



AUTORIZACIÓN DESCUENTO
MEDICINA PREPAGADA

Versión:

1

Fecha de Aprobación:

01/12/2012

_____|_____|_____|
DIA MES AÑO

Yo _____, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. _____, autorizo al Fondo de Empleados Av Villas FEVI a descontar de mi nómina la suma de \$ _____ mensualmente, correspondiente al contrato de medicina prepagada.

Inicio vigencia _____ con renovación automática hasta tanto no se envíe por escrito el desistimiento de este servicio.

Autorizo a la empresa en la que trabajo y que está vinculada al FEVI para descontar de mis salarios, cesantías, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como cualquier otra suma a la que tenga derecho, las cuotas tanto de aportes como de servicios. Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS - FEVI para consultar, procesar, reportar, suministrar, rectificar y actualizar en cualquier momento la información relacionada con mi comportamiento como asociado de la entidad, a la Asociación Bancaria de Colombia o cualquier otra central de información debidamente constituida. Así mismo autorizo para que dicha información pueda ser utilizada por terceros para efectos de remitir información comercial por parte del FEVI o de terceros, todo respetando las limitaciones impuestas por las normas legales. Igualmente me comprometo durante la vigencia de la asociación a actualizar la información suministrada en esta solicitud, la cual se entiende vigente hasta tanto le notifique al FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS- FEVI cualquier modificación.

Declaro conocer la normatividad vigente y autorizo los descuentos establecidos en los mismos.

FIRMA _____
C.C No. _____