

Fecha de solicitud: Lugar: **Datos de identificación de la *persona asegurada*:**

|                             |                    |                          |
|-----------------------------|--------------------|--------------------------|
| Nombre completo             | Correo electrónico | Núm. de afiliación       |
| Lugar y fecha de nacimiento | Dependencia        | Núm. de teléfono celular |

**Datos de identificación de la posible *persona beneficiaria*:**

|                             |                          |                       |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nombre completo             | Correo electrónico       | Sexo                  |
| Lugar y fecha de nacimiento | Núm. de teléfono celular | Núm. de teléfono fijo |

Manifiesto contar con la capacidad y facultades suficientes y necesarias para celebrar la presente solicitud, y me doy como enterado(a) respecto a que, en caso de detectarse falsedad alguna o proporcionarse información distorsionada, se cancelará de manera inmediata la presente solicitud y no se podrá presentar la misma, quien declare falsedad de hechos o falte a la verdad ante una autoridad administrativa con fundamento en lo establecido en la Legislación Penal aplicable para el Estado de Chihuahua en el Capítulo II, artículo 307, incurrirá en un delito por lo que quedará sujeto a las acciones que la ley determine. Acepto voluntariamente someterme a lo previsto en el Artículo 21 del Estatuto Orgánico de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, con relación a las disposiciones aplicables en el Artículo 25 del Reglamento de Servicios Médicos para los Trabajadores al Servicio del Estado de Chihuahua, relativo a la afiliación de personas beneficiarias.

Sello de recibido

Firma de la persona asegurada

**Para uso exclusivo del Departamento de Afiliación y Vigencia. Verificación de documentación entregada:**

- ✓ Firma de aviso de privacidad del consentimiento al tratamiento y transferencia de datos personales.
- ✓ Original de acta de nacimiento de la persona asegurada y de su beneficiario(a), recientes (máximo 6 meses de expedición)
- ✓ Original de acta de matrimonio reciente (máximo 6 meses de expedición)
- ✓ CURP de ambos (formato reciente)
- ✓ Presentar originales del INE de la persona beneficiaria en ventanilla

**Procedimiento**

- El trabajador y beneficiarios, acuden al Centro de Atención al Derechohabiente con la documentación requerida, una vez que revisa, se procede a dar de alta al beneficiario en el padrón Delegación Chihuahua.
- En las demás delegaciones, se recibe la documentación para su envío al Departamento de Afiliación y Vigencia estatal, para su revisión y captura.
- Se realiza la toma de fotografía, firma y huella.

Nota: De conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua, le informamos que Pensiones Civiles del Estado y sus oficinas; con domicilio en la Av. Teófilo Borunda 2900, Col. Centro, Chihuahua, Chih., México, C.P. 3100, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, puede consultar el aviso de privacidad en nuestro sitio [www.pce.chihuahua.gob.mx](http://www.pce.chihuahua.gob.mx)