



SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA PARA PENSIONADOS

SELLO DEL
SINDICATO QUE
GESTIONA EL
TRAMITE

El que suscribe: _____

Nombre Completo del Pensionado

No. de Pensión: _____ R.F.C. _____ C U.R.P _____

Domicilio: _____

Población: _____ Municipio: _____

En cumplimiento a lo dispuesto por el Artículo 61 de la Ley del Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz, expedida con fecha 8 de mayo de 1967, dispone que al ocurrir su fallecimiento, el 50% (cincuenta por ciento) de la cantidad que constituya la Póliza de Defunción en vigor sea entregada a las siguientes personas, cuyas generales son:

1	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
Domicilio					
Calle		Número	Colonia	Localidad	
2	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
Domicilio					
Calle		Número	Colonia	Localidad	
3	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
Domicilio					
Calle		Número	Colonia	Localidad	
4	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
Domicilio					
Calle		Número	Colonia	Localidad	
5	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
Domicilio					
Calle		Número	Colonia	Localidad	
6	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
Domicilio					
Calle		Número	Colonia	Localidad	
7	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
Domicilio					
Calle		Número	Colonia	Localidad	

NOTA: Presentar por duplicado y certificada.

SF-PS-04

En caso de beneficiarios menores de edad señalar los datos siguientes (asignar en el extremo superior izquierdo el número que corresponda a cada beneficiario según la designación anterior):

	Nombre de los padres del beneficiario	
Nombre del albacea		
Domicilio del albacea		
	Nombre de los padres del beneficiario	
Nombre del albacea		
Domicilio del albacea		

Número total de beneficiarios designados:

Número de disposiciones presentadas:

_____ , a _____ de _____ de _____

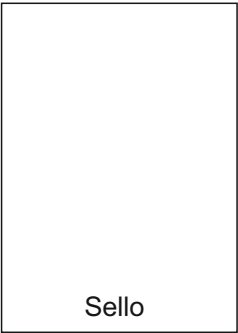
Lugar de certificaciónDíaMesAño

Firma del Pensionado

CERTIFICACIÓN.- El C. LAE. FRANCISCO ENRIQUE PÉREZ CARREÓN, DIRECTOR – GERENTE DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ, DE CONFORMIDAD CON LOS NUMERALES 17 INCISO a), 33 Y 48 DE LA LEY NÚMERO 4 DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ Y 21 INCISO d) DE SU REGLAMENTO INTERNO -----

----- HACE CONSTAR Y CERTIFICA QUE: -----

COMPARECE A ESTE SEGURO SOCIAL EL CIUDADANO _____, QUIEN SE IDENTIFICA CON _____, EXPEDIDA POR _____, QUIEN EN ESTE ACTO MANIFIESTA QUE LA FIRMA QUE CALZA EL PRESENTE DOCUMENTO ES LA QUE UTILIZA TANTO EN SUS ASUNTOS PÚBLICOS COMO PRIVADOS Y PARA CONSTANCIA LA ESTAMPA EN PRESENCIA DEL SUSCRITO. ----



SE EXPIDE LA PRESENTE A SOLICITUD DEL INTERESADO A _____ DEL MES DE _____ DE DOS MIL _____. -----

