

F-SF-04

CANCELACIÓN AL SEGURO FACULTATIVO IMSS

Lugar y fecha: _____

DIRECTOR (A): _____

UNIDAD ACADÉMICA: _____

PRESENTE

Por medio hago de su conocimiento que derivado a mis intereses personales y de los trámites que de ellos dependa, solicito de la manera más atenta la CANCELACIÓN AL SEGURO FACULTATIVO que me brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social en calidad de estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos por la siguiente causa:

Me doy por enterado que la incorporación y vigencia a cualquier servicio médico, es un requisito obligatorio que se requiere para los trámites de salidas académicas, servicio social, prácticas profesionales y movilidad estudiantil, así como los periodos para realizar el trámite, sin existir 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, autoridades y Gestores Responsables de Seguridad Social Estudiantil.

NOMBRE DEL ALUMNO(A): _____

MATRÍCULA: _____ SEMESTRE: _____ GRUPO: _____ CORREO: _____

Manifiesto que la dependencia que me ofrece seguridad es: _____

Bajo la cédula, número o póliza: _____ En el régimen de: _____

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

En caso de ser BENEFICIARIO, anotar el nombre del TITULAR: _____

*** Agregar copia de su INE 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.**

Nombre y firma del Interesado (a)

Nombre y firma del Tutor (a)
(En caso de ser menor de edad)

Sello de recibido