

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Operadora de Fondos Azimut-Mexico, S.A. de C.V. Sociedad Operadora de Fondos de Inversión  
Montes Urales 505, 2º Piso  
Col. Lomas de Chapultepec  
C.P. 11000 Ciudad de México

**A quien corresponda:**

En mí(nuestro) carácter de titular(es) y/o cotitular(es) del contrato de administración de valores, prestación de servicios y comisión mercantil número \_\_\_\_\_, celebrado en esa Operadora, en términos de la Ley de Fondos de Inversión, designamos como beneficiarios a las siguientes personas en los porcentajes que se indican:

**Beneficiario 1**

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_  
Apellido materno \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Alcaldía/Municipio \_\_\_\_\_  
Beneficio \_\_\_\_\_ % Parentesco \_\_\_\_\_  
RFC/No. ID Fiscal \_\_\_\_\_ HOMOCLAVE \_\_\_\_\_  
CURP \_\_\_\_\_  
Domicilio. Calle/Avenida/Vía \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Interior. \_\_\_\_\_  
Col. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Alcaldía / Municipio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**\*\* En caso de contar con más de un beneficiario se adjunta anexo**

La presente instrucción incluyendo en su caso el anexo, sustituye cualquier designación hecha con anterioridad.

De conformidad con lo previsto en el contrato en cuestión, acepto que esta instrucción sea realizada hasta que se lleven a cabo los procesos internos de Azimut-Mexico. Así mismo, libero a Azimut-Mexico de cualquier responsabilidad que se derive de la ejecución de la presente instrucción.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma titular**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma cotitular (es)**  
**(cuentas solidarias y mancomunadas)**

**ANEXO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Número de Contrato: \_\_\_\_\_

**Beneficiario 2**

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_  
Apellido materno \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
País de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Alcaldía/Municipio \_\_\_\_\_  
Beneficio \_\_\_\_\_ % Parentesco \_\_\_\_\_  
RFC/No. ID Fiscal \_\_\_\_\_ HOMOCLAVE \_\_\_\_\_  
CURP \_\_\_\_\_  
Domicilio. Calle/Avenida/Vía \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Interior. \_\_\_\_\_  
Col. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Alcaldía / Municipio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Beneficiario 3**

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_  
Apellido materno \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
País de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Alcaldía/Municipio \_\_\_\_\_  
Beneficio \_\_\_\_\_ % Parentesco \_\_\_\_\_  
RFC/No. ID Fiscal \_\_\_\_\_ HOMOCLAVE \_\_\_\_\_  
CURP \_\_\_\_\_  
Domicilio. Calle/Avenida/Vía \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Interior. \_\_\_\_\_  
Col. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Alcaldía / Municipio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma titular**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma cotitular (es)**  
**(cuentas solidarias y mancomunadas)**

**NOTA: Favor de cancelar los espacios no utilizados.**

**ANEXO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Número de Contrato: \_\_\_\_\_

**Beneficiario 4**

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_  
Apellido materno \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
País de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Alcaldía/Municipio \_\_\_\_\_  
Beneficio \_\_\_\_\_ % Parentesco \_\_\_\_\_  
RFC/No. ID Fiscal \_\_\_\_\_ HOMOCCLAVE \_\_\_\_\_  
CURP \_\_\_\_\_  
Domicilio. Calle/Avenida/Vía \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Interior. \_\_\_\_\_  
Col. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Alcaldía / Municipio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Beneficiario 5**

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_  
Apellido materno \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
País de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Alcaldía / Municipio \_\_\_\_\_  
Beneficio \_\_\_\_\_ % Parentesco \_\_\_\_\_  
RFC/No. ID Fiscal \_\_\_\_\_ HOMOCCLAVE \_\_\_\_\_  
CURP \_\_\_\_\_  
Domicilio. Calle/Avenida/Vía \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Interior. \_\_\_\_\_  
Col. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Alcaldía / Municipio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma titular**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma cotitular (es)  
(cuentas solidarias y mancomunadas)**

**NOTA: Favor de cancelar los espacios no utilizados.**