CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E.

OBREGÓN 62 COL. CENTRO CP 83000 HERMOSILLO, SONORA
TELÉFONO (01 662) 259 99 00 www.cmapsnte54.com.mx

FOR 8.5 PASD 11
REV: 0
Fecha de Rev.:15/12/2023

PROGRAMA DE GASTOS FUNERARIOS

Solicitud de Apoyo

NOMBRE COMPLETO: _____N° DE PENSIÓN: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____TELEFÓNO CELULAR: _____

BENEFICIARIOS: ☐ CÓNYUGE ☐ HIJOS ☐ PADRE ☐ MADRE

DOCUMENTOS ANEXOS:

COPIA DEL ÚLTIMO TALÓN DE CHEQUE	☐	COMPROBANTE PARENTESCO (*según sea el caso*)	
FACTURA FUNERARIA A NOMBRE DEL SOCIO	☐	CÓNYUGE (ACTA MATRIMONIO)	☐
COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL SOCIO	☐	HIJOS (ACTA NACIMIENTO HIJO)	☐
COPIA DE ACTA DEFUNCIÓN O CERTIFICADO DE MUERTE FETAL	☐	PADRES (ACTA NACIMIENTO SOCIO)	☐

DATOS DEL APOYO:

APOYO A NOMBRE DE: _____

IMPORTE DEL APOYO: _____

EL APOYO SE REALIZARÁ CON PAGO A:

☐ FUNERARIA ☐ SOCIO (REPOSICIÓN DE GASTO)

EL APOYO SE OTORGARÁ MEDIANTE:

☐ CHEQUE

☐ TRANSFERENCIA BANCARIA (ADJUNTAR COPIA DE FORMATO BANCARIO A NOMBRE DEL SOCIO SOLICITANTE O DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO FUNERARIO, EL CUAL INDIQUE: CLABE INTERBANCARIA (18 DÍGITOS), NOMBRE DEL CUENTAHABIENTE Y NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN BANCARIA).

OBSERVACIONES (*en su caso*): _____

HERMOSILLO, SONORA. A _____ DE _____ DEL AÑO _____

_____

FIRMA SOCIO

COORDINADOR PROGRAMA DE GASTOS FUNERARIOS

_____

(NOMBRE Y FIRMA)

SELLO RECIBIDO PROGRAMA