



SOLICITUD DE PENSIÓN

Delegación (1)		FOLIO NO. (4)
Subdelegación (2)		
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)	(10)	(10)
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre(s)	
(11)	(12)	(13)	(13)	(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)	(16)	(16)	(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)	(23)
Ciudad o Entidad	Correo Electrónico	Teléfono	

En este acto, autorizo 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 ()	

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-SSSTE	()	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/CONYUGE ESPOSO O CONCUBINARIO	()
COPIA CERTIFICADA DE RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONOMICA	()	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 se haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cada 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.				
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.	Se le da aviso que es obligación del pensionado y sus asignatarios realizar el procedimiento para comprobar la supervivencia al menos cada seis meses o en el periodo que señale el Consejo Técnico, para seguir disfrutando el pago de la correspondiente prestación económica.				
6.	En el caso de los pensionados que residen en el extranjero, la comprobación de supervivencia se acreditará mediante el documento que justifique la no comparecencia física.				
7.	Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios y su domicilio, ante los servicios de Afiliación Vigencia.				
8.	Para el caso de Pensión de Orfandad, los beneficiarios mayores de 16 años y hasta 25, deberán presentar constancia de estudios que acredite su inscripción en el ciclo escolar del que se trate, dicho período comprenderá el pago de la prestación; para los beneficiarios mayores de 16 años incapacitados, estos deberán presentar dictamen de incapacidad ST-6, expedido por los servicios médicos institucionales.				
9.	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)		Autorizo al IMSS para que emita documentos utilizando la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) de la autoridad responsable, de conformidad al Acuerdo 454/04 del H. Consejo Técnico de fecha 22 de septiembre de 2004.	
Matrícula, Nombre y Firma		Lugar, Fecha y Sello		(40)	
				Firma o huella digital del Solicitante	