



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