



CACEBCE

Cooperativa de Ahorro y Crédito de Empleados, Jubilados y Ex Empleados del
Banco Central del Ecuador ·

AUTORIZACIÓN SEGURO DE VIDA, ASISTENCIA MEDICA Y/O VEHICULAR.

DATOS DEL SOCIO:

Apellidos y nombres:	No. cédula de ciudadanía:
Presupuesto:	Dirección:
Telf. Domicilio: Telf Celular:	Email:
Condición del socio: Empleado <input type="checkbox"/> Exempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
Beneficiarios del Seguro:	
Nombres y Apellidos.....	
Nombres y Apellidos.....	

ASEGURADORA A CONTRATAR:

BMI <input type="checkbox"/>	SALUD <input type="checkbox"/>	HUMANA <input type="checkbox"/>	ASEGU. DEL SUR <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---

TIPO DE SEGURO:

SALUD <input type="checkbox"/>	VEHICULAR <input type="checkbox"/>
VIGENCIA: Desde el..... de..... de 20.... Al de de 20..	

SEGURO DE SALUD:

PLAN DE COBERTURA MÉDICA: PLAN DE :	SEGURO DE VEHÍCULO: MARCA:.....MODELO:..... AÑO:.....PLACA:..... VALOR USD:.....EXTRAS USD:
TITULAR SOLO: <input type="checkbox"/> VALOR:	TOTAL PRIMA:
TITULAR +1: <input type="checkbox"/> VALOR:	ABONO CLIENTE:
TITU+ FAMILIA: <input type="checkbox"/> VALOR:	CREDITO SOLICITADO:

FORMA DE PAGO:

CONTADO UN SOLO DÉBITO DE LA CUENTA <input type="checkbox"/>	
CRÉDITO MENSUAL VIA ROL <input type="checkbox"/>	PLAZO MESES <input type="checkbox"/>
CRÉDITO MENSUAL DESC. CUENTA DE AHORROS <input type="checkbox"/>	PLAZO MESES <input type="checkbox"/>
La forma de pago y demás trámites de este producto, están sujeta a las Resoluciones que emite el Consejo de Administración de la CACEBCE para el efecto.	

Lugar y Fecha.....

Firma del socio
C.I.