

**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 y código institucional, en calidad de socio activo de la Asociación Nacional de Servidores Públicos de la Contraloría General del Estado, acepto que se incluya a mi familiar con número de cédula 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 estoy 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 un pagaré firmado correspondiente a tres mensualidades del plan contratado; y, autorizo el descuento de mi rol de pagos del valor de USD, correspondiente al plan contratado por mi familiar que incluye al titular y dependientes de acuerdo al siguiente listado:

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

En el caso de no realizarse el descuento respectivo de mi Rol de Pagos por parte de la Dirección Financiera, me comprometo a efectuar el pago directamente a la Asociación hasta el día 05 del mes siguiente al que corresponde la obligación, 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,
SOCIO

FAMILIAR TITULAR

CI:

Código:

Correo electrónico:

Celular:

CI:

Código:

Correo electrónico:

Celular: