

SEGURO DE GRUPO DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ

_____ R.F.C.

_____ APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE (S)

_____ TELEFONO

DOMICILIO: _____

_____ CALLE Y NUMERO

_____ LOCALIDAD

_____ MUNICIPIO

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

NOMBRE	DOMICILIO	PARENTESCO	PORCENTAJE	EDAD	TELEFONO
1					
2					
3					
4					
5					
6					

PARA SER LLENADO EN CASO DE BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD

TUTOR (ES)	DOMICILIO	PARENTESCO	TELEFONO
1			
2			

OBSERVACIONES

_____ LUGAR Y FECHA

_____ FIRMA DEL EMPLEADO