

Deducciones del cheque de nómina en 2026 para asociados de tiempo completo de los Estados Unidos



Las siguientes páginas contienen las con-tribuciones mensuales de los asociados para los beneficios que comienzan el 1 de enero de 2026. Los montos de deducción de su nómina se presentan en incrementos de dólares enteros para facilitar su consulta. Sus deducciones reales de nómina pueden variar ligeramente debido a los ajustes de redondeo aplicados durante el procesamiento de la nómina.

Plan medico

Compensación base anual de menos de \$70,000

Deducciones quincenales del cheque de pago

Nivel de cobertura	Value Medical	HDHP con HSA	Basic PPO	Premium PPO
Solo usted	\$13	\$40	\$65	\$90
Usted + Cónyuge	\$46	\$150	\$175	\$220
Usted + Hijos	\$20	\$75	\$130	\$155
Usted + Familia	\$63	\$200	\$240	\$285

Compensación base anual de \$70,000 o más

Deducciones quincenales del cheque de pago

Nivel de cobertura	Value Medical	HDHP con HSA	Basic PPO	Premium PPO
Solo usted	\$55	\$100	\$100	\$125
Usted + Cónyuge	\$130	\$200	\$300	\$345
Usted + Hijos	\$75	\$150	\$180	\$205
Usted + Familia	\$180	\$275	\$380	\$425

Plan dental

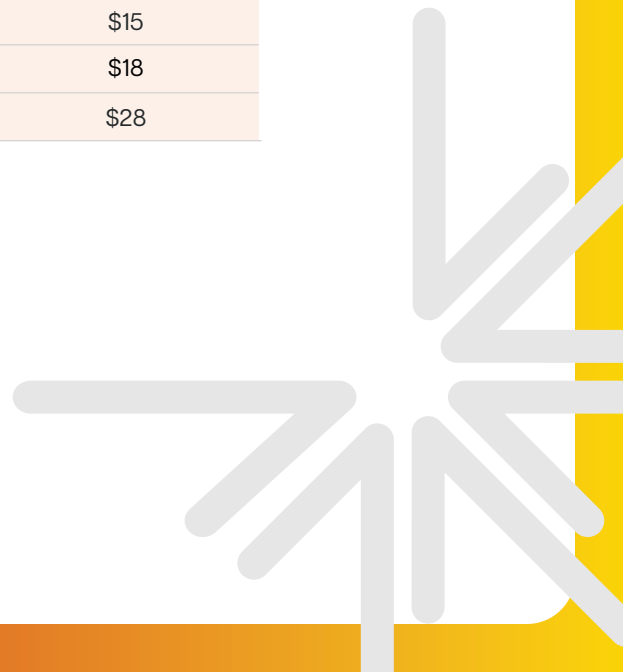
Deducciones quincenales del cheque de pago

Nivel de cobertura	Dental Basic	Dental Plus	DMO
Solo usted	\$7	\$18	\$7
Usted + Cónyuge	\$18	\$40	\$15
Usted + Hijos	\$15	\$36	\$18
Usted + Familia	\$24	\$56	\$28

Plan de cuidado de la vista

Deducciones quincenales del cheque de pago

Nivel de cobertura	Vision Basic	Vision Plus
Solo usted	\$3	\$5
Usted + Cónyuge	\$6	\$11
Usted + Hijos	\$6	\$12
Usted + Familia	\$9	\$19



Plan medico

Compensación base anual de menos de \$70,000

Deducciones mensuales del cheque de nómina

Nivel de cobertura	Value Medical	HDHP con HSA	Basic PPO	Premium PPO
Solo usted	\$28.00	\$86.00	\$140.00	\$195.00
Usted + Cónyuge	\$99.00	\$325.00	\$379.00	\$476.00
Usted + Hijos	\$43.00	\$162.00	\$281.00	\$335.00
Usted + Familia	\$135.00	\$433.00	\$520.00	\$617.00

Compensación base anual de \$70,000 o más

Deducciones mensuales del cheque de nómina

Nivel de cobertura	Value Medical	HDHP con HSA	Basic PPO	Premium PPO
Solo usted	\$119.00	\$216.00	\$216.00	\$270.00
Usted + Cónyuge	\$281.00	\$433.00	\$650.00	\$747.00
Usted + Hijos	\$162.00	\$325.00	\$390.00	\$444.00
Usted + Familia	\$390.00	\$595.00	\$823.00	\$920.00

Plan dental

Deducciones mensuales del cheque de nómina

Nivel de cobertura	Dental Basic	Dental Plus	DMO
Solo usted	\$16.00	\$38.00	\$16.00
Usted + Cónyuge	\$39.00	\$87.00	\$33.00
Usted + Hijos	\$33.00	\$77.00	\$39.00
Usted + Familia	\$52.00	\$122.00	\$61.00

Plan de cuidado de la vista

Deducciones mensuales del cheque de nómina

Nivel de cobertura	Vision Basic	Vision Plus
Solo usted	\$6.00	\$11.76
Usted + Cónyuge	\$11.96	\$23.52
Usted + Hijos	\$12.80	\$25.12
Usted + Familia	\$20.48	\$40.16

Seguro de AD&D suplementario

Deducciones mensuales del cheque de nómina

Edad	Asociado		Cónyuge/Pareja de hecho	
	Por cada \$1,000 de cobertura 1x-8x ingresos anuales hasta \$5 millones		Por cada \$1,000 de cobertura \$10,00-\$250,000**	
	No Usa Tabaco	Usa Tabaco	No Usa Tabaco	Usa Tabaco
<25	\$0.034	\$0.043	\$0.080	\$0.100
25-29	\$0.035	\$0.044	\$0.080	\$0.100
30-34	\$0.035	\$0.044	\$0.091	\$0.110
35-39	\$0.046	\$0.058	\$0.102	\$0.131
40-44	\$0.063	\$0.080	\$0.182	\$0.230
45-49	\$0.098	\$0.124	\$0.270	\$0.330
50-54	\$0.151	\$0.191	\$0.429	\$0.542
55-59	\$0.279	\$0.354	\$0.774	\$0.976
60-64	\$0.431	\$0.544	\$1.050	\$1.327
65-69	\$0.712	\$0.899	\$1.445	\$1.824
70-74	\$1.209	\$1.527	\$2.343	\$2.874
75+	\$1.612	\$1.904	\$3.799	\$4.559
Hijos*				
\$10,000			\$0.500	
\$15,000			\$0.750	
\$20,000			\$1.000	

* Debe comprar cobertura como asociado para elegir esta cobertura.

** No puede ser mayor que el total (cobertura básica + suplementaria)

Discapacidad a largo plazo suplementario

Deducciones mensuales del cheque de nómina

Nivel de cobertura	
Asociado	\$0.361 per \$100 covered amount

Plan de servicios jurídicos

Deducciones mensuales del cheque de nómina

Nivel de cobertura	
Asociado	\$18.00

Robo de identidad

Deducciones mensuales del cheque de nómina

Nivel de cobertura	
Solo usted	\$7.48
Usted + Familia	\$15.00

Seguro de enfermedad grave

Deducciones mensuales del cheque de nómina

Cobertura de \$5,000				
Edad	Solo usted	Usted + Cónyuge	Usted + Hijos	Usted + Familia
18–24	\$1.85	\$3.59	\$1.85	\$3.59
25-29	\$1.98	\$4.11	\$1.98	\$4.11
30-34	\$2.36	\$4.85	\$2.36	\$4.85
35-39	\$3.13	\$6.17	\$3.13	\$6.17
40-44	\$4.65	\$9.11	\$4.65	\$9.11
45-49	\$5.92	\$11.41	\$5.92	\$11.41
50-54	\$6.48	\$14.39	\$6.48	\$14.39
55-59	\$7.47	\$17.15	\$7.47	\$17.15
60-64	\$8.23	\$19.29	\$8.23	\$19.29
65-69	\$9.03	\$21.06	\$9.03	\$21.06
70+	\$12.48	\$31.85	\$12.48	\$31.85

Cobertura de \$10,000				
Edad	Solo usted	Usted + Cónyuge	Usted + Hijos	Usted + Familia
18–24	\$3.23	\$6.68	\$3.23	\$6.68
25-29	\$3.36	\$7.01	\$3.36	\$7.01
30-34	\$4.04	\$8.34	\$4.04	\$8.34
35-39	\$5.97	\$12.23	\$5.97	\$12.23
40-44	\$8.79	\$17.89	\$8.79	\$17.89
45-49	\$11.15	\$23.52	\$11.15	\$23.52
50-54	\$13.07	\$30.32	\$13.07	\$30.32
55-59	\$14.64	\$35.76	\$14.64	\$35.76
60-64	\$16.53	\$41.81	\$16.53	\$41.81
65-69	\$18.75	\$45.28	\$18.75	\$45.28
70+	\$26.13	\$68.95	\$26.13	\$68.95

Cobertura de \$20,000				
Edad	Solo usted	Usted + Cónyuge	Usted + Hijos	Usted + Familia
18–24	\$5.96	\$12.35	\$5.96	\$12.35
25-29	\$6.12	\$12.83	\$6.12	\$12.83
30-34	\$7.38	\$15.28	\$7.38	\$15.28
35-39	\$11.09	\$22.81	\$11.09	\$22.81
40-44	\$16.64	\$34.00	\$16.64	\$34.00
45-49	\$21.34	\$45.26	\$21.34	\$45.26
50-54	\$25.15	\$58.86	\$25.15	\$58.86
55-59	\$28.39	\$69.95	\$28.39	\$69.95
60-64	\$32.25	\$82.27	\$32.25	\$82.27
65-69	\$36.84	\$89.50	\$36.84	\$89.50
70+	\$51.72	\$137.04	\$51.72	\$137.04

Cobertura de \$30,000				
Edad	Solo usted	Usted + Cónyuge	Usted + Hijos	Usted + Familia
18–24	\$8.68	\$18.03	\$8.68	\$18.03
25-29	\$8.88	\$18.64	\$8.88	\$18.64
30-34	\$10.72	\$22.22	\$10.72	\$22.22
35-39	\$16.20	\$33.38	\$16.20	\$33.38
40-44	\$24.48	\$50.11	\$24.48	\$50.11
45-49	\$31.53	\$67.01	\$31.53	\$67.01
50-54	\$37.24	\$87.40	\$37.24	\$87.40
55-59	\$42.14	\$104.14	\$42.14	\$104.14
60-64	\$47.97	\$122.72	\$47.97	\$122.72
65-69	\$54.94	\$133.73	\$54.94	\$133.73
70+	\$77.30	\$205.12	\$77.30	\$205.12

Cobertura de \$40,000				
Edad	Solo usted	Usted + Cónyuge	Usted + Hijos	Usted + Familia
18-24	\$11.40	\$23.70	\$11.40	\$23.70
25-29	\$11.63	\$24.45	\$11.63	\$24.45
30-34	\$14.06	\$29.17	\$14.06	\$29.17
35-39	\$21.32	\$43.96	\$21.32	\$43.96
40-44	\$32.32	\$66.22	\$32.32	\$66.22
45-49	\$41.72	\$88.76	\$41.72	\$88.76
50-54	\$49.33	\$115.94	\$49.33	\$115.94
55-59	\$55.90	\$138.32	\$55.90	\$138.32
60-64	\$63.70	\$163.17	\$63.70	\$163.17
65-69	\$73.03	\$177.96	\$73.03	\$177.96
70+	\$102.89	\$273.21	\$102.89	\$273.21

Cobertura de \$50,000				
Edad	Solo usted	Usted + Cónyuge	Usted + Hijos	Usted + Familia
18-24	\$14.13	\$29.38	\$14.13	\$29.38
25-29	\$14.39	\$30.26	\$14.39	\$30.26
30-34	\$17.40	\$36.11	\$17.40	\$36.11
35-39	\$26.44	\$54.53	\$26.44	\$54.53
40-44	\$40.16	\$82.33	\$40.16	\$82.33
45-49	\$51.91	\$110.50	\$51.91	\$110.50
50-54	\$61.42	\$144.48	\$61.42	\$144.48
55-59	\$69.65	\$172.51	\$69.65	\$172.51
60-64	\$79.42	\$203.63	\$79.42	\$203.63
65-69	\$91.13	\$222.19	\$91.13	\$222.19
70+	\$128.48	\$341.30	\$128.48	\$341.30

Accidente

Deducciones mensuales del cheque de nómina

Nivel de cobertura	
Solo usted	\$3.44
Usted + Cónyuge	\$6.92
Usted + Hijos	\$7.28
Usted + Familia	\$10.72

Indemnización hospitalaria

Deducciones mensuales del cheque de nómina

Nivel de cobertura		
Solo usted	\$8.88	\$8.88
Usted + Cónyuge	\$17.76	\$17.76
Usted + Hijos	\$16.00	\$16.00
Usted + Familia	\$24.88	\$24.88

