

**SOLICITUD DE COBRO DEL BENEFICIO  
DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN SOCIAL  
(MUTUALIDAD)**

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_.

Al C. Almirante C.G. DEM. (Ret)  
Dir. de la Asoc. de la Hca. Esc. Nav. Mil. A.C.  
P r e s e n t e

Por medio de la presente me permito solicitar a usted el pago como beneficiario (a) del Sistema de Previsión Social (**Mutualidad**), al cual estaba inscrito (a) y al corriente en sus anualidades el extinto (a):

Grado: \_\_\_\_\_.

Nombre: \_\_\_\_\_.

Atentamente

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**ENTREGUÉ LOS REQUISITOS INDISPENSABLES PARA EL COBRO DEL BENEFICIO**

DOCUMENTACIÓN	NO	SI	OBSERVACIONES
1. CÉDULA TESTAMENTARIA U HOJA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS			
2. ORIGINAL DEL ACTA DE DEFUNCIÓN			
3. ESTADO DE CUENTA A NOMBRE DEL BENEFICIARIO (A), (con el número de la cuenta visible)			
4. IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL BENEFICIARIO (A)			

RECIBÍÓ DOCUMENTACIÓN

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

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

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_