

DATOS PERSONALES POR FALLECIMIENTO

DATOS SOLICITANTE

NOMBRE:		
DOMICILIO PARTICULAR:		
COLONIA:	C.P.:	
LOCALIDAD Y MUNICIPIO:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
DIA:	MES:	AÑO:
ESTADO CIVIL:	TELEFONO:	
LUGAR DE NACIMIENTO:		
MUNICIPIO:	ENTIDAD:	
R.F.C.		

DATOS DEL FINADO (A)

NOMBRE:	
No.AFIL. I.P.E.:	PENSION No.:
R.F.C.:	No. PERS.:



INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO DE VERACRUZ
SUBDIRECCIÓN DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES
DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA

FECHA DE SOLICITUD			Nº DE AFILIACIÓN I.M.S.S. **	Nº PENSION
DÍA	MES	AÑO		

DATOS PERSONALES				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	SEXO	
			MASCULINO	<input type="checkbox"/>
			FEMENINO	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO ACTUAL				
CALLE Y NUMERO		COLONIA		
MUNICIPIO	ENTIDAD		C. POSTAL	
DATOS DE NACIMIENTO				
MUNICIPIO	ENTIDAD		FECHA	
			DÍA	MES AÑO

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL(A) PENSIONISTA						
NOMBRE COMPLETO	SEXO	PARENTESCO	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			
			DÍA	MES	AÑO	MUNICIPIO

**** INDISPENSABLE MANIFESTARLO EN CASO DE HABER SIDO ASEGURADO ANTERIORMENTE AL I.M.S.S.**

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE CAREZCO DE OTRO FAMILIAR PARA INSCRIBIR AL I.M.S.S.
FIRMA DEL SOLICITANTE

SELLO DE RECIBIDO



S.E.T.S.E.

ERNESTO ORTIZ MEDINA No. 3

XALAPA, VER.

APARTADO POSTAL No. 78
TELEFONO : 14-91-50
CON SIETE LINEAS

CEDULA DE ADHESION A LA ASOCIACION DE JUBILADOS Y PENSIONADOS DEL S.E.T.S.E.

CON SEDE EN: _____

1.- NOMBRE DEL JUBILADO: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

2.- ESTADO CIVIL: () SOLTERO () CASADO () DIVORCIADO () VIUDO

3.- DIRECCION:

_____ CALLE N° COLONIA O UNIDAD HABITACIONAL
LOCALIDAD MUNICIPIO C.P. TELEFONO

4.- FECHA DE JUBILACION: ____/____/____ 5.- N° DE PENSION: _____

6.- OCUPACION QUE EJERCIO: _____

7.- IMPORTE DE SU PENSION: \$ _____, _____, _____

8.- MOTIVO DE LA PENSION: () JUBILACION () INVALIDEZ () VEJEZ () INCAPACIDAD

9.- AÑOS QUE DURO EN EL SERVICIO: _____

10.- NUMERO DE AFILIACION DEL I.M.S.S.: _____

POR MI ESPONTANEA VOLUNTAD Y DERECHO, A PARTIR DE ESTA FECHA ACEPTO FORMAR PARTE DEL

**SINDICATO ESTATAL DE TRABAJADORES AL SERVICIO DE LA EDUCACION
S.E.T.S.E.**

XALAPA – EQUEZ. VER., ____ DE _____ DE 200 ____

NOMBRE Y FIRMA

**C. DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
DE PENSIONES DEL ESTADO DE VERACRUZ
AV. ARCO VIAL SUR N° 730 FRACC. LOMAS VERDES C.P 91098
XALAPA-EQUEZ., VER.**

(1) FECHA DE SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO

POR ESTE CONDUCTO SOLICITO SE ME OTORQUE EL BENEFICIO DE:

PENSION POR MUERTE INDEMNIZACION GLOBAL AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL

**LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LA LEY DE PENSIONES EN VIGOR, PARA LO CUAL PROPORCIONO Y
ADJUNTO LOS SIGUIENTES DATOS Y DOCUMENTOS.**

(2) DATOS GENERALES DEL(A) SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

(3) DOMICILIO

(4) CALLE Y NUMERO	(5) COLONIA	(6) MUNICIPIO Y ENTIDAD	(7) C. POSTAL

(8) FECHA DE NACIMIENTO	(9) N° TELEFONO	(10) ESTADO CIVIL			
		<input type="checkbox"/> SOLTERO	<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> VIUDO	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO
DIA	MES	AÑO	(11) LUGAR DE NACIMIENTO		
			MUNICIPIO	ENTIDAD	

(12) DATOS DEL FINADO

(13) N° AFILIACIÓN y/o PENSIÓN	(14) NOMBRE DEL(A) FINADO(A)	(15) PARENTESCO DEL FINADO CON EL SOLICITANTE

(16) DOCUMENTOS

1 <input type="checkbox"/> HOJA DE SERVICIO DEL(A) FINADO(A) (DOS TANTOS ORIGINAL Y COPIA).	6 <input type="checkbox"/> ACTA DE DEFUNCIÓN. (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA)	12 <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA CREDENCIAL DEL I.F.E. PARA VOTAR DEL(A) SOLICITANTE.
2 <input type="checkbox"/> CONSTANCIA(S) ULTIMO(S) SUELDO(S) (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA).	7 <input type="checkbox"/> ACTA DE MATRIMONIO. (ORIGINAL Y ACTUALIZADA)	13 <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO, RECIBO DE PAGO AGUA, LUZ O TELEFONO RECIENTE, O CONSTANCIA DE RESIDENCIA AUTORIZADA POR EL H. AYUNTAMIENTO DE EXPEDICION ACTUALIZADA.
3 <input type="checkbox"/> TALON DE CHEQUE Y/O NOTIFICACION DE DEPOSITO DE SUELDO. (ORIGINAL)	8 <input type="checkbox"/> ACTA(S) DE NACIMIENTO HIJOS MENORES DE 18 AÑOS. (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA)	14 <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DEL CONTRATO O ESTADO DE CUENTA DE LA TARJETA DE DÉBITO A LA QUE SE DEPOSITARÁ EL BENEFICIO UNA VEZ CONCEDIDO.
4 <input type="checkbox"/> CONSTANCIA(S) DE HORARIO(S) (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA) EN CASO DE DESEMPEÑAR 2 ó MÁS PLAZAS.	9 <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO DEL(A) SOLICITANTE (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA)	15 <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFIQUE):
5 <input type="checkbox"/> EN CASO DE FALLECIMIENTO DE TRABAJADOR ACTIVO POR RIESGO DE TRABAJO PRESENTAR DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA: COPIA CERTIFICADA DE AVERIGUACIÓN PREVIA, FORMATOS ST-1 Y ST-3, OFICIOS DE COMISIÓN LABORAL, ETC.	10 <input type="checkbox"/> FACTURA AGENCIA FUNERARIA (ORIGINAL)	
	11 <input type="checkbox"/> PLAN DE ESTUDIOS, CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN Y BOLETA DE CALIFICA- CIONES (HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS).	

R.F.C. _____
C.U.R.P. _____

AVISO IMPORTANTE: AUTORIZADO EL BENEFICIO DE PENSION POR MUERTE, Y SI DESEA RECIBIR ATENCION MEDICA DEL I.M.S.S., DEBE ACUDIR PERSONALMENTE AL DEPTO. DE VIGENCIA DE DERECHOS DEL IPE CON SUS FAMILIARES DEPENDIENTES ECONOMICOS A REQUISITAR LA DOCUMENTACIÓN DENTRO DE LOS 45 DÍAS HÁBILES POSTERIORES AL VENCIMIENTO DE SU VIGENCIA PARA PROCEDER A SU ALTA RESPECTIVA, Y EVITAR QUE LE IMPONGAN RESTRICCIONES MEDICAS O NO SE ACEPTE SU INSCRIPCIÓN.

(17) OBSERVACIONES:

SELLO DE RECIBIDO

FALLECIMIENTO POR TRABAJADOR ACTIVO: PROPORCIONAR DOCUMENTOS DEL 1 AL 15
FALLECIMIENTO POR JUBILADO O PENSIONADO: PROPORCIONAR DOCUMENTOS DEL 6 AL 15
SPI-VD-0014

(18) FIRMA DEL(A) SOLICITANTE

LEER INSTRUCCIONES DE LLENADO AL REVERSO

ASUNTO:

_____ suscrit _____ C. _____
_____, solicita a usted de la manera más atenta, gire
sus instrucciones a quien corresponda, para que sea cubierto a mi favor el pago de póliza por
defunción de C. _____
_____ y que por derecho me corresponde para el
efecto proporcione los siguientes datos:

R.F.C.:

DOMICILIO PARTICULAR:

TELEFONO:

LUGAR:

ATENTAMENTE
