gob.mx

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas

Dirección de Prestaciones Sociales y de Salud

Solicitud de Reanudación de pago por faltas a la Revista de Supervivencia

Folio:
Fecha del trámite:

Datos del solicitante/beneficiario

Nombre completo:	
Nombre del militar extinto:	
Grado:	Matrícula:
CURP:	RFC:
No. de Expediente:	No. de Filiación:

Domicilio actual

Lada:	Teléfono:	Ext:
Correo electrónico:		
Código postal:	Teléfono Celular:	
Tipo de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros.)		
Nombre de vialidad:	Número exterior:	
Número exterior 2:	Número interior:	
Tipo de asentamiento humano: (Por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros.)		

Nombre de la colonia o asentamiento humano:
Nombre de la localidad:
Nombre del Municipio o Delegación
Nombre del Estado:
Entre vialidades:
Vialidad posterior:
Descripción de Ubicación: (Información adicional o de referencia)

Documentación Requerida

Personal que radica en el interior de la República y área metropolitana:

Anexar copia simple de la tarjeta de filiación vigente

Contacto:
Av. Industria Militar 1053, Col. Lomas de Sotelo,
Alcaldía Miguel Hidalgo, cp 11200,Ciudad de México.
Conmutador 55 21 22 06 00

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas

Dirección de Prestaciones Sociales y de Salud

Documentación Requerida

Personal que radica en el extranjero:

Anexar copia simple de la tarjeta de filiación vigente.
Original del Certificado a petición de parte expedido por la Embajada o Consulado de México.

Personal que se encuentra recluido:

Anexar copia simple de la tarjeta de filiación vigente.
Original de la Constancia de Reclusión firmada y sellada por la autoridad competente.

Indique el año, mes o meses que no cobró:

Respetuosamente

Nombre, firma y/o huella digital en su caso del interesado como aparece en la tarjeta de filiación.

Para ser requisitado por la Unidad, dependencia o Instalación Militar o Naval que acreditó la existencia física del Militar Retirado o Pensionista. PARA EL PERSONAL QUE RADICA EN EL EXTRANJERO O SE ENCUENTRA RECLUÍDO OMITIR ESTOS DATOS.

Nombre, firma del responsable y sello

Notas

1.- La presente solicitud no tendrá valor si no viene firmada y sellada por la Unidad, Dependencia o Instalación Militar o Naval que acreditó la existencia física del Militar Retirado o Pensionista.

2.-Los datos personales recabados en el presente formato serán protegidos, incorporados y tratados en los Sistemas de datos personales correspondientes del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, en donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección de datos personales ante el mismo. Lo anterior se informa en cumplimiento a los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero del 2017. Este documento es oficial y gratuito, se prohíbe su venta. V.03.16

Contacto:
Av. Industria Militar 1053, Col. Lomas de Sotelo,
Alcaldía Miguel Hidalgo, cp 11200, Ciudad de México.
Conmutador 55 21 22 06 00