

## AUTORIZACIÓN SEGURO DE VIDA, ASISTENCIA MÉDICA 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"/>	
Nombre del asegurado: Nombres y Apellidos.....	

### ASEGURADORA A CONTRATAR:

BMI       SALUD       HUMANA       ASEGU. DEL SUR

### TIPO DE SEGURO:

SALUD       VEHICULAR

VIGENCIA: Desde el..... de..... de 20.... Al ..... de ..... de 20..

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

### FORMA DE PAGO:

CONTADO UN SOLO DÉBITO DE LA CUENTA

CREDITO MENSUAL VIA ROL  PLAZO MESES

CREDITO MENSUAL DESC. CUENTA DE AHORROS  PLAZO MESES

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.