

Incorporación al Seguro de Salud para la Familia

Folio 1663870717859763429387

Fecha 22 de septiembre 2022, 13:19:19

Mediante el presente se hace constar la recepción de su solicitud de Incorporación 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	ALMA DELIA RIOS VAZQUEZ				
NSS	75169530062	CURP	RIVA951127MGTSZL01		
Fecha de Nacimiento	27/11/1995	Edad	26	Sexo	Mujer

Domicilio del Solicitante

Domicilio	Calle CALZADA DE POZUELOS Num. Ext. 3 Colonia CERRO DEL GALLO CP 36089
Delegación de Adscripción	GUANAJUATO
Subdelegación	GUANAJUATO

Familiares a incorporar

Nombre	ALMA DELIA RIOS VAZQUEZ	Parentesco	TITULAR		
NSS	75169530062	CURP	RIVA951127MGTSZL01		
Fecha de Nacimiento	27/11/1995	Edad	26	Sexo	Mujer

Del aseguramiento, forma y fecha de pago

Tipo de trámite	Inscripción Inicial				
Individual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Mexicano en el extranjero		
Modalidad	33 SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA				
Tipo de Aseguramiento	Individual				
NRP	B4699994330				
Periodo de Aseguramiento	De 01/10/2022 a 30/09/2023				
Cuota total a pagar	\$ 8,500.00				
Forma de pago	Anual Anticipado				
Estatus del Trámite	Pendiente de Pago				

Incorporación al Seguro de Salud para la Familia

Folio 1663870717859763429387

Cuestionario médico individual en la incorporación al seguro de salud para la familia

Restricciones

Aplicación de disposiciones señales en los artículos 82, 83, 84, 98 Y 99 del RACERF	Si	No
	X	

Tipo de contratación	Modalidad	E. Y M.		R.T.		I.V.	RCV		
		P.E.	P.D.	P.E.	P.D.		R	C	V
Individual/colectiva									
Individual	33 Seguro de Salud para la Familia	XX							

R.T. Riesgos de Trabajo EYM. Enfermedades y Maternidad I.V. Invalidez y Vida R. Retiro C. Cesantía en Edad Avanzada
 V. Vejez P.D. Prestaciones en Dinero P.E. Prestaciones en Especie

Historia de enfermedades - marque si padece alguna de las enfermedades siguientes:

El titular manifiesta que las personas que serán incorporadas en el seguro de salud para la familia no padecen ninguna de las enfermedades siguientes.

1. Alergia o asma	
2. Enfermedades crónicas de la sangre	
3. Cáncer o tumores	
4. Diabetes mellitus con:	
a) Insuficiencia renal	
B) Renitopatía	
C) Neuropatía	
D) Insuficiencia	
E) Ninguna de las anteriores	
5. Enfermedades del corazón	
6. Enfermedades del hígado	
7. Enf. nerviosas o psiquiátricas crónicas	
8. Presión arterial alta	

9. Reumatismo o artritis	
10. Tuberculosis	
11. Úlcera del estómago	
12. SIDA	
13. V.I.H Positivo	
14. Enefermedades congénitas (de nacimiento)	
15. Bronquitis crónica	
16. Accidente vascular o embolia	
17. Deformaciones o limitaciones de movimiento por accidente o enfermedad	
18. Alcoholismo adictivo (frecuente)	
19. Adicción por sustancias tóxicas (frecuente)	
20. Ninguna de las anteriores	X

Incorporación al Seguro de Salud para la Familia

Folio 1663870717859763429387

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, aperebido 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, así 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:INCORPORACIÓN AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA|Fecha:22 de septiembre 2022, 13:19:19|Folio:1663870717859763429387|NRP:B4699994330|Nombre o Razón Social:ALMA DELIA RIOS VAZQUEZ|CURP:RIVA951127MGTSZL01|NSS:75169530062||

Sello digital: EnCpl6QDUOYXZr6Nq3qvEaVYWeKfgZv2I4C3orBBGUf7REmhaFyKcOsOxWkKk16WWWlyIMDZ6i5KBgtuf6XMPHbV/ajpAaCyobXCrQ5kg+/9wPfmZezxT8cnGT6L7K3xOnqwWuGII VEIGYGn6fMnD6geAmqKhxCmW6J4cNCWM2/7PO9pzn5KA27mTv796LrYbS1AwXKk5tgle8Xz1PdEnq+vx+qpF6sZz5NASoz0Kj2TfLTaQgGMLc+elxJKGuoAkTk7NtTb4i8/Ow3PqJv m/RwHXLRLBe8b2DbyKB43EjQa4tWyNmuM5A/LMZiN8QOcpvCeeTKyH+6PbBaVLeQ==

Secuencia notarial: b9c88b38-c640-4287-bf25-889e0b7550de

Número de Serie: 0000000000000000001