



Hoja de inscripción de beneficios 2026

Tarifas bisemanales

Plan médico Elite	No fumador	1 fumador	2 fumadores
Asociado solo	\$32.90	\$65.80	NA
Asociado y cónyuge/pareja	\$104.60	\$137.50	\$170.40
Asociado e hijos	\$83.70	\$116.60	NA
Asociado y familia	\$154.90	\$187.80	\$220.70

Plan médico Premium	No fumador	1 fumador	2 fumadores
Asociado solo	\$22.00	\$44.00	NA
Asociado y cónyuge/pareja	\$84.20	\$106.20	\$128.20
Asociado e hijos	\$63.30	\$85.30	NA
Asociado y familia	\$103.10	\$125.10	\$147.10

Plan dental Elite	Fumador / No fumador
Asociado solo	\$3.00
Asociado y cónyuge/pareja	\$5.70
Asociado e hijos	\$5.30
Asociado y familia	\$7.30

Plan dental Premium	Fumador / No fumador
Asociado solo	\$1.00
Asociado y cónyuge/pareja	\$2.00
Asociado e hijos	\$1.80
Asociado y familia	\$2.50

Plan de incapacidad a largo plazo

Cubierta	Tarifa
Cubierta LTD	\$0.27 por cada \$100, según tus ingresos bisemanales
Cubierta Mejorada de LTD	\$0.41 por cada \$100, según tus ingresos bisemanales

Seguro de vida opcional para asociado - No fumador

Cubierta para asociados exentos y no exentos a tiempo completo							Cubierta adicional para asociados exentos			
Edad	\$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

Nota: El costo del seguro de vida es a base de tu edad (el asociado). El costo aumentará automáticamente al cumplir la edad mínima del próximo grupo. Si cambias o aumentas tu 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 - Fumador

Cubierta para asociados exentos y no exentos a tiempo completo							Cubierta adicional para asociados exentos			
Edad	\$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

Nota: El costo del seguro de vida es a base de tu edad (el asociado). El costo aumentará automáticamente al cumplir la edad mínima del próximo grupo. Si cambias o aumentas tu 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 hijo(s)

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

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

Nota: El costo del seguro de vida es a base de tu edad (el asociado). 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

Nota: El costo del seguro de vida es a base de tu edad (el asociado). 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 opcional por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Cubiertas	\$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



Hoja de inscripción de beneficios 2026

WIN: _____

Número de Seguro Social: _____

Nombre: _____
(Nombre, Apellido)

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

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

Dirección postal: _____

Correo electrónico: _____ Unidad: _____ Número de teléfono: _____

Renovación anual

Asociado con nueva elegibilidad

- Cambio de tiempo parcial a tiempo completo
- Cambio de tiempo completo a exento
- Cambio de temporero a tiempo completo
- Assistant Manager Program (AMP)
- Transferencia de EU
- Nuevo ingreso

Fecha del evento

____ / ____ / ____
____ / ____ / ____
____ / ____ / ____
____ / ____ / ____
____ / ____ / ____
____ / ____ / ____

Cambio de estatus:

- 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

____ / ____ / ____
____ / ____ / ____
____ / ____ / ____
____ / ____ / ____
____ / ____ / ____
____ / ____ / ____
____ / ____ / ____
____ / ____ / ____

Opciones de planes y seguros

Plan médico

- Cubierta Elite
- Cubierta Premium

Tipo de cubierta

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

Plan dental

- Cubierta Elite
- Cubierta Premium

Tipo de cubierta

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

Seguro de vida opcional

Asociado

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

Cubierta adicional para asociados exentos

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

Seguro de vida de dependientes

Cónyuge o Pareja

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

Hijo(s)

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

Muerte accidental y desmembramiento

Tipo de cubierta

- Asociado sólo
- Asociado más dependientes

Nivel de cubierta

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

Cubierta adicional para asociados exentos

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

Incapacidad a largo plazo

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

Nombre del Asociado _____ número WIN _____

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 2026.
- 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 2025.
- 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 2025.

Uso de tabaco / Cónyuge o 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 2026.
- 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 2025.
- 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 2025.

Tú o tu cónyuge/pareja, si aplica, pueden 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 contigo (o cónyuge/pareja, si aplica), en un programa de tabaco alternativo para que puedas obtener las tarifas más bajas.

Información de dependientes

Cancelar dependientes

Añadir dependientes

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

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. 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.

Firma del asociado _____

Fecha _____

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)

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 _____

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 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 _____