

Quito, _____

Yo _____, portador de la C.I. _____ Funcionario
de _____, autorizo el descuento de:

| | | | |
|-------------------------------------|----|-------|--------------------------|
| - Seguro de Vida (Plan A 13.000) | US | 6.00 | <input type="checkbox"/> |
| - Seguro de Vida (Plan B US 20.000) | US | 8.00 | <input type="checkbox"/> |
| - Seguro de Vida (Plan C US 27.000) | US | 12.00 | <input type="checkbox"/> |
| - Seguro de Vida (Plan D US 32.000) | US | 14.00 | <input type="checkbox"/> |

_____ mensuales de mi remuneración, para el pago del Seguro de Vida.

Atentamente,

Mail: _____ Móvil: _____

Nota: en caso de existir un incremento en el seguro de vida por prima y monto asegurado acepto se proceda con el descuento automáticamente