



LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DEL BANCO CENTRAL DEL ECUADOR (CACEBCE)
AUTORIZACION DE PAGO RENOVACION DE SEGURO DE VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA
2020-2021

ASEGURADORA _____

DATOS DEL SOCIO

APELLIDOS Y NOMBRES TITULAR _____

APELLIDOS Y NOMBRES FAMILIARES _____

CEDULA DE CIUDADANIA: _____

DIRECCIÓN: _____

PRESUPUESTO: _____

EMAIL: _____

TELF. DOMICILIO: _____

CELULAR: _____

EXT. OFICINA: _____

CONDICIÓN: EMPLEADO

EXEMPLEADO

JUBILADO

FAMILIAR

PLAN DE COBERTURA MÉDICA

PLAN USD \$ _____

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 de que el Departamento de Recursos Humanos no nos acreditara la cuota mensual por cualquier causa, o no disponer 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.

Quito,

FECHA: _____

FIRMA DEL SOCIO.
CC.