

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

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA PARA DERECHOHABIENTES ACTIVOS

SELLO DEL
SINDICATO QUE
GESTIONA EL
TRAMITE



GOBIERNO DEL ESTADO DE
VERACRUZ
2024 - 2030



SSTEUV
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 Personal: _____ R.F.C. _____ C.U.R.P. _____

Domicilio: _____

Población: _____ Municipio: _____

En cumplimiento a lo dispuesto por el Artículo 48 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, 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.

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 total de hojas presentadas:

_____, a _____ de _____ de _____

Lugar **Día** **Mes** **Año**

Lugar

Día

Mes

Año

Firma del Derechohabiente

Firma del Derechohabiente

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

[illegible]

Sello