



Calle Moctezuma #41-A, Colonia Modelo, Hermosillo, Sonora. C. P. 83190

**FORMATO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIA(S) O BENEFICIARIO(S) DE LAS Y LOS AGREMIADOS
PARTICIPANTES DE LA CAJA DE AHORRO DEL SIATCIAD (ANEXO 2)**

Lugar _____, a _____ de _____ del _____

Nombre completo _____

Número de empleado(a) CIAD _____ Agremiado(a) jubilado(a) Si(☐) No (☐)

Designo como beneficiaria(s) o beneficiario(s) de mis derechos en caso de defunción a:

BENEFICIARIO (A)

1.- Nombre completo _____

Parentesco _____ Porcentaje _____ Teléfono _____

2.- Nombre completo _____

Parentesco _____ Porcentaje _____ Teléfono _____

3.- Nombre completo _____

Parentesco _____ Porcentaje _____ Teléfono _____

4.- Nombre completo _____

Parentesco _____ Porcentaje _____ Teléfono _____

5.- Nombre completo _____

Parentesco _____ Porcentaje _____ Teléfono _____

En caso de ser menor(es) de edad la(s) o lo(s) beneficiarios nombrar a una persona albacea, quien fungirá como tutor(a) hasta la mayoría de edad de las o los mismos.

Nombre completo de la o el albacea _____

Firma del agremiado o agremiada participante

Nota: Anexar a esta solicitud copia fotostática de credencial de elector (ambos lados)