



| | | | |
|--|---|--|---|
|  TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO | TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO Instituto Tecnológico de Chihuahua II | Código: ITCHII-PO-01-04 |  |
| | Solicitud Seguro Facultativo | Revisión 1 | |
| | Referencia a la Norma ISO 9001:2015 7.2.1,7.2.2,7.2.3,7.5.3 | Página 1 | |

Llenar y marcar los datos que a continuación se describen según sea el caso:

Si **NO** cuentas con ningún tipo de servicio médico, se recomienda solicitar su **ALTA** del Seguro **FACULTATIVO (IMSS)**.

Por medio del presente Yo C. _____
de la carrera _____ N° de control _____

Solicito: **Alta (____)**

Mi número del Seguro Social (NSS) IMSS es: _____
(Para generar o localizar su NSS entrar a www.gob.mx/afiliatealimss dar clic en el paso N° 1, llenar los datos que ahí solicita, descargar e imprimir el PDF) **ES OBLIGATORIO PRESENTAR IMPRESO EL DOCUMENTO DEL PASO 1, EN LAS INSCRIPCIONES SIN EXCEPCIÓN** (aplica para nuevo ingreso).

Baja (____) Al seleccionar esta opción, llenar el siguiente recuadro y solo se dará de baja del seguro facultativo, no interfiere con otros servicios médicos.

| |
|--|
| Llenar este apartado solo en caso de NO requerir el Seguro Facultativo (IMSS) Yo C. _____ N° de Control _____ Carrera: _____ Manifiesto mi deseo de NO ser dado de ALTA en el IMSS , ya que cuento con servicio médico y deseo seguir haciendo uso del mismo. Nombre del Servicio médico con el que cuento: _____ EJEMPLO: Imss, Seguro popular, Pensiones, Gastos medico mayores, Issste, etc, etc. |
|--|

En los siguientes semestres en caso de que requiera darse de alta o baja, acudir a **SERVICIOS ESCOLARES**.

A los días _____ del mes _____ de 20____. Firma del alumno _____

DIRECTOR (A)

NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

*En caso de movimientos de alta o baja posteriores se conservará la solicitud de fecha más actual.