

Departamento de Seguridad Social Estudiantil

RECHAZO AL SEGURO FACULTATIVO IMSS F-SF-003

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

DIRECTOR (A) : \_\_\_\_\_  
UNIDAD ACADÉMICA: \_\_\_\_\_

PRESENTE

Sirva la presente para hacer de su conocimiento que **NO ESTOY INTERESADO (A)** en tramitar el Seguro Facultativo que me brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social en calidad de estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, por convenir así a mis intereses.

Se me ha notificado que la incorporación y vigencia a cualquier servicio médico es un requisito que se solicita en trámites de salidas académicas, servicio social, prácticas profesionales y movilidad estudiantil, así como también de la existencia de periodos para dicho trámite y que no existen tramites extemporáneos ni urgentes; por lo que libero de cualquier responsabilidad civil, penal, administrativa y de cualquier otra naturaleza a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, a sus autoridades y Gestores Responsables.

(En caso de ser menor de edad, deberá firmar el padre, la madre o el tutor del alumno y anexar copia de INE)

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

SEMESTRE: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_ CORREO: \_\_\_\_\_

Por lo que manifiesto que la dependencia que me ofrece seguridad es: \_\_\_\_\_

\*Bajo la cédula, número o póliza: \_\_\_\_\_ En el régimen de: \_\_\_\_\_

Si fuera el caso de ser **BENEFICIARIO**, anotar el nombre del **TITULAR** del servicio:

\*\*NOMBRE DEL TITULAR: \_\_\_\_\_

Firmo de conformidad y entrego  
copia simple de identificación: \_\_\_\_\_

\*Agregar copia de carnet o póliza expedida por el servicio médico con el que cuenta el alumno.

\*\* En caso de ser **BENEFICIARIO** agregar también copia de Identificación Oficial Vigente del **TITULAR**, así como constancia de vigencia o póliza expedida por el servicio médico con el que se encuentren cubiertos y vigentes las personas involucradas.

