

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA  
CON BASE EN EL ARTICULO 97 DEL RACERF**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Lugar) (Día) (Mes) (Año)

Titular de la Subdelegación  
Presente

Con base en lo establecido en el Artículo 97 del RACERF, por este medio, declaro bajo protesta de decir verdad que carezco de familiares que puedan ser incluidos en mi Seguro de Salud para la Familia, por lo cual solicito a usted, se me autorice la incorporación a dicho régimen voluntario de manera individual, de acuerdo con el citado artículo.

Declaro que la información asentada en este documento es correcta y autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a verificar la autenticidad de mi declaración, así como, en caso de incurrir en falsedad, acepto que mi seguro médico sea cancelado anticipadamente, sin responsabilidad para el IMSS, y sin devolución total o parcial del pago realizado por el mismo.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Titular del Seguro de Salud para la Familia

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Número de Seguridad Social

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Telefono(s)