

Dirección de Incorporación y Recaudación

Servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE CONCUBINA O CONCUBINARIO

| | | | | |
|--|--------|---------|-------|------------------------|
| Deberá ser requisitada por el Asegurado (a) Pensionado (a) que registra Beneficiario Concubina (rio) | | | | |
| U.M.F.: | | | | |
| Fecha y lugar: | | | | |
| Datos generales del solicitante | | | | |
| _____ | | | | |
| <i>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)</i> | | | | |
| CURP | | NSS | | |
| Fecha de nacimiento _____ | | | | |
| <i>Día Mes Año</i> | | | | |
| Lugar de nacimiento: | | | | |
| Estado civil: Casado () Soltero () Divorciado () Unión Libre () Viudo () | | | | |
| Fecha de inicio del estatus: : _____ | | | | |
| Mes Año | | | | |
| Domicilio: | | | | |
| Calle | Número | Colonia | C. P. | Delegación o Municipio |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Documentos para comprobar domicilio del solicitante | | | | |
| Recibos de: Renta () Agua () Luz () Gas () Teléfono () Impuesto Predial () Otro () | | | | |
| Documentos para comprobar identidad del solicitante | | | | |
| <input type="checkbox"/> Credencial de elector: Número de folio _____ Año de registro _____ <input type="checkbox"/> Cartilla S.M.N. No.: _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte No.: _____ <input type="checkbox"/> Cédula Profesional No.: _____ <input type="checkbox"/> Otra identificación oficial con fotografía y firma No.: _____ Expedida por: _____ | | | | |
| Nombre de la concubina o concubinario | | | | |
| _____ | | | | |
| <i>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)</i> | | | | |
| Documentos para comprobar identidad del beneficiario propuesto: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Credencial de elector: Número de folio _____ Año de registro _____ <input type="checkbox"/> Cartilla S.M.N. No.: _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte No.: _____ <input type="checkbox"/> Cédula Profesional No.: _____ <input type="checkbox"/> Otra identificación oficial con fotografía y firma No.: _____ Expedida por: _____ | | | | |
| Documentos para comprobar hijos comunes | | | | |
| Nombre del hijo primogénito: | | | | |

| |
|--|
| <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)</i></p> <p>() Acta de nacimiento:</p> <p>Libro: _____ Folio: _____ Foja: _____</p> <p>Fecha de Registro: _____ Lugar de Expedición: _____</p> <p>() Acta de reconocimiento:</p> <p>Libro: _____ Folio: _____ Foja: _____</p> <p>Fecha de Registro: _____ Lugar de Expedición: _____</p> <p>() Otra acta civil:</p> <p>Libro: _____ Folio: _____ Foja: _____</p> <p>Fecha de Registro: _____ Lugar de Expedición: _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre y Firma del Solicitante</p> |
|--|

IMSS

SAV004

DIRECCION DE INCORPORACION Y RECAUDACION

SERVICIOS DE AFILIACION Y VIGENCIA DE DERECHOS

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE BENEFICIARIO

CONCUBINA O CONCUBINARIO

Declaro decir verdad y advertido(a) de las penas en que incurre quien se declara con falsedad, ratifico que todos los datos asentados son verídicos y que, en caso de probarse lo contrario, se cancelará el registro de(los) beneficiario(s) propuesto(s) y si el Instituto otorgó alguna prestación o servicio a dicho(s) beneficiario(s), me comprometo a cubrir el importe de las prestaciones otorgadas, así como en su caso, hacerme acreedor(a) a las sanciones que para el delito de fraude se señalan en el Código Penal Federal, pues así lo tipifica la Ley del Seguro Social, con fundamento en el artículo 310 y 314, para aquél que obtenga o propicie la obtención de los seguros, prestaciones y servicios que la misma Ley establece, sin tener el carácter de derechohabiente, mediante cualquier engaño o aprovechamiento de error, ya sea en virtud de simulación, sustitución de personas o cualquier otro acto, firmando al calce para constar.

Así mismo, me comprometo a informar cualquier cambio en los datos proporcionados que originaron el registro de mi(s) beneficiario(s).

"Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado Sistema de Registro de Beneficiarios, con fundamento en los artículos 84 de la Ley del Seguro Social y, 67 y 68 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y cuya finalidad es contener, proteger, ordenar y clasificar los datos de los derechohabientes del Instituto (asegurados y sus beneficiarios), el cual fue registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx). La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Unidad de Medicina Familiar o la Subdelegación de control del domicilio del asegurado. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

Nombre y firma del Solicitante

DETERMINACION DEL DERECHO

Se rechaza la solicitud

Se autoriza la inscripción

Nombre y firma del empleado responsable

Nombre y firma del Jefe del Departamento, Oficina o Area

Instructivo de Llenado del Formato
Solicitud de Inscripción de Concubina o Concubinario
SAV 004

1. Elabora:

- 1.1. Este formato deberá ser llenado por el solicitante.
2. El asegurado(a) o pensionado(a) deberá firmar la solicitud o asentar su huella digital, en presencia del empleado institucional.
3. Documentos o formatos adicionales:
 - 3.1. Documentos para comprobar el domicilio del solicitante (Recibos de: Renta, Agua, Luz, Gas, Teléfono, Impuesto Predial).
 - 3.2. Documentos para comprobar la identidad del solicitante: Identificación Oficial con fotografía y firma (Credencial para Votar, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional).
 - 3.3. Documentos para comprobar la identidad del (los) beneficiario(s) propuesto(s): (Credencial de elector, Pasaporte, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Cédula Profesional).
 - 3.4. Documentos para comprobar hijos comunes: Nombre del hijo primogénito: Acta de nacimiento, Acta de reconocimiento, otra acta civil:
4. Unidad Administrativa ante la que se presenta el trámite:
 - 4.1. La Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado(a) o pensionado(a) que le corresponde de acuerdo con su domicilio en un horario de 8:00 a 19:30 Horas de lunes a viernes o
 - 4.2. En la Subdelegación de control en caso de que no exista el trámite en la Unidad de Medicina Familiar, en el horario de 8:00 a 15:30 horas, de lunes a viernes.

“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 54.80.20.00 en el Distrito Federal y área Metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01.800.00.14800 o al 1.888.594.3372 desde Estados Unidos y Canadá.

B. Instrucciones Específicas
Anverso

1. U.M.F.

- 1.1. Número de la Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado o pensionado.
2. **Fecha y Lugar:**
 - 2.1. Día, Mes y año así como el lugar de donde se realiza el trámite.
3. **Datos Generales del Solicitante:**
 - 3.1. **Nombre completo:** (Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) manifestados por el asegurado mediante documento).
 - 3.2. **C.U.R.P.** Clave Unica de Registro de Población del asegurado en sus 18 posiciones.
 - 3.3. **N.S.S.** El número y dígito verificador del asegurado o pensionado en once posiciones, proporcionado por el Instituto.
 - 3.4. **Fecha de nacimiento:** Anotar día, mes y año.
 - 3.5. **Lugar de nacimiento:** Estado o Localidad
 - 3.6. **Estado civil:** Registrar una cruz, señalando si el solicitante es casado, soltero, divorciado, unión libre o viudo.
 - 3.7. **Fecha de inicio del status:** Fecha a partir de la cual se encuentra en el estado civil manifestado.
 - 3.8. **Domicilio:** Calle, número exterior, interior, colonia, código postal, delegación o municipio
4. **Documentos para comprobar el domicilio del solicitante:** Anotar una cruz señalando que tipo de documento o recibo presenta:
 - Renta
 - Agua
 - Luz.
 - Gas
 - Teléfono
 - Impuesto predial.
 - Otro
5. **Documentos para comprobar identidad del solicitante:** Anotar una cruz señalando que tipo de documento o recibo presenta:
 - Credencial de elector; (Número de folio y año de registro).
 - Pasaporte y su número;
 - Cartilla del Servicio Militar Nacional y su número;
 - Cédula profesional y su número;
 - Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).
6. **Nombre de la concubina o concubinario:** Apellido paterno, materno y nombre (s) manifestados por el asegurado mediante documento.

7. Documentos para comprobar identidad del beneficiario propuesto: Anotar una cruz señalando que tipo de documento presenta:

- Credencial de elector. (número de folio y año de registro de su credencial para votar).
- Pasaporte y su número;
- Cartilla del Servicio Militar Nacional. número de la misma. (Este documento solo se presenta si el beneficiario es del sexo masculino),
- Cédula profesional y su número:
- Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).

8. Documentos para comprobar hijos comunes:

- Acta de Nacimiento; número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
- Acta de reconocimiento; número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
- Otra acta civil; número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;

9. Nombre y firma del solicitante: Nombre y firma del asegurado o pensionado que registra beneficiaria (o) concubina (rio).

Reverso

10. Nombre y firma del Solicitante. Nombre y firma del asegurado o pensionado que registra beneficiaria (o) concubina (rio).

11. Determinación del derecho: Este espacio es llenado por personal del IMSS

12. Nombre y firma del empleado responsable: El empleado que realice el trámite deberá asentar su nombre y firma.

13. Nombre y firma del Jefe del Departamento: El Jefe del Departamento, Oficina o Area deberá anotar su nombre (s), apellido paterno, apellido materno, y firmará como responsable del trámite efectuado.