



CERTIFICADO PARA ACREDITAR LA SUPERVIVENCIA FÍSICA DE LOS PENSIONISTAS

1.- Datos que deben ser llenados por el(la) Interesado(a):

Nombre completo: _____
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Nacionalidad: () Mexicana () Estadounidense
() Otra _____

Domicilio actual en los Estados Unidos de América:

_____ número calle departamento ciudad estado código postal

Teléfono (casa) _____ Teléfono (celular) _____

Correo electrónico: _____

2.- Datos de la Institución que otorga la pensión:

Institución: () ISSSTE () IMSS (Ley 73) () IMSS (Ley 97)
() IMSS (Ex – Trabajador) () ISSFAM () Otra _____

No. de Pensionista: _____

Firma del(la) Solicitante: _____ Fecha de Recepción _____
(día, mes, año)