

**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



Código: FOR 7.5 PASS 01

Revisión: 0

Fecha de Revisión 03/DIC/2018

**PROGRAMA DE RETIRO
SOLICITUD DE BONO PARA EL RETIRO**

NOMBRE COMPLETO: _____ N° DE PENSIÓN: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELEFÓNO CELULAR: _____

BENEFICIARIO Y DOCUMENTOS ANEXOS:

<input type="checkbox"/> Jubilado o Pensionado con Dictamen de Pensión de ISSSTESON <ul style="list-style-type: none">Copia de dictamen de pensión de ISSSTESONCopia identificación oficial del Socio	<input type="checkbox"/> Activo en trámite de Pensión en Permiso Prejubilatorio <ul style="list-style-type: none">Copia de solicitud de permiso prejubilatorio ante la SECCopia de solicitud de pensión ante ISSSTESONCopia identificación oficial del Socio	<input type="checkbox"/> Activo en trámite de Pensión de Invalidez con Dictamen de Portador de una Invalidez Definitiva <ul style="list-style-type: none">Copia de solicitud de pensión ante ISSSTESONCopia dictamen médico de ISSSTESON de invalidez definitivaCopia de hoja desglosada de servicio estatal de la SECCopia identificación oficial del Socio
---	---	--

DATOS DEL BENEFICIO:

El beneficio se otorgará a nombre del Socio de CMAP solicitante, mediante:

CHEQUE

TRANSFERENCIA BANCARIA (Adjuntar copia de formato bancario a nombre del Socio solicitante, 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 RETIRO

SELLO RECIBIDO DEL PROGRAMA

(NOMBRE Y FIRMA)