

**SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE SUPERVIVENCIA CON MECANISMO SUSTITUTO
PRIMER SEMESTRE 2025**

_____, _____ a _____ de _____ de 2025

Nº de derechohabiente al servicio médico: _____

Nombre: _____

CURP: _____ RFC: _____

Regional: _____ Localidad: _____

SUSPUESTO POR EL CUAL SE REQUIERE MECANISMO SUSTITUTO

- | | |
|--|--|
| ☐ 1) Listado de postrados | ☐ 2) Habita en localidad distinta a oficina regional |
| ☐ 3) Hospitalizado o condición médica que limita movilidad | ☐ 4) Radica fuera del país |
| ☐ 5) Recluido en institución penitenciaria | ☐ 6) otro
especifique: _____ |

DOCUMENTO(S) DEL SUSPUESTO QUE RESPALDA EL MECANISMO SUSTITUTO

- ☐ Nota médica emitida por médico de la red que presta el servicio al FOPESIBAN, en la que se señale el estado de salud de la persona, el cual deberá emitirse dentro del periodo de supervivencia. (Original)
- ☐ Fe de vida emitida por notario o corredor público (Original),
- ☐ Videograbación.
- ☐ Certificado para acreditar supervivencia física de los pensionados del Gobierno Mexicano expedido por el Consulado Mexicano. (Original)
- ☐ Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor de tres meses.
- ☐ En caso de ser un jubilado o pensionado deberá proporcionar su Constancia de Situación Fiscal actualizada con los datos del domicilio del comprobante presentado.
- ☐ Constancia de reclusión emitida por la institución penitenciaria. (Original)
- ☐ Constancia de hospitalización o certificado emitido por alguno de los centros hospitalarios o médicos de la red que presta el servicio médico que otorga el FOPESIBAN. (Original)

Derechohabiente al Servicio Médico:

Hago constar mi comparecencia ante el Fideicomiso Fondo de Pensiones del Sistema Banrural, con la finalidad de comprobar mi supervivencia por el mecanismo sustituto que se indica en la presente solicitud.

NOMBRE Y FIRMA

VALIDACIÓN DE DOCUMENTO(S) DEL SUSPUESTO QUE RESPALDA EL MECANISMO SUSTITUTO

Oficina de Enlace Administrativo Regional:

Hago constar que se ha recibido y validado la documentación presentada para acreditación de supervivencia por mecanismo sustituto, del derechohabiente del Fideicomiso de Fondo de Pensiones del Sistema Banrural descrito en la sección inicial.

NOMBRE Y FIRMA ENLACE ADMINISTRATIVO REGIONAL

DICTAMEN DE APROBACIÓN O RECHAZO DE MECANISMO SUSTITUTO PARA ACREDITACIÓN DE SUPERVIVENCIA

☐ **MECANISMO SUSTITUTO PARA
ACREDITACIÓN DE SUPERVIVENCIA
APROBADO**

☐ **MECANISMO SUSTITUTO PARA
ACREDITACIÓN DE SUPERVIVENCIA
RECHAZADO**

Motivo de rechazo al mecanismo sustituto: _____

DIRECCIÓN CENTRAL DE SOPORTE Y PAGO DE NÓMINA:

Hago constar que se ha validado la documentación presentada para acreditación de supervivencia por mecanismo sustituto, del derechohabiente del Fideicomiso de Fondo de Pensiones del Sistema Banrural descrito en la sección inicial.

NOMBRE Y FIRMA OFICINAS CENTRALES