

DESISTIMIENTO AL SEGURO DE VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA

....., de de

Yo,..... titular de la cuenta de ahorros No., por mis propios derechos, libre y voluntariamente, renuncio al beneficio del Seguro de Vida y Asistencia Médica que ofrece la Cooperativa de Ahorro y Crédito El Sagrario Ltda. a sus socios; por lo tanto, no autorizó que se efectúe en mi cuenta de ahorros ningún débito mensual por éste concepto.

Así mismo, declaro que ni yo ni mis beneficiarios podremos hacer reclamaciones relacionadas a las coberturas y beneficios, que se derivan del Seguro de Vida y Asistencia Médica, que la Cooperativa de Ahorro y Crédito El Sagrario Ltda., proporciona a sus socios cuenta ahorristas.

Atentamente,

.....

Nombre:

C.I.