

SÓLAMENTE PARA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS, DEPENDIENTES ELEGIBLES: CONYUGUE E HIJOS SOLTEROS

	Nombre Completo del Dependiente	Parentesco	Fecha Nacimiento
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTA SECCIÓN PARA COMPLETARSE POR EL CONTRATANTE

FECHA EN QUE EL EMPLEADO ENTRO AL SERVICIO DE LA COMPAÑIA			FECHA EN QUE EL EMPLEADO SE INCLUYE EN EL PLAN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SALARIO MENSUAL Q.	Contributivo <input type="text"/>	Porcentaje <input type="text"/>
OCUPACIÓN:	No. Contributivo <input type="text"/>	

Nombre y Firma de la persona autorizada: _____
 (Sello del contratante)

Fecha: _____

Aprobado por la Superintendencia de Bancos en Resolución No. 5-2009 de fecha 06 de enero de 2009
 F-629

