

Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social

ZAMORA 107 COL. CONDESA DELEG. CUAUHTÉMOC 06140 MÉXICO, D.F. TELS.: 52 41 60 00

SECRETARÍA DE PREVISIÓN SOCIAL PLIEGO TESTAMENTARIO

Sección No. _____

No. _____

Para protección de mis familiares en Caso de Muerte

DESIGNO:

Para recibir todas las prestaciones a las que tengo derecho de conformidad con el Contrato Colectivo de Trabajo del I.M.S.S., Que estuviere vigente en la fecha de mi fallecimiento a:

DEBE LLENARSE A MAQUINA O A MANO SIN ABREVIATURAS NI ENMENDADURAS CON LA MISMA TINTA CON FIRMA AUTOGRAFA EN CADA HOJA.

Si fallecieran todos ellos, a:

A

Para recibir todas las prestaciones de la Ley del Seguro Social a:

Si fallecieran todos ellos, a:

B

Para recibir el importe del Fondo de Ayuda Sindical por Defunción:

Si fallecieran todos ellos, a:

C

DATOS DEL TESTADOR

Nombre y Apellidos completos _____

Categoría y Matrícula _____

Adscripción _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Huella Digital del pulgar derecho

Firma del Testador

TESTIGO

TESTIGO

Firma _____

Nombre _____

Domicilio _____

Adscripción _____

Matrícula _____

Firma _____

Nombre _____

Domicilio _____

Adscripción _____

Matrícula _____

SECRETARÍA DE PREVISIÓN SOCIAL

Lugar _____, a _____ de _____ de 20____

DR. ARTURO OLIVARES CERDA

ANTES DE LLENAR ESTE DOCUMENTO VER INSTRUCCIONES AL REVERSO

PLIEGO PARA EL I.M.S.S.