



F-SF-04

CANCELACIÓN AL SEGURO FACULTATIVO IMSS

Lugar y fecha: _____

DIRECTOR (A): _____

UNIDAD ACADÉMICA: _____

P R E S E N T E

Por medio hago de su conocimiento que derivado a mis intereses personales y de los trámites que de ellos dependa, solicita 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:

Por lo anterior

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

MATRÍCULA/FICHA: _____ SEMESTRE: _____ GRUPO: _____ CORREO: _____

Manifestó 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: _____

*** 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.**

Nombre y firma Interesado (a)

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

