

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA PÓLIZAS DE FEVAL



Fecha

I. DATOS ASOCIADO

Nombre completo		Cédula	De
Código	Cargo	Area	
Regional	Extensión	Tel. Residencia	Celular

II. PÓLIZAS

<input type="checkbox"/> Hospitalización y Cirugía	<input type="checkbox"/> Asistencia Médica Domiciliaria	<input type="checkbox"/> Integral del Hogar
<input type="checkbox"/> Seguro de Vida y Accidentes Personales	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida y Ahorro en Dolares	<input type="checkbox"/> Medicina Prepagada

III. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo, _____ identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo a la empresa en que laboro a descontar de mi salario quincenal/mensual el valor correspondiente a las primas de la póliza que contraté y en caso de modificación y/o renovación de la misma, me sea ajustado el valor a descontar. Así mismo, autorizo al Fondo de Emplados de Vivienda y Ahorro de Alpina FEVAL girar cheque a nombre de mi corredor de seguros _____ NIT. _____ por el valor en referencia.

FIRMA Y CÉDULA ASOCIADO

PARA USO EXCLUSIVO DE FEVAL

APROBACIÓN POR: _____
OBSERVACIONES: _____