gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Renovación al Seguro de Salud para la Familia

Folio 163794653983863187506 4

Fecha 26 de noviembre 2021, 11:09:37

Mediante el presente se hace constar la recepción de su solicitud de Renovación al Seguro de Salud para la Familia.

Este documento únicamente es para efectos informativos, su inscripción se acreditará una vez realizado el pago respectivo.

Datos generales de Solicitante

Nombre	ROSA PATRICIA BERNAL PALMA				
NSS	16078736226	**CURP**	BEPR870824MMCRLS08		
Fecha de Nacimiento	24/08/1987	**Edad**	34	**Sexo**	Mujer

Domicilio del Solicitante

Domicilio	Calle INDEPENDENCIA Num. Ext. 39 MZM LT 1 Colonia INFONAVIT CP 52004
Delegación de Adscripción	ESTADO DE MEXICO PONIENTE
Subdelegación	TOLUCA

Familiares a incorporar

Nombre	ROSA PATRICIA BERNAL PALMA	**Parentesco**	TITULAR		
NSS	16078736226	**CURP**	BEPR870824MMCRLS08		
Fecha de Nacimiento	24/08/1987	**Edad**	34	**Sexo**	Mujer

Del aseguramiento, forma y fecha de pago

Tipo de trámite	Renovación				
Individual	X		**Mexicano en el extranjero**		
Modalidad	33 SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA				
Tipo de Aseguramiento	Individual				
NRP	C6799994333				
Periodo de Aseguramiento	De 01/12/2021 a 30/11/2022				
Cuota total a pagar	$ 8,250.00				
Forma de pago	Anual Anticipado				
Estatus del Trámite	**Pendiente de Pago**				

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600 Ciudad de México
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactoimss.com.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Renovación al Seguro de Salud para la Familia

Folio 163794653983863187506 4

Aviso de privacidad

“Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el sistema de datos Personales denominado Sistema Integral de Derechos y Obligaciones, con Fundamento en los artículos : 15 de la Ley del Seguro Social y 14 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y cuya finalidad es contener, proteger, ordenar y clasificar los datos de los patrones y asegurados, el cual tiene registro en el listado del Sistema de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (www.ifai.org.mx) y podrán ser transmitidos de acuerdo con lo previsto en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Subdelegación de control que corresponde al domicilio del patrón o del asegurado, en su caso. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de datos Personales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005”.

Requisitos para recibir el servicio médico

Presentarse en la Unidad de Medicina Familiar que corresponde, con copia del cuestionario médico, y solicitar su registro como derechohabiente.
Para cada uno de los familiares inscritos, se le proporcionará su Cartilla Nacional de Salud.

Condiciones

Lea cuidadosamente lo siguiente:

1. No procede la Incorporación al Seguro de Salud para la Familia, para el integrante del grupo familiar que al llenar la solicitud de inscripción, padezca alguna de las enfermedades contenidas en el presente cuestionario médico.
2. El seguro será cancelado cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social diagnostique alguno de los padecimientos y se precise que es preexistente, durante el primer año de vigencia de su inscripción al Seguro de Salud para la Familia.
3. En todos los casos, cuando se presente la situación arriba mencionada, no habrá devolución de cuota.
4. En todos los casos, perderá el seguro únicamente quien presente el padecimiento, manteniéndose el aseguramiento para el resto de los familiares inscritos.
5. Todos los miembros del grupo familiar asegurado deberán presentarse a revisión médica durante los primeros seis meses de su aseguramiento.

Acepto las condiciones arriba mencionadas

Declaro y manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en cada requisito son correctos y corresponden a la verdad, apercibido que de conformidad con el artículo 314 de la Ley del Seguro Social, que me reputará como fraude y se me sancionará como tal, en los términos del Código Penal Federal, el obtener, asi como el proporcionar la obtención, de los seguros, prestaciones y servicios que la Ley del Seguro Social establece, sin tener el carater de derechohabiente, mediante cualquier engaño o aprovechamiento de error, ya sea en virtud de simulación, sustitución de personas o cualquier otro acto, lo cual podrá ser verificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en cualquier otro momento, en uso de sus facultades de comprobación como organismo fiscal autónomo.

_____

Firma del solicitante

Cadena original: ||Invocante:portalimssdigital|Trámite:RENOVACIÓN AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA|Fecha:26 de noviembre 2021, 11:09:37|Folio:163794653983863187506 4|NRP:C6799994333|Nombre o Razón Social:ROSA PATRICIA BERNAL PALMA|CURP:BEPR870824MMCRLS08|NSS:16078736226||

Sello digital: i0mAWlN/VMkKn+cdQF/a5tExAKq0MBB4B8OKKynRW9sojzPMEx4Fy4iSl7J1PPxtqX2BT8thxTXrBv36Rt0e+RpJOl1jJJ/8T5xLI7I8eLOoERSX2Ewu0wxsf6iwVYvjJg/4kVnzItykwbr6N1lh/ejLiTf+7/VKTX+HoW8y21jQjFcgAqx+OkWQ2ysREt3aOZEN4HuI3rwbWyUfK4PhHac0SyvIDgSWUaWsE9ngzU1T0/60pQFf2+i68pH+YpDPKdEs1K9oXZF5vGopVmStAuMGgDeT5ufnE7/Ffjo1tb5UlfFPoieh04TtnXBfX+qNmX9hT7xuc8GXqif9UGaYoA==

Secuencia notarial: 16b7c109-1e37-493e-9beb-225261a533a6

Número de Serie: 00000000000000000001

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600 Ciudad de México
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactoimss.com.mx