



Solicitud de Renuncia al Seguro de Salud para Estudiantes

BACHILLERATO

DATOS DEL SOLICITANTE

Núm. de Cuenta: _____ Fecha: _____

Nombre: _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre(s))

Nombre de la madre, padre o tutor legal: _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre(s))

Teléfono(s): _____
(Casa) (Trabajo) (Celular)

Correo electrónico: _____

Domicilio: _____
(Calle y número) (Colonia) (Alcaldía/Municipio) (Ciudad/País)

Identificación oficial de la madre, padre o tutor legal: ☐ INE ☐ Credencial escolar de la persona solicitante
(Se deberán anexar copias a esta solicitud)

La presente solicitud se realiza por los siguientes motivos:

Por lo que, derivado de los motivos expuestos, y con la autorización expresa e informada de mi madre, padre o tutor legal, por convenir a nuestros intereses manifestamos renunciar voluntariamente al Seguro de Salud para Estudiantes con el Registro Patronal de la UNAM que me fue otorgado de conformidad con lo establecido por el artículo 77 bis 7 fracción II de la Ley General de Salud y el Decreto de fecha 14 de septiembre de 1998, mediante el cual se incorpora al régimen obligatorio del Seguro Social a las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.

Asimismo, fui plenamente informado de que, para el caso de requerir hacer uso nuevamente del Seguro de Salud para Estudiantes con el Registro Patronal de la UNAM, será necesario contar con mi inscripción en el semestre en curso, así como dar aviso de manera inmediata al área de Servicios Escolares de mi entidad académica y enviar un correo electrónico a sse@dgae.unam.mx para recibir la información correspondiente para mi reincorporación.

Nombre y firma de la madre, padre o tutor legal	Nombre y firma de la persona solicitante	Nombre y firma de la persona que atendió
--	---	---



Solicitud de Renuncia al Seguro de Salud para Estudiantes

BACHILLERATO

DATOS DEL SOLICITANTE

Núm. de Cuenta: _____ Fecha: _____

Nombre: _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre(s))

Nombre de la madre, padre o tutor legal: _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre(s))

Teléfono(s): _____
(Casa) (Trabajo) (Celular)

Correo electrónico: _____

Domicilio: _____
(Calle y número) (Colonia) (Alcaldía/Municipio) (Ciudad/País)

Identificación oficial de la madre, padre o tutor legal: ☐ INE ☐ Credencial escolar de la persona solicitante
(Se deberán anexar copias a esta solicitud)

La presente solicitud se realiza por los siguientes motivos:

Por lo que, derivado de los motivos expuestos, y con la autorización expresa e informada de mi madre, padre o tutor legal, por convenir a nuestros intereses manifestamos renunciar voluntariamente al Seguro de Salud para Estudiantes con el Registro Patronal de la UNAM que me fue otorgado de conformidad con lo establecido por el artículo 77 bis 7 fracción II de la Ley General de Salud y el Decreto de fecha 14 de septiembre de 1998, mediante el cual se incorpora al régimen obligatorio del Seguro Social a las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.

Asimismo, fui plenamente informado de que, para el caso de requerir hacer uso nuevamente del Seguro de Salud para Estudiantes con el Registro Patronal de la UNAM, será necesario contar con mi inscripción en el semestre en curso, así como dar aviso de manera inmediata al área de Servicios Escolares de mi entidad académica y enviar un correo electrónico a sse@dgae.unam.mx para recibir la información correspondiente para mi reincorporación.

Nombre y firma de la madre, padre o tutor legal	Nombre y firma de la persona solicitante	Nombre y firma de la persona que atendió
--	---	---

Solicitante