

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA DE LA PÓLIZA DE LA MUTUALIDAD

| FECHA | DE | SOLICITUD |
|-------|-----|-----------|
| DIA | MES | AÑO |
| | | |

Quien suscribe: _____ Con Número De Pensión: _____

CURP: _____ EDAD: _____ Domicilio en: _____

Teléf. de Contacto: _____ Localidad: _____ Municipio: _____

Entidad Federativa: _____

EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS; SÉPTIMO, OCTAVO Y DEMÁS RELATIVOS DE LOS **ESTATUTOS** QUE RIGEN A LA **UNIÓN DE SERVIDORES PENSIONADOS DEL ESTADO DE VERACRUZ-LLAVE, A.C.** Y A LOS INCISOS: A, B, C Y DEMÁS RELATIVOS DEL **REGLAMENTO** PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA **MUTUALIDAD** DE LA **USPEV**, POR ESTE CONDUCTO MANIFIESTO: QUE EN PLENO USO DE MIS FACULTADES, DERECHOS Y SIN PRESIÓN ALGUNA COMO SOCIO DE LA MUTUALIDAD ESTATAL DE LA USPEV, **DESIGNO COMO BENEFICIARIO (S)** PARA RECIBIR EL IMPORTE DE LA CANTIDAD QUE CORRESPONDA A LA **PÓLIZA** EN VIGOR A LA (S) SIGUIENTE (S) PERSONA (S):

| Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno | Edad | Porcentaje % |
|------------|------------------|------------------|------|--------------|
| | | | | |

| Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno | Edad | Porcentaje % |
|------------|------------------|------------------|------|--------------|
| | | | | |

| Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno | Edad | Porcentaje % |
|------------|------------------|------------------|------|--------------|
| | | | | |

| Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno | Edad | Porcentaje % |
|------------|------------------|------------------|------|--------------|
| | | | | |

SELLO DE RECIBIDO

NOMBRE Y FIRMA DEL ASOCIADO

Nota: De generarse la Defunción del Titular de la Póliza, dentro del período de los primeros 24 meses (2 años) a partir de su Ingreso a la Mutualidad, sólo se entregará al (los) Beneficiario (s) la suma de las cuotas aportadas por el Pensionista.

USP F- 03