

**RENOVACIÓN  
SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA 2025-2026**

Quito, D M 28 de febrero de 2025

Ingeniero  
Pablo Sánchez Guerra

**Presidente**  
**Asociación Nacional de Servidores Públicos**  
**Contraloría General Del Estado**  
Ciudad. –

Quien suscribe el presente, ..... con número de cédula ..... en calidad de ex funcionario/a por jubilación de la Contraloría General del Estado, solicito a usted permita a mi familiar ..... con número de cédula ..... continuar formando parte del seguro corporativo que ofrece la Asociación Nacional de Servidores Públicos y autorizo lo incluya en la renovación del contrato del seguro de ASISTENCIA MÉDICA para el periodo desde marzo 2025 hasta febrero 2026 con la compañía **PRIVILEGIO**, por cuanto estamos de acuerdo con las nuevas condiciones, tarifas, servicios y beneficios acordadas en dicha renovación que me han sido informados.

Para el efecto, entregó en calidad de garantía el valor correspondiente a una mensualidad del plan contratado; y, me comprometo a pagar trimestralmente el valor de .....USD, correspondiente al plan contratado ..... que incluye al titular y dependientes de acuerdo al siguiente listado:

<b>Tipo</b>	<b>Nombres y apellidos</b>	<b>Relación familiar</b>
Titular		Titular
Dependiente 1		Cónyuge
Dependiente 2		Hijo/a
Dependiente 3		Hijo/a
Dependiente 4		Hijo/a

Acepto realizar el pago hasta el día 05 de cada mes directamente a la cuenta corriente del Banco del Pichincha número 3076379804 perteneciente a la Asociación Nacional de Servidores Públicos de la Contraloría General del Estado con RUC 1791294467001, cuyo comprobante será remitido al correo electrónico seguros@asocge.com para su validación; caso contrario acepto ser excluido de la póliza con mis dependientes hasta el día 10 del mismo mes.

Así también, autorizo a la Asociación Nacional de Servidores Públicos de la Contraloría General del Estado, el uso de mis datos personales para los fines necesarios de renovación del contrato, información de comunicados relacionados con la cobertura con la compañía de seguros y gestión de cobro en caso de incumplimiento de mis obligaciones, con pleno conocimiento de lo que dispone la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

Atentamente,  
JUBILADO

FAMILIAR

\_\_\_\_\_  
CI: .....  
Código: .....  
Correo electrónico: .....  
Celular: .....

\_\_\_\_\_  
CI: .....  
Código: .....  
Correo electrónico: .....  
Celular: .....