UNIVERSIDAD VERACRUZANA

DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

DECLARACION DE BENEFICIARIOS POR EL TRABAJADOR DE CONFIANZA, RELATIVO AL SEGURO DE VIDA

EL QUE SUSCRIBE _____ _____

(NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR) No. DE PERSONAL

_____ _____

(PUESTO Y CATEGORIA) DEPENDENCIA

_____

CON DOMICILIO EN

En caso de ocurrir el fallecimiento del Trabajador de Confianza, se cubrirá a los beneficiarios designados por el trabajador, o al albacea nombrado cuando los beneficiarios sean menores de 18 años, en las proporciones que se señalen hasta el 50% de la cantidad que constituya la prestación **SEGURO DE VIDA**, en los casos de muerte natural, accidental o colectiva; el resto se otorgará a los beneficiarios que declare la Autoridad del trabajo.

BENEFICIARIO	DOMICILIO	LUGAR DE ORIGEN	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	PROPORCION (%)
ALBACEA:					

_____ A _____DE _____ DE _____.

_____ _____MTRA. NYDIA ROJANO VAZQUEZ_____

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR (A) DE PERSONAL