



CARTA TESTAMENTARIA

NOMBRE DEL TRABAJADOR CATEGORIA

No. DE PENSIÓN: R.F.C.....

DIRECCIÓN TELEFONO.....

DEPENDENCIA.....

NOMBRE DE LA ESCUELA: TELEFONO.....

DELEGACIÓN Ó CENTRO DE TRABAJO.....

PARA COBRO DEL **SEGURO (PRT)** POR FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR NOMBRO COMO **BENEFICIARIOS**

A) %

B).....%

C).....%

D).....%

E).....%

F).....%

NOMBRE DEL TUTOR, SI ALGUNO DE LOS BENEFICIARIOS ES MENOR DE EDAD Y QUE NO HAYA QUIEN EJERZA LA PATRIA POTESTAD.

PARENTESCO

.....

EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS BENEFICIARIOS FALTE SE REPARTA ENTRE:

.....

EN CASO DE QUE TODOS LOS BENEFICIARIOS FALTEN NOMBRO A:

A).....%

B).....%

..... SON., A DEL MES DE DE 202...

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR ASEGURADO



SEGURO FAMILIAR DE GASTOS FUNERARIOS

	EDAD AÑOS	No. AFILIACIÓN ISSSTESON	PARENTESCO CON EL TRABAJADOR
A).....
B).....
C).....
D).....
E).....
F).....

..... SON., A DEL MES DE DE 202...

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR ASEGURADO