



AUTORIZACION PARA DESCUENTO DE NOMINA

Autorizo a mi patrono _____ a deducir de mi salario aquellas cantidades que sean ahora o más tarde pagaderas por mí, para los planes adquiridos a través de Triple-S Vida, Inc. , PO Box 363786, San Juan PR 00936-3786, Tel. (787) 758-4888, Fax (787) 766-1985. Esta autorización cancela cualquier autorización anterior para deducción por nómina por concepto de algún plan de seguro similar con la compañía _____ por \$ _____.		
Nombre y Apellidos del Empleado (en letra de molde)	Número de Seguro Social Pagador	Número de Empleado
Departamento o División	Cantidad a deducir por prima de seguro \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Fecha
Firma del Solicitante	Firma Representante Autorizado	Núm. Representante Autorizado