

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

N° de derechohabiente al servicio médico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_

Regional: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

**SUPUESTO POR EL CUAL SE REQUIERE MECANISMO SUSTITUTO**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 1) Listado de postrados                                  | <input type="radio"/> 2) Habita en localidad distinta a oficina regional |
| <input type="radio"/> 3) Hospitalizado o condición médica que limita movilidad | <input type="radio"/> 4) Radica fuera del país                           |
| <input type="radio"/> 5) Recluido en institución penitenciaria                 | <input type="radio"/> 6) otro especifique:                               |

**DOCUMENTO(S) DEL SUPUESTO 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 la U.R. del Fideicomiso Fondo de Pensiones del Sistema Banrrural, 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 SUPUESTO 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 ACREDITACIÓN DE  
SUPERVIVENCIA POR MEDIO DE MECANISMO SUSTITUTO**



MECANISMO SUSTITUTO PARA  
ACREDITACIÓN DE  
SUPERVIVENCIA APROBADO



MECANISMO SUSTITUTO PARA  
ACREDITACIÓN DE  
SUPERVIVENCIA RECHAZADO

Motivo de rechazo al mecanismo sustituto: \_\_\_\_\_

Fecha de aprobación o rechazo: \_\_\_\_\_

Sello