



COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO

EDUCADORES Y ASOCIADOS ZAMORA CHINCIPE

Zamora, _____ del _____ 20__.

Dra.

Fani Pineda Ochoa

GERENTE DE LA CACEAZCH.

Presente

De mis consideraciones.

Por el presente solicito y **AUTORIZO**, en forma libre y voluntaria, por término indefinido el débito de mi cuenta de **AHORROS** el valor anual (\$60.00) para poder ser beneficiario del Seguro de Vida que ofrece la Cooperativa.

Declaro que conozco y acepto lo siguiente:

1. Que la Cooperativa podrá abstenerse de hacer el débito si no existen fondos disponibles para ello, o si se presenta alguna causal que lo impida, liberando a la Cooperativa de cualquier responsabilidad ulterior:
2. Que en caso de cerrar la cuenta indicada (dejar de ser asociado); hasta ese momento se cubrirá el Seguro de Vida.
3. Que posterior puedo dar por escrito una orden, para que no se me debite ningún valor de mi cuenta por este servicio social a la Cooperativa y que, en caso de hacerlo, conozco que por fallecimiento mis deudos no serán beneficiarios al Seguro de Vida.
4. Es mi voluntad incluir dentro de este Seguro de Vida a las siguientes personas:

Nro. de Cédula	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Razón.

Firma Titular (autorización)

Nombres y Apellidos: _____

Socio Nro.: _____

Cédula: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____