



Participante Activo

Participante Inactivo

Beneficiario

INSTRUCCIONES

1. El peticionario, solicitará revisión de servicios, solamente cuando el resultado del mismo, presente error de cálculos u omisión de información originalmente provista.
2. El peticionario completará esta solicitud e incluirá documentación no evaluada en el servicio completado.

SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno, Nombre e inicial		Seguro Social
Fecha de Nacimiento (día/mes/año)		Estado Civil
		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero
Núm. Tel. Residencial	Núm. Tel. Celular	Nombre de la Agencia
Dirección Postal		Correo Electrónico
Dirección Postal		Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Igual a la Postal
P.O. Box		Urb., Cond., Edif., Bo.
HC Box, RR Box		Núm., Calle, Ave., Edif., Apt., Ste.
Ciudad	Estado	Zip+4

SECCIÓN II. INFORMACIÓN DE LA REVISIÓN DE SERVICIO SOLICITADO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Balance de fondos bajo Reforma 2000 | <input type="checkbox"/> Balance de Fondos bajo Ley 3 |
| <input type="checkbox"/> Beneficio por muerte | <input type="checkbox"/> No recibí Carta notificando Balance de Aportaciones |
| Número de Seguro Social del Fallecido | <input type="checkbox"/> Deuda por concepto de Préstamos |
| Nombre completo del Fallecido | <input type="checkbox"/> Otros |

Razones para solicitar revisión del servicio antes indicado:

Indique los nuevos documentos radicados en anejo(s):

SECCIÓN III. CERTIFICACIÓN

Certifico que, a mi mejor entender, la información suministrada es cierta y correcta.

Firma del Solicitante

Fecha (día/mes/año)

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.