



**VERACRUZ**  
GOBIERNO  
DEL ESTADO



Seguro Social de los  
Trabajadores de la Educación  
del Estado de Veracruz



**LAE. FRANCISCO E. PÉREZ CARREÓN**  
**DIRECTOR - GERENTE DEL SSTE EV**  
**P R E S E N T E**

El suscrito \_\_\_\_\_  
derechohabiente de este Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz, con  
número de afiliación \_\_\_\_\_, solicito a Usted tenga a bien dar cumplimiento al  
pago de prestaciones por concepto de media póliza por defunción anticipada y/o póliza por defunción y/o  
Fondo de Beneficios Complementarios, mediante transferencia electrónica.

Para tales efectos, de forma voluntaria y con pleno conocimiento de las disposiciones legales que establece  
la ley de Protección de Datos Personales en posesión de sujetos obligados para el Estado de Veracruz de  
Ignacio de la Llave, señalo como datos de transferencia los siguientes:

Institución bancaria: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_

Clave interbancaria: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

En este tenor, manifiesto que me hago responsable de la información señalada, en líneas anteriores, liberando  
al Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz de cualquier responsabilidad legal,  
en caso de error o modificación de la misma, sin previo aviso al SSTE EV con cuando menos 15 días hábiles  
anteriores a la fecha en que se realice pago, depósito o transferencia alguna.

Asimismo, anexo al presente copia fotostática de un estado de cuenta bancario, soporte de la información  
referida, con una antigüedad no mayor a dos meses a la fecha del presente e identificación oficial vigente.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del derechohabiente