|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **FORMA IMSS (2) (42)** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | **SOLICITUD DE PENSIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Delegación | **(1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| Subdelegación | **(2)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FOLIO NO. | | | | | **(4)** | | | |
| Unidad Receptora | **(3)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| **I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (5) | | | |  | | | (6) | | | | | | | | | | | |  | M ( ) F ( ) (7) | | | | |  | (8) | | | | | | | | | | | |  | | (9) | | |
| Número de Seguridad Social | | | |  | | | C.U.R.P. | | | | | | | | | | | |  | Sexo | | | | |  | Fecha de Nacimiento | | | | | | | | | | | |  | | Fecha de Defunción | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | |
| (10) | | | | | | | | | |  | | | | (10) | | | | | | | | | | | |  | | | | (10) | | | | | | | | | | | | |
| Apellido Paterno | | | | | | | | | |  | | | | Apellido Materno | | | | | | | | | | | |  | | | | Nombre(s) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| (11) | | | | | | | | | |  | | | | (12) | | | | | | | | | | | |  | | | | (13) | | | | | | | | | | | | |
| Estado Civil | | | | | | | | | |  | | | | AFORE (Nombre) | | | | | | | | | | | |  | | | | R.F.C. con Homoclave | | | | | | | | | | | | |
| **II. TIPO DE TRÁMITE QUE SOLICITA (14 A)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incapacidad Permanente ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | Retiro ( ) | | | | | | | | | | | | Vejez ( ) | | | | | | | | | | | | | | |
| Invalidez ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | Cesantía en Edad Avanzada ( ) | | | | | | | | | | | | Viudez ( ) | | | | | | | | | | | | | | |
| Orfandad ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | Ascendientes ( ) | | | | | | | | | | | | Portabilidad IMSS-ISSSTE ( ) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Aplicación de Convenio Internacional ( ) | | | | | | | | | | | | | | |
| **II.1 EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE (14 B)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indemnización Global ( )  La valuación es de hasta el 25%. | | | | | | | | | | | | | Indemnización Global ( ) o Pensión ( )  La valuación es mayor al 25% y hasta el 50%.  No procederá modificar la forma de pago una vez elegido (art. 58 fracción III). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensión ( )  La valuación es mayor al 50%. | | | | | | | | |
| **II.2 EN CASO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR (14 C)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SI ( )** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **NO ( )** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Esposa o concubina | | | | | ( ) | | | | | | Hijo menor de 16 años | | | | | | | | | | | | | ( ) | | Procede ayuda asistencial | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hijo mayor de 16 años incapacitado | | | | ( ) | | | | | | | Ascendientes:  Padre ( ) Madre ( ) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante | | | | ( ) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II.3 EN CASO DE PRORROGA DE PENSIÓN DE ORFANDAD (14 D)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante | | | | | ( ) | | | | | | Hijo mayor de 16 años incapacitado | | | | | | | | | | | | | ( ) | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Manifiesto que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentra(n) inscrito(s) en la Institución educativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (15)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con clave \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(15) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al ciclo escolar \_\_ (15) \_\_\_\_\_ y año escolar\_\_\_\_ (15) \_\_\_\_; se entrega constancia de estudios con una vigencia de \_\_\_\_ (15) \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_ (15) \_\_\_\_, con fecha y lugar de expedición \_\_\_\_\_\_\_\_ (15) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | (16) | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Apellido Paterno | | | | | | | |  | | | | Apellido Materno | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Nombre(s) | | | | | | | | | | | | |
| (17) | | |  | (18) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | (19) | | | | | | | | | | | | |  | (20) | | | | | |
| C.U.R.P. | | |  | Domicilio Calle y No. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Colonia | | | | | | | | | | | | |  | C.P. | | | | | |
| (21) | | | | | | | | | | | |  | | | | | (22) | | | | | | | | |  | | | | (23) | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad o Entidad | | | | | | | | | | | |  | | | | | Correo Electrónico | | | | | | | | |  | | | | Teléfono | | | | | | | | | | | | |
| En este acto, autorizó al Instituto para que me informe de cualquier aviso relacionado con este trámite, al correo electrónico y/o al número telefónico que proporcioné.  Transcurridos ocho días hábiles a la presentación de ésta, me comprometo a presentarme en esta ventanilla para enterarme sobre la procedencia de la solicitud de pensión. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **V. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS O ASIGNATARIOS FAMILIARES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido Paterno** | | **Apellido Materno** | | | | | | | | | | | | | | | | **Nombre(s)** | | | **Fecha de Nacimiento** | | | | | | | | **Parentesco** | | | | | | **Sexo** | | **CURP** | | | | | |
| (24) | | (24) | | | | | | | | | | | | | | | | (24) | | | (24) | | | | | | | | (24) | | | | | | (24) | | (24) | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | | |
| Bajo protesta de decir verdad, hago constar que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al Régimen Obligatorio del Seguro Social. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VI. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (25) | | | | | | | | |  | | | | (25) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | (25) | | | | | | | | | | |
| Apellido Paterno | | | | | | | | |  | | | | Apellido Materno | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Nombre(s) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
| (26) | | | | | | | | |  | | | | (27) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | (28) | | | | | | | | | | |
| Identificación | | | | | | | | |  | | | | Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Teléfono | | | | | | | | | | |
| **VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO (29)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICACIÓN OFICIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Credencial ADIMSS | | | | | | | | | ( ) | | | | | | Cédula profesional | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Cartilla del servicio militar | | | | | | | | | | | ( ) |
| Credencial para votar | | | | | | | | | ( ) | | | | | | Pasaporte | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Cédula de identidad personal | | | | | | | | | | | ( ) |
| Documento Expedido por la Delegación o Municipio | | | | | | | | | ( ) | | | | | | Carta de naturalización | | | | | | | | | | | | ( ) | | | | Constancia de estudios | | | | | | | | | | | ( ) |
| Documento migratorio | | | | | | | | | ( ) | | | | | | Tarjeta de residencia | | | | | | | | | | | | ( ) | | | |  | | | | | | | | | | |  |

ANEXO “B”

Anexo que comprende los formatos y sus instructivos de llenado que respaldan los trámites correspondientes a las prestaciones en dinero previstas en la Ley del Seguro Social, mismos que forman parte del presente Acuerdo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO CON NSS** | | | | | | | | | | | | | |  |
| IMSS | | ( ) | | INFONAVIT | | | | | | | | ( ) | AFORE | ( ) |
| **COMPROBANTE DE DOMICILIO** | | | | | | | | | | | | | | |
| Credencial para votar, en caso de coincidir con este | | ( ) | | Boleta predial, bimestral o anual del ejercicio vigente | | | | | | | | ( ) | Estado de cuenta del servicio telefónico | ( ) |
| Recibo de consumo de agua | | ( ) | | Recibo del servicio de luz | | | | | | | | ( ) | Recibo de gas | ( ) |
| Constancia de residencia emitida por la autoridad municipal ejidal o municipal | | ( ) | |  | | | | | | | |  |  |  |
| **R.F.C.** | | | | | | | | | | | | | | |
| Constancia de inscripción en el registro federal de contribuyentes | | ( ) | | Cédula de identificación fiscal | | | | | | | | ( ) | Comprobante de pago de salario | ( ) |
| Estado de cuenta de su cuenta individual AFORE | | ( ) | | Factura Fiscal expedida a su favor | | | | | | | | ( ) | Cualquier documento que contenga el RFC | ( ) |
| **C.U.R.P.** | | **( )** | | **DOCUMENTO DE AFORE** | | | | | | | | **( )** | **ACTA DE DIVORCIO** | **( )** |
| **DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO AUTORIZADA POR EL IMSS** | | ( ) | | **COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN** | | | | | | | | ( ) | **ACTA DE DEFUNCIÓN** | ( ) |
| **CONSTANCIA DE PERÍODOS DE COTIZACIÓN RECONOCIDOS IMSS-ISSSTE** | | ( ) | | **DICTAMEN ST-3** | | | | | | | | ( ) | **DICTAMEN ST-4** | ( ) |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO (30)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICACIÓN OFICIAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Credencial ADIMSS | | ( ) | | Cédula profesional | | | | | | | | ( ) | Cartilla del servicio militar | ( ) |
| Credencial para votar | | ( ) | | Pasaporte | | | | | | | | ( ) | Cédula de identidad personal | ( ) |
| Documento Expedido por la Delegación o Municipio | | ( ) | | Carta de naturalización | | | | | | | | ( ) | Constancia de estudios | ( ) |
| Documento migratorio | | ( ) | | Tarjeta de residencia | | | | | | | | ( ) |  |  |
| **COMPROBANTE DE DOMICILIO** | | | | | | | | | | | | | | |
| Credencial para votar, en caso de coincidir con éste | | ( ) | | Boleta predial, bimestral o anual del ejercicio vigente | | | | | | | | ( ) | Estado de cuenta del servicio telefónico | ( ) |
| Recibo de consumo de agua | | ( ) | | Recibo del servicio de luz | | | | | | | | ( ) | Recibo de gas | ( ) |
| Constancia de residencia emitida por la autoridad municipal o ejidal | | ( ) | |  | | | | | | | |  |  |  |
| **R.F.C.** | | | | | | | | | | | | | | |
| Constancia de inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes | | ( ) | | Cédula de identificación fiscal | | | | | | | | ( ) | Comprobante de pago de salario | ( ) |
| Estado de cuenta individual AFORE | | ( ) | | Factura Fiscal expedida a su favor | | | | | | | | ( ) | Cualquier documento que contenga el RFC | ( ) |
| **C.U.R.P.** | | ( ) | | **COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN** | | | | | | | | ( ) | **DICTAMEN ST-6** | ( ) |
| **DOCUMENTO EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO AUTORIZADA POR EL IMSS PARA PAGO DE PENSIÓN CON CLAVE BANCARIA ESTANDARIZADA** | | ( ) | | **COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO** | | | | | | | | ( ) | **CONSTANCIA VIGENTE DE REGISTRO DE BENEFICIARIO ASCENDIENTE/CÓNYUGE ESPOSO O CONCUBINARIO** | ( ) |
| **COPIA CERTIFICADA DE RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA** | | ( ) | | **COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACIÓN DEL CONCUBINATO** | | | | | | | | ( ) | **CONSTANCIA DE ESTUDIOS** | ( ) |
| **OTROS** | | ( ) | |  | | | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **IX. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL (31)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICACIÓN OFICIAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Credencial ADIMSS | | ( ) | | Cédula profesional | | | | | | | | ( ) | Cartilla del servicio militar | ( ) |
| Credencial para votar | | ( ) | | Pasaporte | | | | | | | | ( ) | Cédula de identidad personal | ( ) |
| Documento Expedido por la Delegación o Municipio | | ( ) | | Documento migratorio | | | | | | | | ( ) | Tarjeta de residencia | ( ) |
| **DOCUMENTO QUE ACREDITA LA PERSONALIDAD** | | | | | | | | | | | | | | |
| Copia certificada del poder notarial para actos de dominio | | | | ( ) | | Copia certificada del poder notarial especial | | | | | | ( ) | Acta de nacimiento | ( ) |
| Copia certificada de la resolución judicial que acredite la tutela | | | | ( ) | | Copia certificada del acta de tutela | | | | | | ( ) |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso de obtener una resolución favorable, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social para que el pago de las mensualidades de pensión se realice a través de **Acreditamiento en cuenta bancaria** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del titular: | **(32)** | | | | Institución bancaria: | | | **(32)** | | | Sucursal (número): **(32)** | | | |
| Número de cuenta: | **(32)** | | | | Clave Bancaria Estandarizada: | | | **(32)** | | | Acreditamiento a partir del mes de **(32)** | | | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.  2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, con la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde suscribió la solicitud, hasta antes de la notificación de la resolución de pensión.  3. El Solicitante deberá acudir a la Unidad Receptora donde inició el trámite, en la fecha que se le indica (determinación máxima 8 días), a efecto de darle aviso de la procedencia de la solicitud y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, según corresponda. Su cita es el próximo\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_, en un horario de \_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_hrs.  4. En caso de tener una resolución positiva de otorgamiento de pensión, para el pago de la misma, a través del Instituto, el pensionado deberá presentar documento expedido por la institución de crédito con la cual tenga celebrado convenio el Instituto, en el cual se identifique el Número de Cuenta y Clave Bancaria Estandarizada. El solicitante podrá entregar dicho documento desde el día que presente esta solicitud.  5. Es obligación del pensionado y sus asignatarios comprobar supervivencia en la forma y términos que determine el Consejo Técnico, para seguir disfrutando del pago de la correspondiente prestación económica.  6. Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios y su domicilio, ante los servicios de Afiliación Vigencia.  7. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23. | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma otra persona a su ruego: **(33)** | | | | | | | SI ( ) | | NO ( ) | | | | | |
| Nombre completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(34)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(35)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. ó Clave\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(36)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(37)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró  (38) | | | (39) | | | | | | |  | | | | |
| (40) | | | | |
| Matrícula, Nombre y Firma | | | Lugar, Fecha y Sello | | | | | | | Firma o huella digital del Solicitante | | | | |
| Documento para uso exclusivo del IMSS. | | |  | | | | | | | Clave: 3300-009-022 | | | | |

**AVISO DE PRIVACIDAD**

**El Instituto Mexicano del Seguro Social,** a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quienes el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para ***verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de “Solicitud de pensión”, en todas sus modalidades***. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la Forma: | | Solicitud de pensión Forma IMSS (2) 42. | |
| Clave: | | 3300-009-022 | |
| Objetivo: | | Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de la pensión solicitada: Incapacidad Permanente, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Retiro, Viudez, Orfandad y Ascendientes. | |
| Elaborado por: | | Servicio de Prestaciones Económicas y/o el solicitante personalmente en forma mecanográfica o impresa, la firma o huella se pondrá hasta que sea entregado el formato y documentos en presencia de personal de los Servicios de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción que corresponda. | |
| Número de Tantos: | | Original y 2 copias. | |
| Distribución: | | Original: Expediente de pensión.  1a. Copia: Afiliación y Vigencia de Derechos.  2a. Copia: Solicitante. | |
| **No.** | **DATO** | | **ANOTAR** |
| 1 | Delegación: | | Nombre de la Delegación. |
| 2 | Subdelegación: | | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | Unidad Receptora: | | Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.). |
| 4 | Folio: | | Número consecutivo asignado a la solicitud. |
| I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO | | | |
| 5 | No. de Seguridad Social: | | Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| 6 | C.U.R.P.: | | Clave Única de Registro de Población. |
| 7 | Sexo: | | “M” para masculino y “F” para femenino. |
| 8 | Fecha de Nacimiento: | | Con número arábigo día, mes y año de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). |
| 9 | Fecha de Defunción: | | Con número arábigo día, mes y año, de la fecha de fallecimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). |
| 10 | Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s): | | Apellido paterno, materno y nombre(s) completo del asegurado y/o pensionado. |
| 11 | Estado Civil: | | Estado civil del asegurado y/o pensionado, que se debe acreditar legalmente. |
| 12 | AFORE (Nombre): | | Nombre de la AFORE que maneja la cuenta individual del asegurado. |
| 13 | R.F.C. con Homoclave: | | Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| II. TIPO DE TRÁMITE QUE SOLICITA | | |
| 14 A | Tipo de Trámite: | Una “X” en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados. |
| 14 B | En caso de incapacidad permanente. | Una “X” en el casillero que señale el tipo de Incapacidad Permanente. |
| 14 C | En caso de asignación familiar. | Una “X” en el casillero que señale el tipo de Asignación Familiar. |
| 14 D | En caso de prórroga de pensión de orfandad. | Una “X” en el casillero que señale el tipo Prórroga de Pensión de Orfandad. |
| 15 | Manifiesto que el(los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años… | Poner el nombre y clave de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional.  Llenar con los datos de la constancia de estudios:   * + - Ciclo escolar.     - Año escolar.     - Periodo de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas). * Lugar y fecha en que se expide la constancia. |
| IV. DATOS DEL SOLICITANTE. | | |
| 16 | Nombre del solicitante: | Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno y nombre. |
| 17 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. |
| 18 | Domicilio calle y número: | Nombre de la Calle y Número Int. y Ext., de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio. |
| 19 | Colonia: | Nombre de la Colonia, de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio. |
| 20 | Código Postal: | Número de Código Postal, de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio. |
| 21 | Ciudad o Entidad: | Nombre de la Ciudad o Entidad, de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 22 | Correo Electrónico: | Correo electrónico del solicitante, en su caso. |
| 23 | Teléfono: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular). |
| V. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS O ASIGNATARIOS FAMILIARES. | | |
| 24 | Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Fecha de Nacimiento, Parentesco, Sexo y  CURP: | * + - * Asentar el Apellido Paterno del beneficiario o asignatario familiar       * Asentar el Apellido Materno del beneficiario o asignatario familiar       * Asentar el Nombre del beneficiario o asignatario familiar       * Asentar la Fecha de Nacimiento con número arábigo día, mes y año. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).       * Asentar el Parentesco, Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación.       * Asentar el sexo al cual se pertenece, “M” para masculino y “F” para femenino. * Asentar CURP, Clave Única de Registro de Población. |
| VI. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL. | | |
| 25 | Nombre del representante legal: | Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre. |
| 26 | Identificación: | Documento con el que acredite su persona. |
| 27 | Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición: | Número del poder, fecha de emisión y lugar de expedición. |
| 28 | Teléfono: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular). |
| VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO. | | |
| 29 | Documentos adjuntos del Asegurado y/o Pensionado: | Una “X”, en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el asegurado y/o pensionado del trámite respectivo. |
| VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/0 BENEFICIARIO. | | |
| 30 | Documentos adjuntos del Solicitante y/o Beneficiario: | Una “X”, en el casillero que corresponda a los documentos entregados por él solicitante y/o beneficiario del trámite respectivo. |
| IX. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN EL CASO DE REPRESENTANTE LEGAL. | | |
| 31 | Documentos adjuntos del Representante Legal: | Una “X”, en el casillero que corresponda a los documentos entregados para el caso de existir un Representante Legal del trámite respectivo. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 32 | Nombre, Número de Cuenta, Institución Bancaria, Clave Bancaria Estandarizada, Sucursal y Acreditamiento a partir del mes de: | * Nombre del Titular: Apellido paterno, materno y nombre (s) del titular de la cuenta bancaria. * Número de cuenta: Número asignado a la cuenta por la institución bancaria. * Institución bancaria: Nombre de la institución donde se apertura la cuenta bancaria. * Clave Bancaria Estandarizada: Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria. * Sucursal: Número de la Sucursal bancaria que controla la cuenta bancaria. * Acreditamiento a partir del mes de: Mes y año de la nómina de pensionados a partir de la cual será depositado el pago mensual de la pensión en la cuenta bancaria. |
| 33 | Firma otra persona a su ruego: | Una “X” en el casillero de conformidad a lo que manifieste el solicitante. |
| 34 | Nombre de la persona que firma a ruego: | Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre. |
| 35 | Identificación de la persona que firma a ruego: | Documento con el que acredite su persona. |
| 36 | Número o Clave: | Número o Clave del documento con el cual acreditó su persona. |
| 37 | Domicilio: | Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad; ubicación del domicilio de la persona que firma a su ruego. |
| 38 | Elaboró:  Matrícula, Nombre y Firma: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de pensión y documentos probatorios en la Unidad Receptora. |
| 39 | Lugar, Fecha y Sello: | Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir. |
| 40 | Firma o huella digital del Solicitante: | Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado responsable de recibir el trámite y en presencia de éste. |