

FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA DESCUENTO DE SALARIO

F-FCO-12. V1.1

Política de Privacidad de Datos: La información contenida en este documento será utilizada, bajo consentimiento de quien lo complete, sólo por el Departamento de Finanzas para registrar autorización para descuento de salario para pago de Pólizas.

Clave: _____
(si es aplicable)

Por este medio autorizo a _____
 descontar de mi salario la suma de _____ quincenal y remitirla
 a Assa, Cía. de Seguros, S.A. en concepto de pago correspondiente a la prima de seguro que mantengo con dicha compañía.

SEGURO DE VIDA

- Accidentes Personales (Vida)
- Accidentes Personales (Daños)
- Individual

PRIMA

B./ _____
 B./ _____
 B./ _____

SEGURO NO VIDA

- Incendio
- Multiriesgo Familiar

B./ _____
 B./ _____

MONTO MENSUAL A DESCONTAR

B./ _____

Asegurado: _____

Cédula: _____

Pagador: _____

Cédula: _____

Agente: _____

Fecha efectiva: _____

 Día Mes Año

 X
 Firma del Asegurado/Pagador

Confirmación: _____

Efectuar descuento en Diciembre Cheque ACH

Completar por la Empresa

Nombre: _____

Cargo: _____

Firma: _____

Fecha: _____

 Día Mes Año

Teléfono: _____

Sello: _____

Nota: No es válido para colaborador temporal y cesará únicamente por notificación escrita de _____ .
 Usted puede realizar los pagos a través de ACH y enviar confirmación al correo de **CreditosyCobros@assanet.com** y **tesorería-ingreso@assanet.com**. . Cualquier consulta adicional, favor contactarnos al teléfono 206-9167.