



SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES ACADÉMICOS DEL COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE HIDALGO

Blv. San Carlos S/N, Fracc. San José, C.P. 42185 Mineral de La Reforma Hidalgo

SECRETARÍA GENERAL

SECRETARÍA DE ORGANIZACIÓN

SECRETARÍA DE ACTAS, ACUERDOS Y ESTADÍSTICAS

AFILIACIÓN

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

_____ de _____ del _____.

El que suscribe C. _____
con R.F.C. _____, número de nómina _____, del centro de adscripción _____, afiliado al SUTACOBACH, y con fundamento en el acuerdo, punto OCHO Asuntos Generales, inciso "A" del Acta del Congreso General Extraordinario, de fecha mayo 03 de 2007, que literalmente señala "Respecto a los afiliados que fallezcan se aprueba por mayoría que todos los afiliados, aportarán una cuota del 2.5% nominal por única vez, cada que fallezca un afiliado, en descuentos de dos quincenas consecutivas, creando un descuento de fondo para prevenir el pago inmediato a los familiares del docente que fallezca en lo futuro". Tengo a bien nombrar a mis

BENEFICIARIOS:

- A) _____ con _____ % Parentesco: _____.
- B) _____ con _____ % Parentesco: _____.
- C) _____ con _____ % Parentesco: _____.
- D) _____ con _____ % Parentesco: _____.

Declaro, que las personas designadas como beneficiarias, tienen capacidad de ejercicio y mayoría de edad, por lo que tienen todas las facultades jurídicas y por lo tanto el Comité Ejecutivo en turno, debe realizar el pago correspondiente. Siempre y cuando este aportando mi cuota sindical ordinaria al momento de mi fallecimiento, ya sea por muerte de causa natural o por accidente.

Así mismo autorizo de manera voluntaria y por mi propio derecho a: como la persona que recibirá de manera anticipada el pago para hacer frente a los servicios funerarios con cargo al pago por defunción, de acuerdo con lo contenido en el artículo 48 de las Condiciones Generales de Trabajo 2024-2026, lo anterior para los trámites correspondientes ante Dirección General del Colegio de Bachilleres del Estado de Hidalgo.

LUGAR Y PAGO: El pago de este derecho, se realizará únicamente a las personas designadas como beneficiarios y que presenten este documento en original e identificación oficial vigente, teniendo efecto el pago en las oficinas del SUTACOBACH.

ATENTAMENTE

Nombre completo y firma.