

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

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA PARA PENSIONADOS

SELLO DEL SINDICATO QUE GESTIONA EL TRAMITE



GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030



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



POR AMOR A VERACRUZ

El que suscribe: _____

Nombre Completo del Derechohabiente

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

NOTA: Presentar por duplicado y certificada por autoridad que tenga fé pública.

REV: I03/2025

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 del albacea
	Domicilio del albacea

Número total de beneficiarios designados:

Número total de hojas presentadas:

_____ , a _____ de _____ de _____

Lugar

Día

Mes

Año

Firma del Pensionado

**Certificación de firma por la autoridad correspondiente que tenga fé pública.
(Art. 48 Ley del SSTE EV)**

Sello