

## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA PLAN SUPLEMENTARIO DE SALUD

Cantidad a descontar \$	Patrono			
Seguro Social	Apellido 1	Apellido 2	Nombre	Inicial

Autorizo a mi patrono a descontar de mi salario la referida cantidad para el pago del Plan Suplementario de Salud solicitado por mí, a **TRANS-OCEANIC LIFE INSURANCE COMPANY (TOLIC)**. De aquí en adelante este descuento se hará cada periodo de pago. Mediante esta autorización intereso:

Cancelar el(los) descuento(s) de prima que me efectúan para el(los) seguro(s) suplementario de salud con la compañía:

AFLAC    COSVI    MULTINATIONAL    TRIPLE-S    USIC    Otra: \_\_\_\_\_

Cancelar el(los) descuento(s) de prima por: \$ \_\_\_\_\_ que me efectúan para otro(s) plan(es) de seguro similar.

Incluir en el descuento de prima que actualmente poseo con otro plan similar, pero para ser pagado a TOLIC.

Las pólizas solicitadas por mí, además de estar sujetas a evaluación por TOLIC, no entrarán en vigor hasta que se reciba el pago correspondiente al primer descuento luego de que TOLIC notifique al patrono. También autorizo a mi patrono a efectuar cualquier ajuste como consecuencia de un cambio en prima, según estipulado en la póliza. Relevo a mi patrono y a TOLIC de cualquier responsabilidad por descuentos procesados erróneamente por el patrono o redimidos a TOLIC fuera del tiempo.

Fecha (DD/MM/AAAA)

Número de Empleado

Firma del Empleado