



PROGRAMA DE GASTOS FUNERARIOS

Solicitud de Apoyo

NOMBRE COMPLETO: _____ N° DE PENSIÓN: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

PARENTESCO CON FAMILIAR FINADO: ☐ CÓNYUGE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ MADRE

DOCUMENTOS ANEXOS:

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

DATOS DEL APOYO:

EL APOYO SE REALIZARÁ CON PAGO A: ☐ FUNERARIA ☐ SOCIO (REPOSICIÓN DE GASTO)

MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA A NOMBRE DE:

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; O EN SU CASO ANOTAR LA CLABE INTERBANCARIA REGISTRADA EN CMAP _____.

OBSERVACIONES (*en su caso*): _____

HERMOSILLO, SONORA. A _____ DE _____ DEL AÑO _____.

SELLO RECIBIDO PROGRAMA

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL SOCIO

HAGO CONSTAR QUE EL FINADO NO ES SOCIO DE CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E., Y QUE SE ENCUENTRA FUERA DE LA COBERTURA DEL SEGURO FAMILIAR DE GASTOS FUNERARIOS CONVENIDO ENTRE EL GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA Y LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E. A LA FECHA DE FALLECIMIENTO.

FOLIO DE SOLICITUD: _____