

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

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



Código: FOR 7.5 PASS 04  
Revisión: 0  
Fecha de Revisión: 03/DIC/2018

## PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL SOLICITUD DE PRÉSTAMO 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:

#### 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 \_\_\_\_\_

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL SOCIO

COORDINADOR PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL

SELLO RECIBIDO PROGRAMA

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y FIRMA)