

# CACEBCE

AUTORIZACIÓN DE RENOVACION DE SEGURO DE VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA  
2021-2022

## PLAN DE BMI

APELLIDOS Y NOMBRES TITULAR: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES FAMILIARES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PRESUPUESTO: \_\_\_\_\_

CONDICION: EMPLEADO .....

JUBILADO .....

EXTENSIÓN OFICINA: \_\_\_\_\_

EXEMPLEADO.....

FAMILIAR .....

TELÉFONO DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: \_\_\_\_\_

### PLAN COBERTURA MÉDICA

PLAN US \$ \_\_\_\_\_

### COSTO PLAN INCLUIDO IMPUESTO; TARJETA; Y, SEGURO DE VIDA

TITULAR SOLO \_\_\_\_\_

TITULAR + UNO \_\_\_\_\_

TITULAR + FAMILIA \_\_\_\_\_

### FORMA DE PAGO

VÍA ROL DE PAGOS BCE (con autorización RR.HH. BCE) \_\_\_\_\_

AUTORIZO DEBITO DE MI CUENTA DE AHORROS DE LA COOPERATIVA \_\_\_\_\_

### NOTA IMPORTANTE:

En caso que el Departamento de Recursos Humanos no nos acreditara la cuota mensual por cualquier causa, o no dispusiera de fondos en la Cooperativa para débito, deberá cancelar la cuota por Ventanilla en la CACEBCE, dentro de los 5 primeros días calendario del siguiente mes, en caso de no hacerlo, se solicitará la inmediata exclusión de su persona de la Póliza.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Socio  
CC