



PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL
SOLICITUD DE PRÉSTAMO PARA APOYO DE PÓLIZA DE SEGURO

NOMBRE COMPLETO: _____ N°PENSIÓN: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

DOCUMENTOS A NEXOS:

- () PRESUPUESTO O COTIZACIÓN DE LA ASEGURADORA EN LA CUAL SE INDIQUE: NOMBRE DEL ASEGURADO, MONTO Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO LOS DATOS PARA TRANSFERENCIA BANCARIA A NOMBRE DE LA ASEGURADORA (CLABE INTERBANCARIA 18 DIGITOS).
- () COPIA DE COMPROBANTE DE PARENTESCO (CREDENCIAL DE ISSSTESON O ACTA SEGÚN SEA EL CASO) () COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL SOCIO

DATOS DEL PRÉSTAMO

BENEFICIARIO: ☐ SOCIO ☐ CÓNYUGE ☐ HIJOS ☐ PADRES **TIPO PÓLIZA DE SEGURO:** ☐ VIDA ☐ GASTOS MÉDICOS

EL PRÉSTAMO SE OTORGARÁ A NOMBRE DE LA ASEGURADORA MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA:

Razón Social

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

IMPORTE DEL PRÉSTAMO: _____ PLAZO: _____ EN MESES SUELDO LÍQUIDO: _____

OBSERVACIONES (en su caso): _____

PAGARÉ

DEBO Y PAGARÉ INCONDICIONALMENTE A CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E, EN HERMOSILLO, SONORA LA CANTIDAD DE (CANTIDAD EN NÚMERO) \$ _____ PESOS M.N., (CANTIDAD EN LETRA) _____ M.N.)

SUMA QUE HE RECIBIDO EN CALIDAD DE PRÉSTAMO Y CUYA CANTIDAD ME COMPROMETO A LIQUIDAR EN UN PERIODO DE _____ MESES. PARA FACILITAR EL COBRO DE LAS CANTIDADES A QUE ESTE PAGARÉ SE REFIERE, AUTORIZO A CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRESTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E. PARA QUE PROGRAME DESCUENTO QUINCENAL O MENSUAL SEGÚN SEA EL CASO, Y QUE A MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN SOLICITE A LA DEPENDENCIA FACULTADA POR EL GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA Y /O A ISSSTESON, SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS CORRESPONDIENTES A MI SUELDO O PENSIÓN, HASTA EL TOTAL DE LA LIQUIDACIÓN DE MI ADEUDO. RECONOZCO Y ACEPTO QUE EN CASO DE LICENCIA TEMPORAL O INDEFINIDA SIN GOCE DE SUELDO, EFECTUARÉ LOS PAGOS DIRECTOS EN LAS OFICINAS DE CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E, O EN CUALQUIERA DE SUS SUCURSALES O INSTITUCIÓN BANCARIA AUTORIZADA PARA EL CASO. ACEPTO QUE EL IMPORTE TOTAL DEL PRÉSTAMO SEA DESTINADO AL PAGO DE PÓLIZA DE SEGURO, MEDIANTE PAGO DIRECTO A LA ASEGURADORA; DE LA MISMA MANERA AUTORIZO QUE SE DESTRUYA EL PAGARÉ UNA VEZ CUBIERTO EL PRÉSTAMO EN EL TERMINO CORRESPONDIENTE.

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

SELLO RECIBIDO PROGRAMA

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL SOCIO

FOLIO DE SOLICITUD _____