



FAMUCADE

NIVEL HOMOLOGADO

_____, a _____ de _____ de 202__

ADMINISTRACION DEL FONDO DE AYUDA
MUTUA EN CASO DE DEFUNCIÓN DE LA
SECCION 25 DEL SNTE

Por la presente, bajo protesta de decir verdad, de conformidad con las reglas de operación vigentes, manifiesto que al momento de solicitar mi ingreso al Fondo de Ayuda Mutua en Caso de Defunción (FAMUCADE) de la Sección 25 del SNTE, NO tengo ninguna enfermedad grave terminal y acepto ser excluido de los beneficios del fondo si se demuestra falsedad en un plazo de doce meses a partir de la presente fecha.

Asimismo me comprometo a vigilar que se me hagan los descuentos correspondientes, notificando de inmediato a la administración del Fondo cualquier omisión, para corregir la incidencia y no afectar la vigencia de mis derechos.

Sin otro particular.

ATENTAMENTE

(NOMBRE COMPLETO Y FIRMA)