SOLICTUD DE PAGO DE SINIESTROS DEL PLAN MULTIPLE DE BENEFICIOS PARA TRABAJADORES DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ del 20___

Fideicomiso Plan Múltiple de Beneficios para los Trabajadores del Gobierno del Estado
Gobierno del Estado de Jalisco
Presente

Por medio del presente me dirijo a Usted para solicitarle (s) me sea pagado el beneficio por fallecimiento del (la)
C.
_____
Cuyos datos se mencionan a continuación:

COMO APARECEN EN EL ACTA DE DEFUNCIÓN:
ESTADO CIVIL: CASADO ( ) SOLTERO ( ) VIUDO ( ) DIVORCIADO ( )
EDAD: _____ R.F.C _____ - _____
FECHA DE FALLECIMIENTO: _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

CAUSA DE FALLECIMIENTO:
_____
_____
_____

COMO APARECE EN LA BAJA:
PUESTO (NOMENCLATURA) _____

DEPENDENCIA: _____

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombre y domicilio Completo de los Beneficiarios	*Parentesco*	*Edad*	*Teléfono*
1. _____	_____	_____	_____
_____		Firma _____	
Nombre y número de identificación que presenta _____			
2. _____	_____	_____	_____
_____		Firma _____	
Nombre y número de identificación que presenta _____			
3. _____	_____	_____	_____
_____		Firma _____	
Nombre y número de identificación que presenta _____			
4. _____	_____	_____	_____
_____		Firma _____	
Nombre y número de identificación que presenta _____			
5. _____	_____	_____	_____
_____		Firma _____	
Nombre y número de identificación que presenta _____			