



## ANUENCIA DE INCORPORACIÓN A LA MUTUALIDAD

ASOCIADO FRATERNO ( ADHERENTE ) DESCUENTO EN LA CLAVE **545** del IPE

C. Presidente de la Junta Directiva Estatal de la  
Unión de Servidores Pensionados del Estado de Veracruz-Llave A.C.

FECHA	DE	SOLICITUD
DIA	MES	AÑO

P r e s e n t e:

Quien suscribe Asociado : \_\_\_\_\_

Con Número De Pensión: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

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 ESCRITO MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE INCORPORAR COMO ASOCIADO FRATERNO A LA SIGUIENTE PERSONA, CUYOS GENERALES SON:

Nombre: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

Con domicilio en: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Entidad Federativa: \_\_\_\_\_

PARA PERTENECER A LA MUTUALIDAD DE ESTA ASOCIACIÓN, AUTORIZANDO PARA QUE SE ME APLIQUE MENSUALMENTE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE A LA CUOTA ESTABLECIDA SOBRE LA PENSIÓN QUE RECIBO DEL INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO DE VERACRUZ IPE, ANEXANDO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- ° COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL INE DEL SOCIO FRATERNO
- ° COPIA DE CREDENCIAL DEL INSTITUTO DE PENSIONES DEL PENSIONISTA
- ° COPIA SIMPLE DEL ACTA DE NACIMIENTO O CURP DEL SOCIO FRATERNO
- ° CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL EXPEDIDO POR EL SECTOR SALUD DEL SOCIO FRATERNO

SELLO DE RECIBIDO

NOMBRE Y FIRMA DEL PENSIONISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL ASOCIADO

Nota: *De generarse la Defunción del Asociado Fraterno, 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- 04

