

Firma y Devuelva

RECONOCIMIENTO DE RECIBO Y ARBITRAJE

RECIBO DE MATERIALES. Con mi firma abajo, reconozco que he recibido y leído (o tuve la oportunidad de leer) el Programa de Beneficios, la Descripción del Resumen del Plan (el “DRP”) del Plan de Beneficio Para Lesiones, efectivo en la fecha Efectiva Especificada en el Punto 8 del Programa de Beneficios y vio el video del plan de beneficios por lesiones para empleados de Concote Corporacion, con fecha 4/2/2018.

ARBITRAJE. Reconozco que éste DRP incluye una política obligatoria de la compañía que requiere que ciertos **reclamos o disputas (que de otro modo no puedan ser resueltos entre la Compañía y yo) deben ser sometidos a un árbitro**, en vez de un juez y un jurado en la corte. Entiendo que al recibir este DRP y llegar a ser empleado (o continuar mi empleo) con la Compañía en cualquier momento del o después del la fecha efectiva especificada en el Punto 8 de Programa de Beneficios, acepto y convengo en cumplir con estos requerimientos de arbitraje. Entiendo que la compañía también acepta y está de acuerdo en cumplir con estos requerimientos de arbitraje. Todos los reclamos cubiertos que sean presentados por mi cónyuge, hijos, beneficiarios, representantes, albaceas, administradores, guardianes, herederos o cesionarios también están sujetos a la política de arbitraje, y cualquier decisión de un árbitro será final y obligatoria para dichas personas y la Compañía.

X Firma del Empleado	_____	_____	Fecha
_____	Nombre de Imprenta del Empleado	_____	Nº de Identificación del Empleado (ID)
_____	Ubicación de Trabajo del Empleado	_____	Departamento