

SERVICIOS DE AFILIACION Y VIGENCIAS DE DERECHOS

CLAVE ARGUMENTO

AVISOS DE INCORPORACIÓN
EN LOS SEGUROS VOLUNTARIOS

MERO DE REGISTRO PATRON

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

10 DIGITOS DIG. VER

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATRNO					NOMBRE (S)										UMF					
DOMICILIO DEL ASEGURADO																									SEXO					
CALLE Y/O MANZANA										NUMERO					COLONIA Y/O POBLACION										MASCULINO					
MUNICIPIO										ENTIDAD FEDERATIVA					CODIGO POSTAL										FEMENINO					
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO					ENTIDAD			DIA			MES			AÑO							EXCLUSIVO IMSS									
NOMBRE (AUN FINADO)										TIPO DE ASEGURAMIENTO			MOD 33										FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE ESTE AVISO EN EL IMSS							
DEL PADRE										TIPO DE PAGO			SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA																	
DE LA MADRE										RANGO DE EDADES																				
PERIODO DE ASEGURAMIENTO										RENOVACION										0 A 19		20 A 39								
INICIO					TERMINO					DEL		AL		MES			AÑO			40 A 59		60 O MAS								
MOD. 34 TRABAJADOR DOMESTICO										CONTRATACION INDIVIDUAL																				
\$										\$										CONTRATACION COLECTIVA										
SALARIO DIARIO INTEGRADO										NETO A PAGAR										TITULAR DEL SEGURO										
MOD. 35 PATRON PERSONA FISICA										FAMILIAR DIRECTO																				
MOD 43 INCORPORACION VOLUNTARIA DEL CAMPO																														
MOD 44 TRABAJADOR INDEPENDIENTE																														
\$										FAMILIAR ADICIONAL																				
SALARIO MINIMO GENERAL VIGENTE EN EL D.F.										FIRMA O HUELLA DEL ASEGURADO										INCORPORACIÓN INICIAL										
																				RENOVACIÓN										
																				RENOVACIÓN EXTEMPORANEA										
																				APLICACIÓN ART. 97 RACERF										
																				INCLUSIÓN DE FAMILIAR										
																				\$										

LOS SUJETOS DE ASEGURAMIENTO OBJETO DE ESTE AVISO SON LOS SEÑALADOS EN LOS ARTÍCULOS 13, 235 Y 240 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

EL CONTRATANTE Y SUS BENEFICIARIOS LEGALES O FAMILIARES DIRECTOS Y ADICIONALES SEGÚN EL ESQUEMA DE ASEGURAMIENTO DE QUE SE TRATE, SE SOMETERÁN A LOS EXAMENES Y ESTUDIOS QUE EL INSTITUTO DETERMINE PARA CONSTATAR SU ESTADO DE SALUD.

PREVIO AL ASEGURAMIENTO EL CONTRATANTE Y SUS BENEFICIARIOS LEGALES O FAMILIARES DIRECTOS Y ADICIONALES DEBERÁN LLENAR Y FIRMAR INDIVIDUALMENTE EL CUESTIONARIO MÉDICO, EL CUAL SERÁ PROPORCIONADO POR EL INSTITUTO PARA EL CASO DE MENORES DE EDAD E INCAPACITADOS EL LLENADO Y FIRMA DEL CUESTIONARIO MÉDICO ESTARÁ A CARGO DEL PADRE O TUTOR.

EL INSTITUTO OTORGARÁ AL CONTRATANTE Y A SUS BENEFICIARIOS LEGALES O FAMILIARES DIRECTOS Y ADICIONALES, LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DEL SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD, QUE CONSISTEN EN ASISTENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA, FARMACÉUTICA Y HOSPITALARIA, EN LA UNIDAD MÉDICA QUE CORRESPONDA A SU DOMICILIO

EN CASO DE QUE EL CONTRATANTE Y SUS BENEFICIARIOS LEGALES O FAMILIARES DIRECTOS Y ADICIONALES PRESENTEN DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA, ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES SEÑALADAS EN EL REGLAMENTO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MATERIA DE AFILIACIÓN CLASIFICACIÓN DE EMPRESAS, RECAUDACIÓN Y FISCALIZACIÓN Y NO HUBIERA SIDO DECLARADA AL MOMENTO DE LLENAR EL CUESTIONARIO MÉDICO, SERÁ EXCLUIDO DEL ASEGURAMIENTO.

CONFORME AL REGLAMENTO ANTES CITADO, QUEDAN CONDICIONADOS LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES POR LOS PADECIMIENTOS O TRATAMIENTOS QUE SE SEÑALAN DURANTE LOS TIEMPOS DE ESPERA QUE EN EL MISMO SE ESTABLECEN, ASIMISMO SE EXCLUIRAN DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES LOS PADECIMIENTOS O TRATAMIENTOS CONTEMPLADOS EN EL MISMO ORDENAMIENTO.

EL ASEGURAMIENTO TERMINA POR VENIMIENTO DE LA ANUALIDAD CONTRATADA, SI NO SE RENUEVA DENTRO DEL PLAZO ANOTADO EN ESTE AVISO

DE LA MISMA MANERA PODRÁ DARSE POR TERMINADO EL ASEGURAMIENTO, SIN PERJUICIO DE QUE EL INSTITUTO PUEDA COBRAR LA ATENCIÓN MÉDICA QUE SE OTORGO SI COMPROBABA QUE EL CONTRATANTE Y SUS BENEFICIARIOS LEGALES O FAMILIARES DIRECTOS Y ADICIONALES, HICIERON USO INDEBIDO DEL DOCUMENTO QUE ACREDITA LA CALIDAD DE ASEGURADO.

EN NINGÚN CASO DE TERMINACIÓN DEL ASEGURAMIENTO ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PERIODO CUBIERTO POR LA CUOTA EL INSTITUTO HARÁ DEVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD PAGADA

TODOS LOS ASPECTOS NO CONSIDERADOS EN ESTE DOCUMENTO SE SUJETARÁN A LO DISPUESTO EN EL REGLAMENTO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MATERIA DE AFILIACIÓN CLASIFICACIÓN DE EMPRESAS, RECAUDACIÓN Y FISCALIZACIÓN.

ENTERADO

FIRMA DEL CONTRATANTE