		Núm. Control
AUTORIZACION DE DESCUENTO POR NOMINA PLAN SUPLEMENTARIO DE SALUD		
Trans-Oceanic Life Insurance Company	:	Patrono:
Cantidad a Desconta	ar	
\$	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 ☐ USI	
☐ Cancelar el(los) descuento(s) de prima por \$ . que me efectúan para otro(s) plan(es) de seguro similar.		
	e prima que actualmente poseo con otro plan sir	
de que TOLIC notifique al patrono. También	star sujetas a evaluación por TOLIC, no entrarán en vigor hasta que se re autorizo a mi patrono a efectuar cualquier ajuste como consecuencia de ur sabilidad por descuentos procesados erróneamente por el patrono o redir	cambio en prima, según estipulado en la póliza. Relevo
Fecha (DDMMAAAA)	Número de Empleado	Firma del empleado
·		
		* T O L - A D N - 5 - 2 0 1 4 *
Más que un seguro —		Núm. Control
TOLLC Trans-Oceanic Life Insurance Company	AUTORIZACION DE DESCUENTO POR NOMINA PLAN	SUPLEMENTARIO DE SALUD
TSLIC Trans-Oceanic Life Insurance Company  Cantidad a Desconta		
TENLEC Trans-Oceanic Life Insurance Company  Cantidad a Desconta	ar	SUPLEMENTARIO DE SALUD  Patrono:
TINIS Oceanic Ufe Insurance Company  Cantidad a Desconta	ar	SUPLEMENTARIO DE SALUD
\$	ar	SUPLEMENTARIO DE SALUD  Patrono:
\$ Apellido 1  Autorizo a mi patrono a descontar de mi sala	Seguro Social Apellido 2  ario la referida cantidad para el pago del Plan Suplementario de Salud sol	SUPLEMENTARIO DE SALUD  Patrono:  Nombre Inicial  Citado por mí, a TRANS-OCEANIC LIFE INSURANCE
Apellido 1  Autorizo a mi patrono a descontar de mi sala COMPANY (TOLIC). De aquí en adelante e	ar Seguro Social Apellido 2	SUPLEMENTARIO DE SALUD  Patrono:  Nombre Inicial  citado por mí, a TRANS-OCEANIC LIFE INSURANCE ntereso:
Apellido 1  Autorizo a mi patrono a descontar de mi sala COMPANY (TOLIC). De aquí en adelante e	Seguro Social Apellido 2  Ario la referida cantidad para el pago del Plan Suplementario de Salud sol ste descuento se hará cada periodo de pago. Mediante esta autorización	SUPLEMENTARIO DE SALUD  Patrono:  Nombre Inicial  Citado por mí, a TRANS-OCEANIC LIFE INSURANCE  ntereso:  uplementario de salud con la compañía:
Apellido 1  Autorizo a mi patrono a descontar de mi sala COMPANY (TOLIC). De aquí en adelante e  Cancelar el(los) descuento(s)	Seguro Social Apellido 2  ario la referida cantidad para el pago del Plan Suplementario de Salud sol ste descuento se hará cada periodo de pago. Mediante esta autorización de prima que me efectúan para el(los) seguro(s) s	Patrono:  Nombre Inicial citado por mí, a TRANS-OCEANIC LIFE INSURANCE ntereso:  uplementario de salud con la compañía:
\$ Apellido 1  Autorizo a mi patrono a descontar de mi sala COMPANY (TOLIC). De aquí en adelante e  Cancelar el(los) descuento(s)  AFLAC COSVI  Cancelar el(los) descuento(s) descuento(s)	Seguro Social Apellido 2  ario la referida cantidad para el pago del Plan Suplementario de Salud sol ste descuento se hará cada periodo de pago. Mediante esta autorización de prima que me efectúan para el(los) seguro(s) s	SUPLEMENTARIO DE SALUD  Patrono:  Nombre Inicial  citado por mí, a TRANS-OCEANIC LIFE INSURANCE ntereso:  uplementario de salud con la compañía:  C
\$ Apellido 1  Autorizo a mi patrono a descontar de mi sala COMPANY (TOLIC). De aquí en adelante e  Cancelar el(los) descuento(s)  AFLAC COSVI  Cancelar el(los) descuento(s) descuento de descuento descuento de	Seguro Social Apellido 2  ario la referida cantidad para el pago del Plan Suplementario de Salud sol ste descuento se hará cada periodo de pago. Mediante esta autorización de prima que me efectúan para el(los) seguro(s) seguro	Patrono:  Nombre Inicial  Citado por mí, a TRANS-OCEANIC LIFE INSURANCE Intereso:  uplementario de salud con la compañía:  C
Apellido 1  Autorizo a mi patrono a descontar de mi sala COMPANY (TOLIC). De aquí en adelante e  Cancelar el(los) descuento(s)  AFLAC COSVI  Cancelar el(los) descuento(s) descuento de las pólizas solicitadas por mí, además de el de que TOLIC notifique al patrono. También a mi patrono y a TOLIC de cualquier response.	Seguro Social Apellido 2  Apellido 2  Ario la referida cantidad para el pago del Plan Suplementario de Salud sol ste descuento se hará cada periodo de pago. Mediante esta autorización de prima que me efectúan para el(los) seguro(s) seguro(s) seguro se prima por \$ USI que me efectúan para que me efectúan para que me efectúan para el prima por \$ USI que me efectúan para que actualmente poseo con otro plan sir star sujetas a evaluación por TOLIC, no entrarán en vigor hasta que se re autorizo a mi patrono a efectuar cualquier ajuste como consecuencia de ur	Patrono:  Nombre Inicial  Citado por mí, a TRANS-OCEANIC LIFE INSURANCE Intereso:  uplementario de salud con la compañía:  C
\$ Apellido 1  Autorizo a mi patrono a descontar de mi sala COMPANY (TOLIC). De aquí en adelante e  Cancelar el(los) descuento(s)  AFLAC COSVI  Cancelar el(los) descuento(s) descuento de descuento descuento de	Seguro Social Apellido 2  Apellido 2  Ario la referida cantidad para el pago del Plan Suplementario de Salud sol ste descuento se hará cada periodo de pago. Mediante esta autorización de prima que me efectúan para el(los) seguro(s) seguro(s) seguro se prima por \$ USI que me efectúan para que me efectúan para que me efectúan para el prima por \$ USI que me efectúan para que actualmente poseo con otro plan sir star sujetas a evaluación por TOLIC, no entrarán en vigor hasta que se re autorizo a mi patrono a efectuar cualquier ajuste como consecuencia de ur	Patrono:  Nombre Inicial  Citado por mí, a TRANS-OCEANIC LIFE INSURANCE Intereso:  uplementario de salud con la compañía:  C
Apellido 1  Autorizo a mi patrono a descontar de mi sala COMPANY (TOLIC). De aquí en adelante e  Cancelar el(los) descuento(s)  AFLAC COSVI  Cancelar el(los) descuento(s) descuento de descu	Seguro Social Apellido 2  ario la referida cantidad para el pago del Plan Suplementario de Salud sol ste descuento se hará cada periodo de pago. Mediante esta autorización de prima que me efectúan para el(los) seguro(s) seguro(s) seguro (s) s	Patrono:  Nombre Inicial  citado por mí, a TRANS-OCEANIC LIFE INSURANCE intereso:  uplementario de salud con la compañía:  C