

**ASOCIACION DE LA HEROICA ESCUELA NAVAL MILITAR,A.C.  
SOLICITUD DE INGRESO AL FIDEICOMISO.**

**C. PRESIDENTE DE LA JUNTA DIRECTIVA NACIONAL  
ASOCIACIÓN DE LA HEROICA ESCUELA NAVAL MILITAR,A.C.  
P R E S E N T E**

TENIENDO PLENO CONOCIMIENTO DE LOS FINES QUE PERSIGUE LA ASOCIACION DE LA HEROICA ESCUELA NAVAL MILITAR, A.C., AL CREAR EL FONDO DE APOYO POSTUMO SOCIAL, CULTURAL, ECONOMICO Y EDUCATIVO DE LA A.H.E.N.M., A.C. PARA BENEFICIO DE SUS SOCIOS Y CÓNYUGES Y PARA LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS, YA SEA EN SITUACIÓN RETIRO O EN ACTIVO, DE ALMIRANTES HASTA PRIMER MAESTRE O EQUIVALENTES, SOLICITO MI INGRESO A DICHO FONDO PARA LO CUAL ESTOY PROPORCIONANDO MIS DATOS PERSONALES ASI COMO LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE.

GRADO:- \_\_\_\_\_

NOMBRE:- \_\_\_\_\_

MATRICULA:- \_\_\_\_\_

R.F.C.:- \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:- \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

| SITUACIÓN ACTUAL |          | FECHA DE INGRESO A LA ARMADA |     |     | FECHA DE RETIRO |     |     |
|------------------|----------|------------------------------|-----|-----|-----------------|-----|-----|
| ACTIVO           | RETIRADO | DIA                          | MES | AÑO | DIA             | MES | AÑO |
|                  |          |                              |     |     |                 |     |     |

| DOMICILIO PARTICULAR | TELEFONO |
|----------------------|----------|
|                      |          |

ES MI VOLUNTAD EXPRESA AUTORIZAR A LA H.E.N.M., A.C., PARA QUE EL BENEFICIO DEL FONDO DE APOYO A QUE TENGO DERECHO EN CASO DE FALLECIMIENTO SE DISTRIBUYA A MIS BENEFICIARIOS EN EL PORCENTAJE QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN, LIBERANDO A LA ASOCIACIÓN DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD LEGAL, QUE SURGIERA POR DESAVENENCIA ENTRE LOS MISMOS.

**BENEFICIARIOS**

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) | PARENTESCO | PORCENTAJE |
|------------------|------------------|------------|------------|------------|
|                  |                  |            |            |            |
|                  |                  |            |            |            |
|                  |                  |            |            |            |
|                  |                  |            |            |            |
|                  |                  |            |            |            |
|                  |                  |            |            |            |

(SI NO ALCANZAN LOS RENGLONES, HACER HOJA ANEXA)

---

FIRMA DEL SOCIO

TESTIGO

TESTIGO

---

NOMBRE Y FIRMA

---

NOMBRE Y FIRMA

MÉXICO, D.F., A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 .

**EL DIRECTOR DE ACCION SOCIAL**

**ALMIRANTE C.G. DEM. RET.  
ARMANDO GARCIA RODRIGUEZ**

---

# ASOCIACION DE LA HEROICA ESCUELA NAVAL MILITAR, A.C.

## CAMBIO DE BENEFICIARIOS DEL FIDEICOMISO (FONDO DE APOYO POSTUMO, SOCIAL, CULTURAL, ECONOMICO Y EDUCATIVO DE LA ASOCIACION DE LA HEROICA ESCUELA NAVAL MILITAR, A.C.)

ES MI VOLUNTAD EXPRESA AUTORIZAR A LA H.E.N.M., A.C. Y AL BANCO NACIONAL DEL EJERCITO, FUERZA AEREA Y ARMADA DE MÉXICO, S.N.C., PARA QUE EL BENEFICIO DEL FONDO DE APOYO A QUE TENGO DERECHO EN CASO DE FALLECIMIENTO SE DISTRIBUYA A MIS BENEFICIARIOS EN EL PORCENTAJE QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN, LIBERANDO A LA ASOCIACIÓN DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD LEGAL, QUE SURGIERA POR DESAVENENCIA ENTRE LOS MISMOS.

GRADO:- \_\_\_\_\_

NOMBRE:- \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:- \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ MATRICULA:- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ R.F.C.: \_\_\_\_\_

FECHA DE INSCRIPCIÓN AL FIDEICOMISO:- \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIOS

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) | PARENTESCO | PORCENTAJE |
|------------------|------------------|------------|------------|------------|
|                  |                  |            |            |            |
|                  |                  |            |            |            |
|                  |                  |            |            |            |
|                  |                  |            |            |            |
|                  |                  |            |            |            |
|                  |                  |            |            |            |

NOTA:- si desea agregar más beneficiarios, deberá anotarse al reverso

**\*\*\*ESTE DOCUMENTO ANULA LOS ANTERIORES.**

\_\_\_\_\_  
(Lugar y Fecha),

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOCIO

TESTIGO

TESTIGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

**EL DIRECTOR DE ACCION SOCIAL**

**ALMIRANTE C.G. DEM. RET.  
ARMANDO GARCIA RODRIGUEZ**

\_\_\_\_\_