

CARTA DE RENUNCIA
Para la afiliación al Seguro Médico Facultativo del IMSS

Con relación al "Decreto de incorporan al régimen obligatorio del seguro social correspondiente a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad a las personas que cursan estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del Estado y que no cuenten con las misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social " publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de septiembre de 1988 así como el ACDO.SAI.HCT.28r15/246.P.DIR y su anexo único relativo a las Regias a que se sujetará la incorporación de los estudiantes de instituciones públicas de nivel medio superior y superior al Seguro de Enfermedades y Maternidad del Régimen Obligatorio del Seguro Social por lo que corresponde a las prestaciones en especie publicado en el Diario de la Federación el 16 de diciembre de 2015.

En referencia a la incorporación del seguro médico la cual asume como requisitos que las personas que cursen estudios de los tipos medio superior, superior o posgrado en instituciones educativas y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio instituto o cualquier otra institución de seguridad social contarán con la prestación del seguro facultativo que otorga el IMSS. Atendiendo la normatividad antes mencionada. Yo C.

Nombre completo:

No. matrícula:

Programa académico:

Semestre:

Renuncio a la prestación del seguro facultativo que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por conducto de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, liberando a dicha Institución de cualquier situación legal que se suscite por la decisión que presento.

Mi seguro médico se encuentra cubierto por:

(Nombre de Institución a la que encuentra la afiliación)

Mi número de Seguridad Social es:

(NSS-afiliación)

Servicio otorgado por parte de:

(padre/madre/tutor/empresa/ u otro servicio médico)

Fecha:

Firma del(a) estudiante