



NOMBRE DEL PATRONO Y ASEGURADORA: _____

AUTORIZACIÓN Y RELACION DE EMPLEADOS ACOGIDOS AL PLAN, COSTO INDIVIDUAL DEL PLAN Y CONTRIBUCIÓN A DICHO COSTO

Nombre del Empleado	Seguro de Vida			Seguro de Hospital			Gastos Médicos			Otros			Totales			Firma del Empleado
	Costo	Contribución		Costo	Contribución		Costo	Contribución		Costo	Contribución		Costo	Contribución		
		Emp.	Patrono		Emp.	Patrono		Emp.	Patrono		Emp.	Patrono		Emp.	Patrono	

De acuerdo con las disposiciones de la Ley 17 del 17 de abril de 1931, Artículo 5G, nosotros los arriba firmantes hemos autorizado a nuestro patrono para que descunte de nuestro sueldo las cantidades que aquí se señalan como aportación a los planes que aparecen detallados.
Certificamos tener conocimiento de nuestro sueldo las cantidades que aquí se señalar como mi aportación a los planes que aparecen detallados.