulenta o incompleta podrá conllevar medidas disciplinarias incluyendo la terminación de empleo.

Firma de asociado(a) _____ Fecha _____

Firma de pareja de hecho _____ Fecha _____