

[Lugar y fecha]

[Nombre del representante de la aseguradora]
[Nombre de la compañía de seguros]
[Dirección de la compañía de seguros]
[Ciudad, Estado, Código Postal]

A quien corresponda:

Por medio de la presente, yo [nombre completo del estudiante], estudiante de [nombre de la carrera] en [nombre de la institución académica], con número de control [número de control del estudiante], declaro mi renuncia al seguro facultativo del [nombre de la institución de seguro social], de acuerdo a lo establecido en la ley vigente.

Entiendo los riesgos que implica no contar con un servicio médico, sin embargo, he decidido renunciar al seguro facultativo ya que cuento con un servicio médico que me ampara. Por lo tanto, exonero a [nombre de la institución académica] de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de mi renuncia al seguro facultativo.

Asimismo, declaro haber sido informado de la obligatoriedad de contar con un servicio médico para los trámites de salidas de campo, prácticas de servicio social y otros eventos que requieran movilización, así como del plazo para realizar los trámites correspondientes.

Por medio de esta carta, hago constar que cuento con un servicio médico a través de [nombre de la institución de seguro social que me ampara], bajo la figura de [trabajador, hijo(a) de trabajador, cónyuge, concubino(a), jubilado(a), pensionado(a) u otro similar], con el número de registro [número de registro].

Adjunto a esta carta la constancia vigente de mi servicio médico para su registro en los archivos correspondientes.

Agradezco su atención y quedo a sus órdenes para cualquier aclaración o trámite adicional.

Atentamente,

[Firma]
[Nombre completo del estudiante]