



ENCORE MECHANICAL

Authorización para la Deducción Voluntaria de Nómina- Médico, Dental, y Visión

Yo (imprimir nombre completo) _____ autorizo

Encore Mechanical para deducir de mis salarios por primas de beneficios en la suma de

\$ _____ en un horario semanal hasta que el término del seguro haya terminado.

En caso de que mi empleo termine por cualquier motivo antes de que se haga deducción final, el saldo mensual completo se deducirá de mis salarios finales.

Dirreccion: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento _____

Medico

_____ Empleado (\$45.58/semana)

_____ Empleado/Conyuge (\$193.59/semana)

_____ Empleado/Ninos (\$146.23/semana)

_____ Familia (\$294.24/week)

Dental

_____ Empleado (\$7.32/semana)

_____ Empleado/Cónyuge (\$14.63/semana)

_____ Empleado + Niño(s) (\$17.74/semana)

_____ Empleado + Familia (\$26.45/semana)

Vision

_____ Employee only (\$1.95/week)

_____ Employee + Spouse (\$3.70/week)

_____ Employee + Child(ren) (\$4.34/week)

_____ Family (\$6.10/week)

_____ **Renuncio Seguro Medico**

Renuncio Dental _____ **Vision** _____ **Coverage**

Spouse Name: _____ SSN: _____ DOB: _____

Children Name: _____ SSN: _____ DOB: _____

Children Name: _____ SSN: _____ DOB: _____

Children Name: _____ SSN: _____ DOB: _____

Este acuerdo permanecerá en vigor hasta que Encore Mechanical reciba el pago intecipal de las primas.

****Entiendo que si Encore Mechanical no recibe este formulario completado y firmado antes del 21 de enero de 2020, toda la cobertura será eximida por defecto.**

Firma Autorizada (Primaria): _____ **Fecha :** _____