



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para la Incorporación al Seguro de Salud para la Familia
9210-003-611

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Mtro. Luis Gerardo Magaña Zaga
Titular de la Unidad de Incorporación al Seguro Social

Revisó

Mtra. Adriana Alejandra Pedroza Márquez
Titular de la Coordinación de Afiliación

Elaboró

Lic. Joel Delgadillo Márquez
Titular de la División de Incorporación Voluntaria y Convenios

**COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD**

MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

NUOVA ELABORACION 23 DIC. 2020

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las y los Servidores Públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



ÍNDICE

		Página
1	Base normativa	3
2	Objetivo	3
3	Ámbito de aplicación	3
4	Definiciones	4
5	Políticas Generales	6
6	Descripción de actividades	20
7	Diagrama de flujo	29
	Anexos	
Anexo 1	Oficio circular 0952179000/UFC/USE/UISS/23 del 28 de septiembre 2018.	37
Anexo 2	Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A.	41
Anexo 3	Convenio tipo para la incorporación colectiva en el Seguro de Salud para la Familia.	45
Anexo 4	Solicitud de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia, con base en el artículo 97 del RACERF.	53
Anexo 5	Cuestionario Médico para la incorporación en el Seguro de Salud para la Familia.	55
Anexo 6	Hoja de Control para el Seguro de Salud para la Familia.	60
Anexo 7	Formato del Número de Registro Patronal.	64
Anexo 8	Solicitud de Renovación Extemporánea en el Seguro de Salud para la Familia.	67
Anexo 9	Formato de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia para trabajadores mexicanos en el extranjero.	69
Anexo 10	Aviso de Baja del Trabajador o Asegurado AFIL-04.	73



1. Base normativa

- Artículos 1, 2, 4, 5, 5 A, 6, 7, 22, 84, 240 al 245 de la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y sus reformas.
- Artículos 1, 3, 5, 9, 12, 110 fracción VI y 113 fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de mayo de 2016 y sus reformas.
- Artículos 1, 48 y 49 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2017 y sus reformas.
- Artículos 1 fracción II, 12 fracción III, 67, 81, 82, 83, 84, 86, 88, 95, 96, 97, 98, 99 y 105 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1° de noviembre de 2002 y sus reformas.
- Artículos 1, 2 fracciones IV inciso a), V, VI incisos b) y c), 3 fracción II incisos c), 4, 5, 71, 72 fracciones I inciso e), III y VIII; 139, 142, 144 fracción XVII inciso k), 149, 150 fracción XVIII y XXVI, 152, 153 y 155 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Manual de Organización de las Subdelegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, de fecha 18 de diciembre de 2017.
- Circular 09 5217 9000/UFC/USE/UISS/23 del 28 de septiembre 2018.

2. Objetivo

Establecer las políticas y actividades que el personal de las áreas de Afiliación en Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, Subdelegaciones y Oficinas auxiliares de Afiliación y Cobranza, deberán observar para atender de manera correcta el trámite para la incorporación de las personas en el Seguro de Salud para la Familia, ya sea en forma individual o colectiva, tanto en territorio nacional como para los trabajadores mexicanos en el extranjero, con el propósito de que accedan a los beneficios de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

3. Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza, el Departamento de Supervisión Afiliación Vigencia, las Subdelegaciones, los Departamentos de Afiliación Vigencia y las Oficinas Auxiliares de Afiliación y Cobranza.



4. Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 derechohabiente: El asegurado, el pensionado y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la LSS tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto.

4.2 AFIL-01: Aviso del Registro Patronal en el Régimen Obligatorio del Seguro Social.

4.3 AFIL-05 A: Aviso de inscripción, formato definido por el Instituto que será utilizado como comprobante de la incorporación voluntaria al seguro social.

4.4 AFIL-04: Aviso de baja del trabajador o asegurado.

4.5 AFIL-14: Errores de movimientos de asegurados por guía y por subdelegación.

4.6 AFIL-32: Cifras de control de movimientos de asegurados por guía.

4.7 asegurado: Sujeto de aseguramiento inscrito ante el Instituto, en los términos de la Ley del Seguro Social.

4.8 Clave Única de Registro de Población (CURP): Número asignado por la Secretaría de Gobernación para la identificación de la población, cuenta con 18 caracteres. Es un instrumento que sirve para registrar en forma individual a todos los habitantes de México, nacionales y extranjeros, así como a las mexicanas y mexicanos que radican en otros países.

4.9 convenio: Acuerdo de voluntades entre dos o más personas para crear, modificar o extinguir derechos y obligaciones. También es el acuerdo de voluntades para crear, transmitir, modificar o extinguir obligaciones y derechos reales o personales.

4.10 Coordinación Delegacional de Informática (CDI): Oficina de enlace entre las Subdelegaciones y las Delegaciones del Instituto, cuya labor es apoyar en las tareas de informática y telecomunicaciones.

4.11 enfermedad preexistente: Se entiende como enfermedad preexistente cualquier padecimiento que haya sido diagnosticado, que sea evidente, y/o conocido por el interesado, familiar directo o familiar adicional, al momento de inscribirse en el SSF.

4.12 familiares adicionales: Los abuelos, nietos, hermanos, primos, hijos de los hermanos y hermanos de los padres del sujeto de aseguramiento.

4.13 familiares directos: Los considerados en el Artículo 84, fracciones III a la IX de la Ley del Seguro Social.



4.14 formatos para la incorporación. Se consideran los Cuestionarios Médicos para la incorporación en el Seguro de Salud para la Familia, Hoja de Control para el Seguro de Salud para la Familia y Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A.

4.15 grupo familiar: Integrado con las personas señaladas en el artículo 84 fracciones III a la IX de la LSS y con los familiares adicionales establecidos en el Art. 96 del RACERF.

4.16 IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.17 Ley: Ley del Seguro Social.

4.18 movimiento de reingreso: Es el aviso afiliatorio que se presenta con el fin de inscribir el alta al trabajador en el Seguro Social.

4.19 NRP Número de Registro Patronal: Es el número de control que el IMSS asigna a la persona física o a la persona moral, titular del SSF, cuando es registrado por primera vez en su base de datos.

4.20 NSS Número de Seguridad Social: Es el número de control que el IMSS le asigna a una persona, cuando es registrado por primera vez, dicho número es único, permanente e intransferible.

4.21 RACERF: Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

4.22 RODEPCWEB: Programa de captura Web.

4.23 SSF: Seguro de Salud para la Familia: Esquema de aseguramiento voluntario que garantiza a los sujetos protegidos por el mismo, el otorgamiento de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, durante el período cubierto por la cuota correspondiente, en los términos y condiciones señaladas al respecto en la LSS y en el RACERF. Contempla también a los trabajadores mexicanos en el extranjero y en este procedimiento se identifica con la abreviatura SSFTME.

4.24 SIPARE: Sistema de Pago Referenciado.

4.25 SINDO: Sistema Integral de Derechos y Obligaciones: Sistema que contiene toda la información afiliatoria de los asegurados.

4.26 SIME: Sistema de Incorporación para Mexicanos en el Extranjero: Sistema informático que en forma integral registra los datos de los trabajadores mexicanos en el extranjero y a sus familias en México, con vínculos con otros programas informáticos del IMSS, que permiten la asignación de números de seguridad social, el



registro de movimientos en el SINDO y la adscripción del titular del seguro a la Unidad de Medicina Familiar de elección o la que corresponda conforme al domicilio.

4.27 titular del seguro: Persona física que lleva a cabo los trámites para la incorporación, inclusión, renovación oportuna y la renovación extemporánea al SSF.

4.28 UMF: Unidad de Medicina Familiar: Unidad que imparte atención médica de primer nivel, ambulatoria y domiciliaria, a los asegurados del SSF que viven dentro de una circunscripción territorial específica.

5. Políticas

4.1 Generales.

5.1.1 Los titulares de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza, del Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia, del Departamento de Afiliación y Vigencia y de la Oficina de Afiliación, difundirán a su personal operativo el presente procedimiento para su debida observancia.

5.1.2 El personal del Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia, deberá supervisar de manera permanente la aplicación de este procedimiento.

5.1.3 El Jefe de Departamento de Afiliación y Vigencia y/o el Jefe de Oficina de Afiliación, previa capacitación sobre la materia del presente procedimiento, deberán designar a los responsables del trámite en materia de SSF, debiendo notificar por escrito tal designación.

5.1.4 Toda consulta relativa a las disposiciones de este procedimiento deberá ser presentada de conformidad con lo establecido en el "Oficio Circular 0952179000/UFC/USE/UISS/23 del 28 de septiembre de 2018". (Anexo 1)

Cualquier sugerencia de modificación o adición al contenido del presente procedimiento, se comunicará vía oficio por el Jefe de Servicios de Afiliación y Cobranza a la Coordinación de Afiliación, para que se proceda a su revisión y en su caso aprobación.

5.1.5 La entrada en vigor de este procedimiento será a partir de la fecha de su registro en el catálogo institucional y podrá ser consultado en la sección de Normas y Publicaciones de la Intranet o bien accediendo a la siguiente liga: <http://intranet/normatividad/Paginas/procedimientos.aspx> por lo que se dejarán sin efectos todos los oficios circulares que se opongan a su contenido.

5.1.6 El incumplimiento de los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.



5.1.7 El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas servidoras públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación, aprobado por el Consejo Técnico mediante Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250619/204.P.DA, de fecha 25 de junio de 2019.

5.1.8 El lenguaje empleado en el presente documento, no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos.

5.1.9 Corresponde a la Coordinación de Afiliación, interpretar para efectos administrativos la presente norma y resolver los casos especiales y no previstos en la misma.

5.1.10 Los titulares de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza, del Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia, del Departamento de Afiliación y Vigencia, y de la Oficina de Afiliación, de conformidad con el artículo 22 de la LSS, no podrá comunicar o dar a conocer en forma nominativa o individual, los documentos que se proporcionen al IMSS, ya que son estrictamente confidenciales.

5.2 De la incorporación en el SSF.

El responsable del trámite, deberá considerar los siguientes elementos:

5.2.1 Se podrán incorporar al SSF, todas aquellas personas que no sean sujetas a un régimen obligatorio en algún sistema de seguridad social.

En caso de que alguna de las personas del grupo familiar no cumpla con lo señalado en el párrafo anterior, no será sujeto de incorporación, sin embargo, esto no imposibilita la incorporación del resto de los integrantes del grupo, designando a un titular del grupo familiar.

5.2.2 La incorporación podrá llevarse a cabo a solicitud expresa de los interesados, en forma individual o colectiva tanto en el ámbito nacional como para los trabajadores mexicanos en el extranjero, considerando los siguientes términos:

- **Individual:** Formalizada mediante la entrega del “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A” (Anexo 2), firmado por el titular del grupo familiar. Cada asegurado integrante del grupo familiar requiere el llenado del “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A” (Anexo 2) correspondiente.
- **Colectiva:** A partir de la solicitud presentada por el representante legal de una persona moral, que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento y que se formaliza mediante convenio



“Convenio tipo para la incorporación colectiva en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 3), para la incorporación de cuando menos 50 personas, que podrán estar integradas en varios grupos familiares.

5.2.3 El responsable del trámite, proporcionará orientación acerca de la aplicación de cuestionarios médicos, exámenes y estudios para constatar el estado de salud del o los interesados; acerca de enfermedades preexistentes y los tiempos de espera para la atención de padecimientos, así como las limitaciones de cobertura, conforme con lo que establecen los artículos 81, 82 y 83 del RACERF.

5.2.4 Las personas de nacionalidad extranjera que radican en territorio mexicano, podrán incorporarse al SSF, siempre y cuando su estancia en el país sea legal, acreditando dicha situación con las formas migratorias que para este fin sean expedidas por el Instituto Nacional de Migración.

5.2.5 Los grupos familiares pueden conformarse por:

- Las personas a que se refieren las fracciones III a IX del artículo 84 de la LSS.
- Los abuelos, nietos, hermanos, primos, hijos de los hermanos y hermanos de los padres del sujeto de aseguramiento

Lo anterior, sin considerar los requisitos de convivencia, dependencia económica y comprobación de estudios.

- Únicamente el titular, si carece de familia, y manifiesta bajo protesta de decir verdad dicha situación, a través de la “Solicitud de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia, con base en el artículo 97 del RACERF” (Anexo 4).

5.2.6 La comprobación del parentesco entre los integrantes del grupo familiar se efectuará mediante la revisión de los datos de las actas del Registro Civil que se presenten en cada caso (nacimiento, matrimonio, defunción, etc.).

5.2.7 En caso de concubinato, con el acta de nacimiento de por lo menos un hijo en común del titular con su concubina o concubinario. De no haber hijos en común, se requiere el documento que emita la autoridad competente.

5.2.8 Las personas incorporadas tendrán derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, constituidas por los siguientes servicios:

- Asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.



- En caso de maternidad, el IMSS otorgará a la asegurada durante el embarazo, alumbramiento y el puerperio, las prestaciones siguientes de conformidad con el artículo 94 de la LSS.

- I. Asistencia obstétrica;*
- II. Ayuda en especie por seis meses para lactancia; y*
- III. Una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico.*

5.2.9 El inicio de los servicios serán a partir del día primero del mes calendario siguiente al de la incorporación.

Tratándose de incorporaciones colectivas, la primera inscripción deberá efectuarse dentro de los treinta días naturales posteriores a la firma del convenio. Si dentro de este plazo no fueran recibidos por el Instituto los avisos de inscripción del número mínimo de sujetos de aseguramiento o fueran presentados extemporáneamente, el convenio no surtirá efecto legal alguno.

En ese caso, las inscripciones recibidas podrán ser tramitadas por el Instituto bajo los supuestos y términos que se señalan para la incorporación individual, con el consentimiento previo de los interesados.

5.2.10 El SSF se pagará en forma anual anticipada, según grupo de edad, conforme al estudio actuarial emitido por la Dirección de Finanzas conforme a las cuotas autorizadas por el H. Consejo Técnico del IMSS y difundidas por la Coordinación de Afiliación.

5.2.11 Cuando el solicitante del SSF que reside en el extranjero, no pueda acudir a México para tramitar su incorporación individual a dicho seguro, podrá autorizar a otra persona para que actúe en su nombre y representación, mediante carta poder simple en original o en imagen electrónica, en cualquier subdelegación.

5.3 De la documentación requerida para la incorporación.

5.3.1 El responsable del trámite deberá solicitar la siguiente información y documentación:

Datos del solicitante y de sus familiares a asegurar:

- Nombre(s) apellido paterno y materno.
- Número de Seguridad Social.
- Domicilio.
- Lugar y fecha de nacimiento (Entidad Federativa o País de nacimiento, día, mes y año).
- Sexo.
- Parentesco del solicitante con sus familiares a incorporar.



- Clave Única de Registro de Población (CURP).
- Teléfono, si cuenta con él.
- Firma o huella dactilar.

Documentos del solicitante y de sus familiares a asegurar:

- Identificación Oficial (para menores de edad es suficiente el acta de nacimiento), copia y original para su cotejo.
- Copia certificada de acta de nacimiento para su cotejo y copia simple del solicitante (para extranjeros es suficiente la presentación de su pasaporte vigente o FM2 o FM3 del Instituto Nacional de Migración).
- Clave Única de Registro de Población (CURP), copia.
- Comprobante de domicilio del solicitante y de cada familiar a incorporar, cuando éste sea diferente (tratándose de mexicanos que residan en el extranjero el comprobante que acredite que es residente en el extranjero), copia y original para su cotejo.
- Copia simple de la copia certificada del acta de matrimonio del solicitante, en su caso.
- Cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.
- Dos Fotografías recientes tamaño infantil.
- En su caso, escrito del solicitante mediante el cual se manifiesta que carece de familia, en original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.
- Comprobante(s) del pago de la cuota anual anticipada por el aseguramiento, copia.

Tratándose de mexicanos en el extranjero que decidan ser inscritos por algún representante, además:

- Carta poder simple que lo designe como representante.
- Identificación oficial, copia y original para su cotejo.

En el caso de incorporación en forma colectiva:

- Convenio vigente, copia.
- Identificación oficial del representante legal de la persona moral, original.
- AFIL-01 o Tarjeta de Identificación Patronal del Régimen Obligatorio, de la persona moral, original.
- La documentación establecida para la incorporación de por lo menos 50 personas de aseguramiento anteriormente listada.

El Instituto proporcionará adicionalmente los “formatos para la incorporación” relacionados a continuación, mismos que deberán ser llenados y firmados respectivamente:



- “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A” (Anexo 2) y
- “Cuestionario Médico para la incorporación en el Seguro de Salud para la Familia”, (Anexo 5).

5.4 De las restricciones médicas.

5.4.1 No se aplicarán los artículos 81, 82 y 83 del RACERF a las personas que soliciten su incorporación bajo las siguientes condiciones siempre y cuando hubieran estado bajo seguro ante el Instituto:

- Modalidades 10, 13, 14, 17, 30 y 32 Seguro de Salud para Estudiantes. Dentro de los 12 meses posteriores a la baja del solicitante, ya sea como asegurado o beneficiario legal registrado, y se hubieren estado bajo seguro 52 semanas ininterrumpidas previas a dicha baja.
- Modalidad 32 Facultativo. Dentro de los 45 días hábiles posteriores a la baja del solicitante ante la no renovación oportuna del Seguro Facultativo IMSS o CFE.
- Modalidad 33. Dentro de los 45 días hábiles posteriores a la baja del solicitante en el SSF, cuando venga de una de contratación Individual a Colectiva o viceversa.
- Modalidades 35, 36, 38, 42, 43 y 44 Dentro de los 12 meses posteriores a la baja del solicitante en el Régimen Obligatorio como asegurado o beneficiario legal registrado, siempre que cuente con 52 semanas de cotización previas a dicha baja interrumpidas.

5.4.2 Para el registro y control de los grupos familiares, así como para conocer el monto total a pagar por concepto de cuotas de acuerdo con los integrantes que los conforman y el rango de edad al que pertenece cada integrante, el responsable del trámite deberá elaborar la “Hoja de Control para el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 6).

Cuando la “Hoja de Control para el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 6) se elabore para los trabajadores mexicanos en el extranjero, el NRP corresponderá al convencional que tenga asignado la Subdelegación para estos casos.

5.4.3 Para el caso de la incorporación del SSFME, los documentos recibidos y generados por el Departamento de Afiliación y Vigencia, deberán ser remitidos a la División de Incorporación Voluntaria y Convenios para concluir su proceso vía SIME, mediante correo electrónico, el mismo día en que se realice el trámite y el pago.



5.4.4 El responsable del trámite resguardará la documentación generada por la incorporación al SSF en un expediente por grupo familiar asegurado.

- La identificación de dicha carpeta deberá realizarse conforme a la siguiente nomenclatura “MM-DD-SS-XXXX Nombre del titular del grupo familiar”

Dónde: **MM:** corresponde al mes de contratación en número (dos dígitos).

DD: corresponde al número de la Delegación (dos dígitos).

SS: corresponde al número de la Subdelegación (dos dígitos).

XXXX: corresponde al número consecutivo que se asigna a cada contratación (cuatro dígitos).

Nombre del titular del grupo familiar: iniciando por el primer apellido, segundo apellido y nombre(s).

Ejemplo: “06-1422-0001 Hernández Téllez Claudia”

5.4.5 Los expedientes que contienen los documentos de los grupos familiares asegurados que no renueven su aseguramiento en el SSF conforme a los periodos establecidos para tal fin, se conservarán en el archivo de la Subdelegación a cargo del responsable del trámite, por un periodo de dos años a partir del vencimiento, al término del cual serán enviados al archivo de concentración.

5.5 Del proceso de incorporación al SSF, a través de IMSS Digital:

El Jefe de Servicios de Afiliación y Vigencia, Jefe de Departamento de Afiliación y Vigencia y el Jefe de Oficina de Afiliación y el responsable del trámite, pondrá a disposición del interesado la información para el trámite a través el aplicativo IMSS Digital y su acceso es mediante la siguiente dirección electrónica: <https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/portal-ciudadano-web-externo/home> ó

<http://www.imss.gob.mx/tramites/imss02014>

5.5.1 El responsable del trámite, en su caso, orientará al interesado que sobre los datos a capturar de la información que solicite el sistema y seguir los pasos de acuerdo a las indicaciones.

Para ello debe contar con los siguientes datos:

- CURP
- Correo electrónico del titular del SSF.

5.6 De la atención médica.

5.6.1 Para recibir las prestaciones en especie del SSF, los asegurados entregarán en la UMF de adscripción, copia de los siguientes documentos:



- “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales Afil-05 A” (Anexo 2) y
- “Cuestionario Médico para la incorporación en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 5).
- “Hoja de Control para el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 6) del grupo familiar asegurado presentando:
 - Identificación oficial vigente
 - 2 fotografías tamaño infantil.

5.6.2 El titular del SSF y sus familiares asegurados que radican en el extranjero podrán:

- Solicitar la adscripción en la UMF que convenga a sus intereses, para el otorgamiento de los servicios médicos, con independencia del lugar donde se haya realizado la incorporación.
- Solicitar los servicios médicos en cualquier UMF del país, independientemente de la UMF de adscripción.

5.7 De la Inclusión.

5.7.1 La incorporación de familiares directos o adicionales a un grupo familiar asegurado, una vez iniciado el periodo de vigencia del SSF individual o colectivo.

5.7.2 Cuando se solicite una inclusión el importe a pagar corresponderá a la cuota anual completa, según el rango de edad en que se ubique el familiar a incluir y el inicio de servicios será a partir del día primero del mes calendario siguiente al de la incorporación.

5.8 De la asignación de NRP y NSS

5.8.1 Para el registro de los asegurados en las bases de datos institucionales, el responsable del trámite aplicará los NRP, correspondientes al “Formato del Número de Registro Patronal” (Anexo 7) que correspondan, de acuerdo con las siguientes indicaciones:

- Cuando la incorporación sea tramitada en forma individual, el NRP será el convencional existente en cada Subdelegación. El NRP corresponderá a la serie a aplicar 99993-33 para asegurados que no proceden del régimen obligatorio y 99994-33 si proceden del régimen obligatorio.
- Cuando la incorporación sea individual para los trabajadores mexicanos en el extranjero, se aplica el NRP conformado con la clave de la Subdelegación, cinco nueves, modalidad 33 y el dígito verificador. Trámite realizado en la División de Incorporación Voluntaria y Convenios, adscrita a la Coordinación de



Afiliación, vía SIME.

- Cuando la incorporación al SSF sea colectiva, se asignará el NRP ordinario que corresponda a la serie normada, registrado mediante el programa de captura RODEPCWEB con el apoyo de la División de Incorporación Voluntaria y Convenios, adscrita a la Coordinación de Afiliación y el personal del CDI.

5.8.2 Todos y cada uno de los asegurados en el SSF, en forma individual o colectiva, contarán con un NSS asignado por el IMSS. Dicho NSS se asignará o recuperará, llevando a cabo lo establecido en el Procedimiento para la asignación o localización de Número de Seguridad Social, clave 9210-03-201.

En este esquema de aseguramiento no existe el rol de beneficiarios, todos son asegurados.

5.9 De las Renovaciones.

5.9.1 Las renovaciones del SSF pueden ser oportunas o extemporáneas:

- Las oportunas deberán realizarse dentro de los 30 días naturales anteriores a la fecha de vencimiento de la anualidad contratada. El inicio de la vigencia será a partir del primer día del mes calendario siguiente al del pago de la renovación.
- Tratándose de renovaciones colectivas, el representante deberá, dentro de los primero cinco días hábiles del mes en que deba hacerse la renovación, manifestar por escrito su voluntad de continuar con el aseguramiento indicando quiénes serán los asegurados.
- Las renovaciones extemporáneas se realizarán dentro de los 45 días hábiles posteriores al vencimiento, cuando el asegurado hubiera adquirido alguna enfermedad durante el período de aseguramiento y requiera continuidad en su atención médica. La renovación surtirá efecto a partir del día siguiente al de la conclusión del aseguramiento anterior y aplicará para todas las personas que conforman el grupo familiar inicial.

De no realizar las renovaciones en los plazos anteriores, la subsecuente incorporación se considerará como inicial, para todos los efectos legales.

A las personas que el representante incorpore por primera vez al aseguramiento colectivo se les aplicarán las disposiciones de los artículos 81, 82 y 83 de este RACERF, salvo que dichas personas hubieren estado incorporadas en el Seguro de Salud para la Familia en forma individual o en el régimen obligatorio, siempre y cuando la incorporación la realicen dentro de los cuarenta y cinco días hábiles posteriores a la baja de alguno de estos regímenes.



En el caso, de la incorporación individual, no se aplicarán las disposiciones de los artículos 81, 82 y 83 del RACERF o en los casos en que las personas hubieran estado inscritas en el régimen obligatorio o incorporadas en el SSF en forma colectiva, siempre y cuando la incorporación la realice dentro de los cuarenta y cinco días hábiles posteriores a la baja de alguno de estos regímenes.

5.9.2 Las condiciones para la renovación extemporánea, serán:

- Que el solicitante o alguno de los integrantes del grupo familiar, manifieste mediante la “Solicitud de Renovación Extemporánea en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 8), padecer alguna enfermedad que requiera continuidad en su tratamiento.
- Que dicha enfermedad se hubiera adquirido durante el periodo de aseguramiento, entendiéndose por éste, el tiempo que la persona permaneció asegurada en el IMSS y no solamente durante el año inmediato anterior en que estuvo incorporada al SSF.
- Que la entrega de la “Solicitud de Renovación Extemporánea del Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 8), se realice dentro de los 45 días hábiles posteriores al vencimiento del aseguramiento anterior.

5.9.3 Para las renovaciones extemporáneas será indispensable la utilización del documento integrado en la “Solicitud de Renovación Extemporánea en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 8), debidamente llenada y firmada por el titular del SSF, en el cual autoriza al IMSS a la verificación de la información proporcionada en su solicitud.

5.9.4 El titular de la Subdelegación en las renovaciones extemporáneas solicitará el dictamen de la condición de salud del asegurado que renovó bajo los términos de la renovación extemporánea, cuando lo considere necesario. Dicho dictamen médico deberá ser expedido por la UMF de adscripción y/o por los hospitales a los que hubiera sido derivado para su atención, contener el tiempo de inicio, la evolución del padecimiento y la necesidad de continuar con el tratamiento.

5.9.5 Las renovaciones oportunas o extemporáneas del SSF para trabajadores mexicanos en el extranjero serán registradas en el SIME de manera temporal por el personal de la División de Incorporación Voluntaria y Convenios, hasta en tanto se libere el sistema que será operado por las Subdelegaciones. Lo anterior, con base en los documentos que le sean remitidos oportunamente, mediante correo electrónico, por los Departamentos de Afiliación Vigencia.

5.9.6 La documentos requeridos para las renovaciones oportunas son:



- Identificación oficial, original.
- Comprobante(s) del pago de la cuota anual anticipada por el aseguramiento, copia.
- En caso de cambiar de domicilio, comprobante de domicilio, copia.
- Carta Poder simple para los trabajadores mexicanos en el extranjero, cuando no puedan acudir a territorio nacional a efectuar el trámite.

Para la renovación colectiva, tanto en el ámbito nacional como para trabajadores mexicanos en el extranjero:

- Convenio vigente debidamente firmado en copia.
- Aviso del Registro Patronal o Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) de la persona moral en original.
- Identificación del representante legal de la persona moral.
- Adicionalmente, los documentos detallados para la renovación individual por cada uno de los asegurados a través del Convenio de que se trate (mínimo 50 personas).

5.9.7 Adicional a los documentos mencionados en el punto inmediato anterior, para el caso de las renovaciones extemporáneas se requerirá lo siguiente:

- Escrito mediante el cual se manifieste haber adquirido alguna enfermedad y requiera continuidad en la atención médica y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

5.10 De la Terminación Anticipada

5.10.1 El SSF solamente contemplará dos causales para la terminación anticipada del aseguramiento, sin responsabilidad para el IMSS:

- Cuando la persona permita o propicie el uso indebido del documento que comprueba su calidad como asegurado.
- Cuando se presente alguna de las enfermedades señaladas como preexistentes, dentro del primer año de vigencia del aseguramiento y no hubiera sido declarada en el “Cuestionario Médico para la incorporación en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 5).

En ambos supuestos se cobrará el costo total por los servicios otorgados a la persona que sin derecho haya recibido la atención médica. En caso de menores de edad o personas con discapacidad, será responsable solidario quien ejerza la patria potestad o la tutela.

5.10.2 En ningún caso de terminación anticipada del periodo de aseguramiento cubierto en el SSF, el IMSS hará devolución total o parcial del pago realizado:



Únicamente se llevará a cabo la devolución de la cuota pagada, cuando la muerte del asegurado ocurriera antes del inicio de la vigencia del periodo de aseguramiento. Esto se podrá certificar corroborando la fecha de la muerte del asegurado en el acta de defunción, misma que deberá presentarse en un período máximo de un año a partir del inicio de la vigencia.

5.11 Será responsabilidad del personal a cargo del trámite.

5.11.1 Asegurar que los interesados conozcan las características del esquema de aseguramiento, los requisitos, así como restricciones médicas, tiempos de espera, padecimientos y servicios no cubiertos, inicio de servicios, terminación anticipada, inclusiones, bajas, costos del aseguramiento según rangos de edad y de la no devolución de cuotas.

Vigilar el cumplimiento de la norma mediante la consulta en el SINDO que los integrantes del grupo familiar a asegurar no estén vigentes como asegurados en el régimen obligatorio del IMSS asimismo, verificar en los sistemas institucionales (SINDO, ACCEDER), las fechas de baja y los antecedentes afiliatorios de cada integrante del grupo familiar, con la finalidad de conocer el estatus previo y determinar si cumple con las condiciones para la aplicación o no del cuestionario médico, tiempos de espera y restricciones médicas. Lo anterior, ya sea como asegurado o beneficiario.

5.11.2 Indicar al representante legal de la persona moral, que para el trámite de incorporación colectiva se requiere la celebración de un convenio que integre cuando menos a 50 personas, quienes podrán ser los titulares con familiares directos o adicionales y aquellos que manifiesten que carecen de familia.

5.11.3 Comprobar que el representante legal entregue por cada integrante, la documentación completa señalada en la política 5.3.1 y que se realice el pago de las cuotas correspondientes, durante los 30 días naturales posteriores a la firma del convenio.

5.11.4 Verificar que por cada grupo familiar, el titular a incorporar, incluya a cuando menos un familiar directo o adicional, sin considerar requisitos de convivencia, dependencia económica y comprobación de estudios. En caso de que sea una sola persona a incorporar, ya sea en forma individual o colectiva, revisar que entregue debidamente firmada, su declaratoria bajo protesta de decir verdad, que carece de familia "Solicitud de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia, con base en el artículo 97 del RACERF" (Anexo 4).

5.11.5 El "Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A" (Anexo 2) de cada integrante del grupo familiar, deberá contener los siguientes datos:

- NRP
- NSS



- Importe a pagar por rango de edad, según la cuota anual establecida e informada por la Coordinación de Afiliación.
- UMF que corresponda por domicilio a cada integrante del grupo familiar en México o bien por la elección hecha por el asegurado que reside en el extranjero.
- Clave de tipo de aseguramiento, conforme a la tabla mostrada a continuación:

Tipo de incorporación	Asegurado	Familiar directo	Familiar adicional	Asegurado artículo 97 del RACERF.
Individual	1	3	5	7
Colectiva	2	4	6	8

5.11.6 Asegurar que las persona incorporadas estén registradas de manera oportuna y correcta en el SINDO, para que puedan recibir los servicios médicos.

5.11.7 Analizar y validar los reportes que se generan como productos de la actualización en la base de datos del SINDO (AFIL-32 y AFIL-14) a efecto de verificar que la información registrada corresponda a la contenida en los avisos elaborados por las mismas áreas de afiliación.

5.11.8 Revisar mensualmente el término de la vigencia de los SSF para formular y tramitar el formato “Aviso de Baja del Trabajador o Asegurado AFIL-04.” (Anexo 10).

5.11.9 Para la documentación presentada en idioma diferente al español, deberá revisar que los documentos presentados para la incorporación coincidan entre ellos en los datos de identificación fundamentales, como: nombre (s), apellido(s) fecha y lugar de nacimiento.

5.12 Será responsabilidad del Jefe del Departamento de Afiliación y Vigencia, para la renovación del SSF:

- Verificar que las renovaciones oportunas se realicen dentro de los treinta días naturales anteriores a la fecha de vencimiento de la anualidad contratada.
- Supervisar que, en su caso, se elabore en forma correcta y completa, el “Formato de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia para trabajadores mexicanos en el extranjero” (Anexo 9) y se envíe a la División de Incorporación Voluntaria y Convenios, el mismo día en que se realice el trámite, a través de correo electrónico.
- Verificar que exista un convenio vigente para las renovaciones colectivas.
- Informar por oficio o correo electrónico al representante legal de la



persona moral, el importe a pagar por la renovación de los asegurados, durante los 10 días hábiles contados a partir de la fecha en que reciba el escrito de solicitud para continuar con el aseguramiento colectivo.

- Verificar que cuando el aseguramiento no se renueve en los términos señalados en las políticas precedentes, se conserven los Expedientes de trabajo conforme lo establece este procedimiento.
- Verificar que cuando la solicitud para la renovación del SSF se presente fuera de los periodos establecidos para tal fin, se considere como inscripción inicial, para todos los efectos legales.

5.12.1 Supervisar que se lleve a cabo la actualización en SINDO del “Aviso de Baja del Trabajador o Asegurado AFIL-04.”(Anexo 10) para todos los aseguramientos, individuales y colectivos, que hayan concluido su vigencia.

5.12.2 Supervisar que el mismo día que se reciba la documentación para la incorporación del grupo familiar del trabajador mexicano en el extranjero, que ésta se envíe mediante correo electrónico a la División de Incorporación Voluntaria y Convenios, incluyendo el comprobante del pago.

5.12.3 Notificar mediante oficio al representante legal de la persona moral, que el convenio firmado no tendrá efecto legal alguno si dentro del plazo normado no fueron recibidos los documentos de cuando menos 50 sujetos de aseguramiento.

5.12.4 Comprobar que para dar por terminado anticipadamente el aseguramiento en el SSF, sin responsabilidad para el IMSS:

- Se cuente con el documento que informe del uso indebido del documento que comprueba la calidad del asegurado en el SSF.
- Se disponga del documento emitido por el área médica correspondiente, en el que se informe del diagnóstico que fundamenta la negativa de atención y justifica la baja del asegurado.

5.13 Será responsabilidad del titular de la Subdelegación:

5.13.1 Autorizar la renovación extemporánea en el SSF, dentro de los plazos que establece el RACERF, cuando se cumplan las condiciones establecidas en la política 5.9.1 de este procedimiento.



Responsable	Descripción de actividades
<p>6. Descripción de actividades</p> <p>Responsable del trámite</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Recibe al solicitante y de acuerdo con las particularidades de su grupo familiar, identifica la forma en que puede ser incorporado.2. Informa al solicitante acerca de los tipos de incorporación, es decir individual o colectiva, sus características, periodos y condiciones de aseguramiento, así como las restricciones, padecimientos no cubiertos y costos por persona, indicándole la documentación requerida para el trámite, de acuerdo a la política.3. Recibe la aceptación verbal del solicitante para iniciar el trámite de incorporación y verifica si la incorporación será individual o colectiva, ya sea en territorio nacional o para mexicanos en el extranjero. <p style="text-align: center;">La incorporación es colectiva</p> <ol style="list-style-type: none">4. Recibe por "Oficio" del representante legal, la relación de por lo menos 50 personas interesadas en incorporarse al seguro, junto con la "Documentación" que lo acredita para efectuar dicho trámite: Del representante legal:<ul style="list-style-type: none">• Identificación oficial• Documento que compruebe el carácter del representante legal• Registro Federal de Contribuyentes (RFC)• Clave Única de Registro de Población (CURP) De la persona moral:<ul style="list-style-type: none">• Registro Federal de Contribuyentes (RFC)• Comprobante del domicilio fiscal5. Elabora con los datos de la "Documentación" recibida, el "Convenio tipo para la incorporación colectiva en el Seguro de Salud para la Familia" (Anexo 3), en dos tantos y lo envía al representante legal de la persona moral para su firma.



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del trámite Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia Responsable del trámite	<p>6. Recibe del representante legal de la persona moral el “Convenio tipo para la incorporación colectiva en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 3) debidamente firmado, elabora “Oficio de envío” y recaba en él la firma del Titular de la Subdelegación.</p> <p>7. Remite “Convenio tipo para la incorporación colectiva en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 3) al Departamento de Supervisión de Afiliación Vigencia para su revisión y firma del Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.</p> <p>8. Recibe “Convenio tipo para la incorporación colectiva en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 3), lo revisa, recaba firma del Delegado y lo devuelve al Departamento de Afiliación Vigencia.</p> <p>9. Recibe “Convenio tipo para la incorporación colectiva en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 3) y entrega al representante legal un tanto del mismo, recaba su firma de recibido y archiva el tanto del IMSS en el “Expediente”.</p> <p>Continúa en la actividad 10 de este procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">La incorporación es de forma individual</p> <p>10. Informa al representante legal de la persona moral, que deberá presentarle la documentación señalada en la política 5.3.1 de este procedimiento, correspondiente a las personas a incorporar y entrega los “Formatos para la incorporación”.</p> <p>11. Recibe por cada integrante del grupo familiar a asegurar, la “Documentación” y los “Formatos. para la incorporación”, firmados y con los datos completos, que le entrega el representante legal de la persona moral o el solicitante.</p> <p>12. Consulta al representante legal si cuentan con los NSS de las personas a incorporar.</p> <p style="text-align: center;">Sí cuenta con NSS</p> <p>13. Recupera el NSS de los integrantes del grupo familiar, que cuenten con él, conforme a lo establecido en el “Procedimiento para la asignación o localización de Número de Seguridad Social”, clave 9210-03-201.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del trámite	<p>14. Revisa en SINDO si las personas están aseguradas o si provienen de algún aseguramiento previo, identificando para ambas situaciones, quiénes son, cuáles son sus antecedentes y, en su caso, las fechas que determinen la aplicación o no de las restricciones médicas y de la aplicación de los “Cuestionario Médico para la incorporación en el Seguro de Salud para la Familia”, (Anexo 5).</p> <p>Continúa en la actividad 16 de este procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">No cuenta con NSS</p> <p>15. Asigna el NSS de los integrantes del grupo familiar, que no cuenten con él, conforme a lo establecido en el Procedimiento para la asignación o localización de Número de Seguridad Social, clave 9210-03-201.</p> <p>16. Informa al interesado acerca de la aplicación de “Cuestionario Médico para la incorporación en el Seguro de Salud para la Familia”, (Anexo 5) y tiempos de espera, cuando así se determine por antecedentes como beneficiario legal y verifica si existen restricciones.</p> <p style="text-align: center;">Si le aplican restricciones</p> <p>17. Entrega al representante legal o al solicitante, por cada integrante del grupo familiar a incorporar, el “Cuestionario Médico para la Incorporación en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 5), en original y dos copias.</p> <p>18. Asesora al representante legal o al solicitante para el llenado del “Cuestionario Médico para la Incorporación en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 5).</p> <p>19. Recibe del representante legal o solicitante el “Cuestionario Médico para la Incorporación en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 5) en original y dos copias y analiza si manifiesta en dicho cuestionario, tener alguna enfermedad preexistente.</p> <p>20. Informa al representante legal o al solicitante de la persona de que se trate, que no puede ser sujeto de incorporación al SSF.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del trámite	<p>21. Regresa al representante legal o al solicitante, la “Documentación” de las personas que no pueden ser incorporadas al SSF, conforme al artículo 82 del RACERF.</p> <p>NOTA: En caso de manifestar no contar con alguna enfermedad preexistente continua con la actividad 24.</p> <p>Termina procesos para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">No le aplican restricciones</p> <p>22. Informa al solicitante que no se requiere el llenado de “Cuestionario Médico para la Incorporación en el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 5).</p> <p>23. Asigna NRP, que corresponda de acuerdo con el “Formato del Número de Registro Patronal” (Anexo 7) ya sea el que aplica para persona moral o el NRP de la Subdelegación que corresponda al grupo familiar.</p> <p>24. Asigna o recupera el NSS de cada integrante del grupo familiar, conforme a lo establecido en el “Procedimiento para la asignación o localización de Número de Seguridad Social”, clave 9210-03-201.</p> <p>25. Procede al llenado del “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A” (Anexo 2), con los datos del NRP que corresponda y del solicitante.</p> <p>26. Aplica sello del reloj fechador en los originales y las copias del “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A” (Anexo 2) y adhiere una fotografía en el original de cada “Cuestionario Médico para la Incorporación al Seguro de Salud para la Familia (Anexo 5)”.</p> <p>27. Registra la leyenda “Sin restricciones” o bien “Con restricciones y tiempos de espera”, en todos los tantos de cada “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A” (Anexo 2), según corresponda a cada integrante del grupo y recaba en ellos, la firma de autorización del Jefe del Departamento de Afiliación Vigencia</p> <p>NOTA: En el caso del que apliquen las disposiciones de los artículos 81, 82 y 83, del RACERF, se deberá imponer la leyenda “Sin Restricciones” o bien “Con Restricciones y Tiempos de Espera”, en todos los tantos de los avisos de incorporación, según corresponda.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del trámite	<p>NOTA 1: Las leyendas se deben aplicar de conformidad con el artículo 85 del RACERF y el 83 del mismo ordenamiento para los tiempos de espera.</p> <p>28. Elabora la “Hoja de Control para el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 6) en original y tres copias, tomando los datos de los “Formatos para la incorporación” y de SINDO recaba la firma del Jefe del Departamento de Afiliación Vigencia y conserva una copia.</p> <p>29. Entrega al representante legal o al solicitante, la “Hoja de Control para el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 6) del grupo familiar asegurado en original y copia y le indica que pase a la Oficina de Emisiones y Pago Oportuno, para que entregue el original del formato de pago con los que hará el pago en la institución bancaria que se indique. En caso de incorporaciones colectivas, las órdenes de pago deberán ser generadas por grupo familiar.</p> <p>30. Recibe del representante legal o del solicitante, copia del comprobante de pago sellado por la institución bancaria y comprueba en su copia de la “Hoja de Control para el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 6), que se haya pagado el importe señalado en ella.</p> <p>31. Regresa al representante legal o al titular del seguro, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Originales de la documentación entregada (política 5.3.1).• Primera copia de los “formatos para la incorporación”. <p>32. Informa al representante legal o al titular del SSF lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Período de vigencia del seguro, periodo para su renovación y fecha de inicio de los servicios médicos.• Número y ubicación física de la UMF a la que fueron adscritos los integrantes del grupo familiar.• Los documentos que se deben presentar en la UMF y que deben acudir a ésta para efectos de su registro, así como para asignación de consultorio y turno de consulta. <p>33. Abre expediente por grupo familiar y/o persona moral y archiva los originales del “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A” (Anexo 2), la segunda copia de los cuestionarios médicos, así como la copia de la documentación (política 5.3.1), de la “Hoja de Control para el Seguro de Salud para la Familia” (Anexo 6) y de los comprobantes de pago.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del trámite	<p>34. Envía al área de captura Delegacional (CDI) con la guía 372, los originales del “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A” (Anexo 2), para su proceso.</p> <p>35. Recibe del área de captura Delegacional los originales del “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A” (Anexo 2).</p> <p>36. Recibe, al día siguiente del proceso del Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia, los reportes derivados de la actualización del SINDO y verifica si existen errores:</p> <ul style="list-style-type: none">• AFIL-32 Cifras de Control de Movimientos de Asegurados por guía”.• AFIL-14 Errores de movimientos de asegurados por guía y por subdelegación”. <p style="text-align: center;">Sí existen errores</p> <p>37. Corrige los datos con error en el “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A” (Anexo 2) y envía al área de captura Delegacional con la guía 372, para su proceso.</p> <p>38. Recibe del área de captura Delegacional los originales del “Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales AFIL-05 A” (Anexo 2) enviados para corrección.</p> <p>39. Recibe al día siguiente del envío de la corrección al proceso, del Departamento de Supervisión de Afiliación Vigencia, los siguientes reportes, derivados de la actualización del SINDO:</p> <ul style="list-style-type: none">• “AFIL-24 Movimientos operados de Asegurados por corrección”.• “AFIL-67 Relación de Asegurados por Registro Patronal y Cifras Control”. <p>40. Revisa mensualmente, la fecha de término de los seguros, elabora para los concluidos el “Aviso de Baja del Trabajador o Asegurado AFIL-04.” (Anexo 10) y lo envía al área de captura Delegacional para su proceso en SINDO.</p> <p>41. Recibe del Departamento de Supervisión de Afiliación y Vigencia, los originales de los “Avisos de Baja del Trabajador o Asegurado AFIL-04” (Anexo 10) y el reporte del SINDO:</p>



Responsable	Descripción de actividades
Responsable del trámite	<ul style="list-style-type: none">• “AFIL-67 Relación de Asegurados por Registro Patronal y Cifras Control. <p>Continúa en la actividad 42 de este procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">No existen errores</p> <p>42. Localiza el “Expediente del grupo familiar”, archiva reportes del SINDO.</p> <p>43. Mantiene en resguardo el expediente del grupo familiar.</p> <p style="text-align: center;">Renovación Oportuna</p> <p>44. Recibe al representante legal o titular del seguro para iniciar el trámite, le solicita su “Identificación oficial” vigente y le requiere le indique su NRP (sólo para la persona moral) así como el NSS de las personas que integran los grupos familiares para las cuales solicita la renovación.</p> <p>45. Revisa en SINDO que se encuentre dentro de los treinta días naturales anteriores a la fecha del vencimiento del aseguramiento de las personas que integran el grupo familiar.</p> <p>46. Informa al titular del seguro o al representante legal, el monto a pagar por el o los grupos familiares asegurados.</p> <p>NOTA 1: En caso que la inscripción inicial fue en ventanilla y no hay cambios en la información presentada continúa en la actividad 25.</p> <p>NOTA 2: Si la inscripción inicial fue en IMSS Digital continúa en la actividad 10.</p> <p>47. Integra en caso de haber nuevos integrantes del grupo familiar asegurado o cambio de domicilio de alguno de ellos, lleva a cabo a partir de lo establecido en la actividad 10 del presente procedimiento, con la finalidad de integrarlo (s) al grupo familiar de que se trate, aplicando las restricciones, tiempos de espera y formatos que apliquen para cada caso.</p> <p style="text-align: center;">Para mexicanos en el extranjero</p>



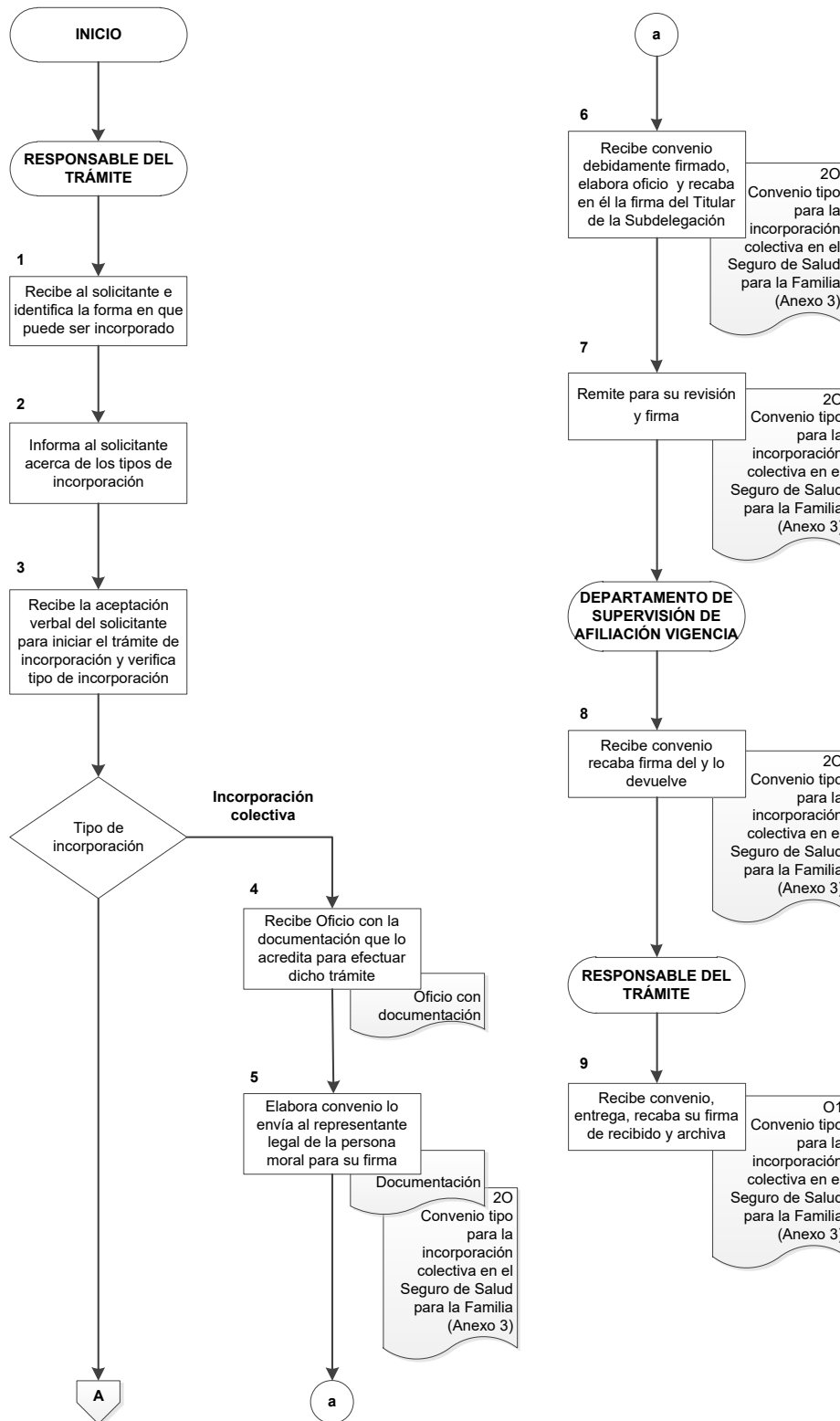
Responsable	Descripción de actividades
Coordinación de Afiliación/Personal de la División de Incorporación Voluntaria y Convenios	<p>48. Elabora el “Formato de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia para trabajadores mexicanos en el extranjero” (Anexo 9) y recaba en el mismo la firma del Jefe del Departamento de Afiliación y Vigencia.</p> <p>49. Remite a la División de Incorporación Voluntaria y Convenios mediante correo y archivos electrónicos, el mismo día del trámite y pago del seguro:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Formato de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia para trabajadores mexicanos en el extranjero”. (Anexo 10)• Comprobante de pago sellado por la Institución Bancaria• En su caso, carta poder simple <p>50. Recibe correo electrónico, verifica datos documentos y posibles cambios en cada grupo familiar, coteja con “Expediente del grupo familiar”:</p> <p>51. Captura en SIME los datos de los archivos adjuntos al mismo, trasmite movimientos vía IDSE y al día siguiente verifica en SINDO que los datos estén correctos.</p> <p>52. Conserva los siguientes archivos en el “Expediente del grupo familiar”:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recordatorio para la renovación oportuna y formato de bajas y/o cambios.• Correo electrónico con archivos enviados.• “Formato de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia para trabajadores mexicanos en el extranjero” (Anexo 9). <p>53. Informa por correo electrónico al personal responsable del trámite, que el grupo familiar está registrado en SINDO.</p> <p>54. Recibe correo electrónico, lo archiva en el “Expediente del grupo familiar”.</p>
Responsable del trámite	<p style="text-align: center;">Renovación Extemporánea</p> <p>55. Recibe al titular o representante legal, le solicita su identificación oficial vigente y le requiere su NRP y el NSS de las personas a quienes se renovará extemporáneamente el aseguramiento.</p>

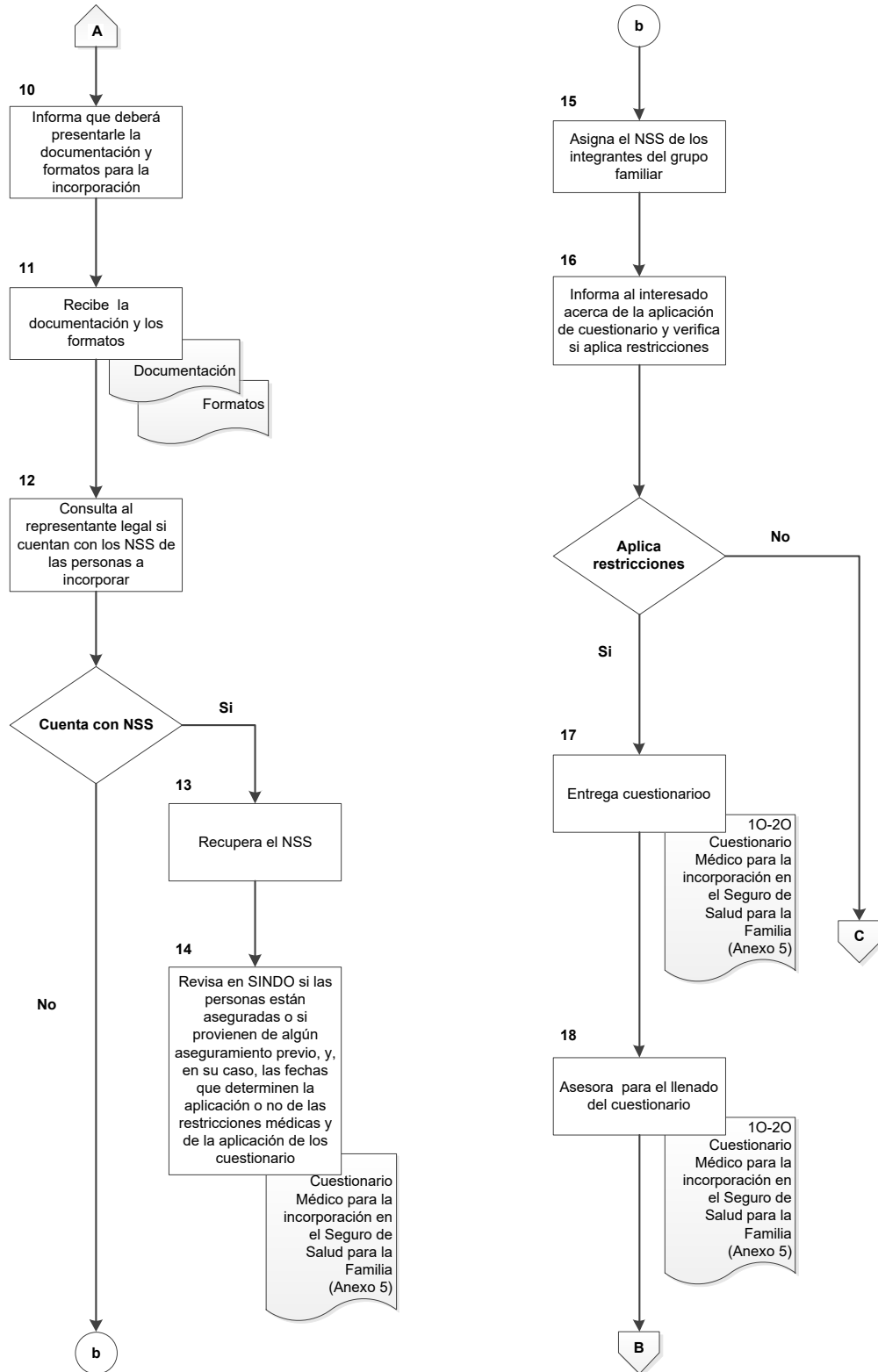


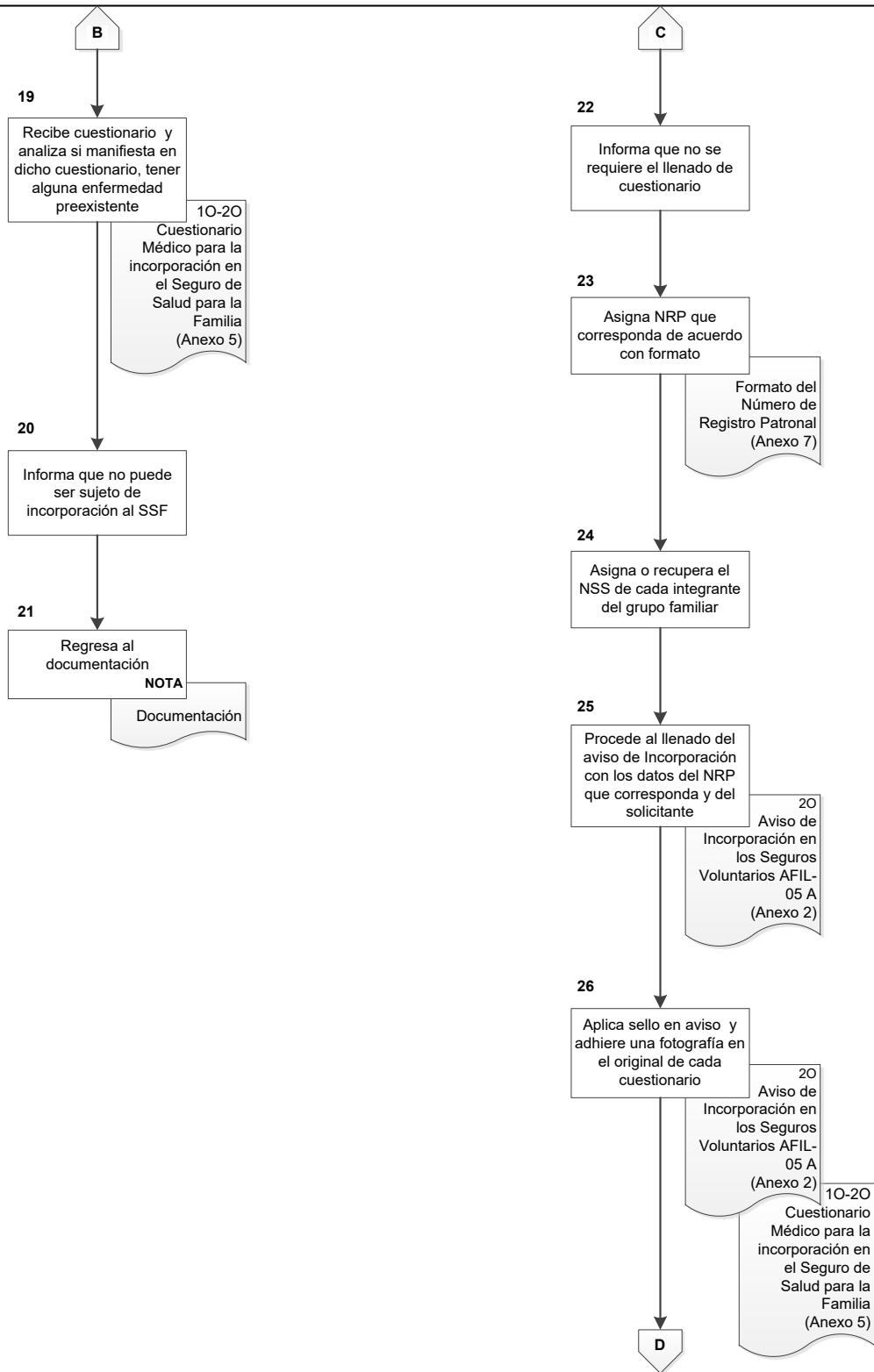
Responsable	Descripción de actividades
Responsable del trámite	<p>56. Revisa en SINDO que se encuentre dentro de los cuarenta y cinco días hábiles posteriores al vencimiento, cuando el asegurado hubiera adquirido alguna enfermedad durante el periodo del aseguramiento, y requiera continuidad en su atención médica.</p> <p style="text-align: center;">No cumple con el requisito</p> <p>57. Informa al titular o representante legal que no procede la renovación Termina proceso para esta opción.</p> <p style="text-align: center;">Si cumple con el requisito</p> <p>58. Solicita al Subdelegado la autorización de la renovación del aseguramiento, presentada dentro del plazo.</p> <p>NOTA 1: En caso que la inscripción inicial fue en ventanilla y no hay cambios en la información presentada continúa en la actividad 25.</p> <p>NOTA 2: Si la inscripción inicial fue en IMSS Digital continúa en la actividad 10.</p> <p>59. Integra en el “Expediente del grupo familiar” en caso de haber nuevos integrantes del grupo familiar asegurado (inclusión) o cambio de domicilio de alguno de ellos, lleva a cabo a partir de lo establecido en la actividad 10 del presente procedimiento, con la finalidad de integrarlo (s) al grupo familiar de que se trate, aplicando las restricciones, tiempos de espera y formatos que apliquen para cada caso.</p> <p>60. Mantiene en resguardo en el “Expediente del grupo familiar”.</p> <p style="text-align: center;">Fin del procedimiento</p>

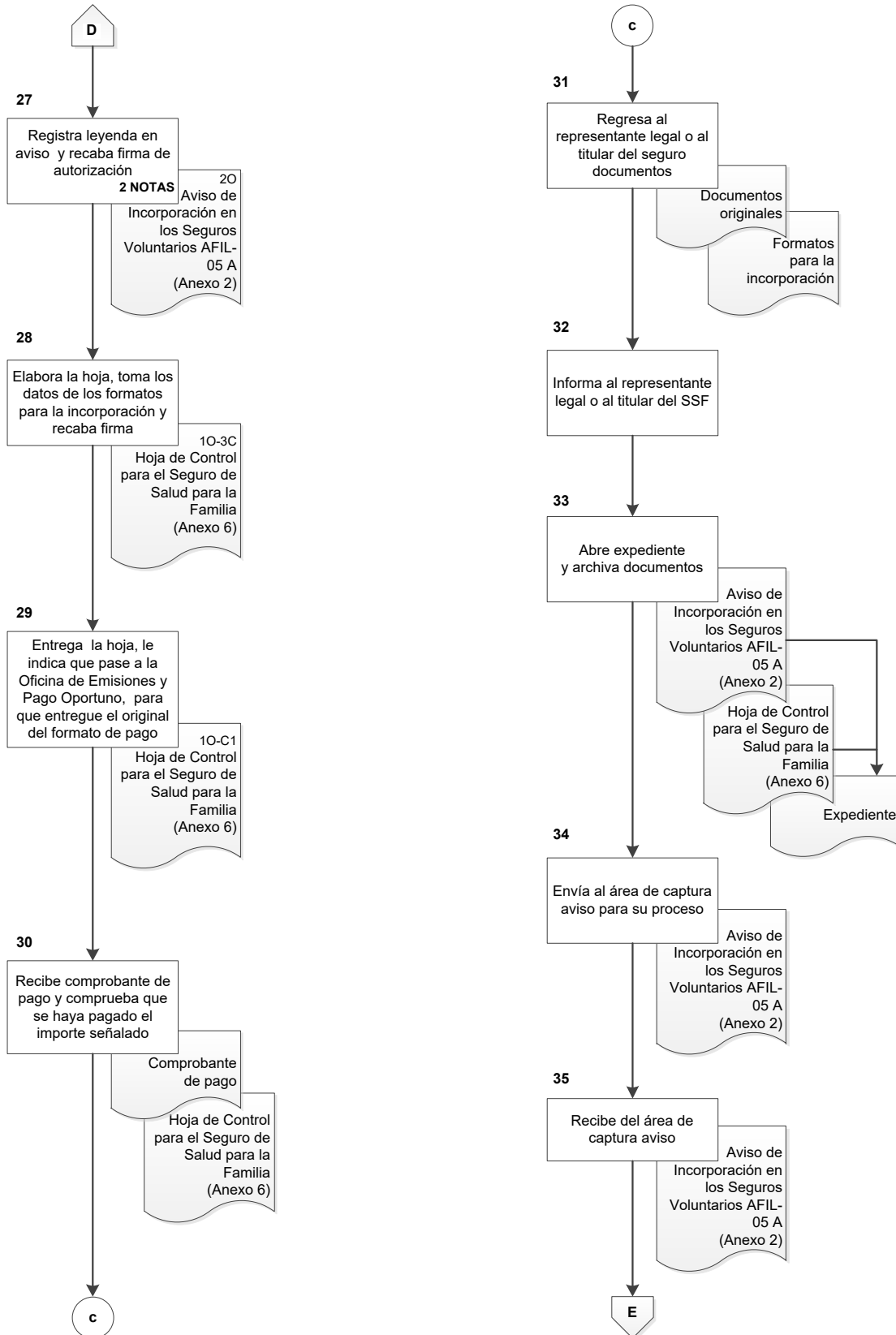


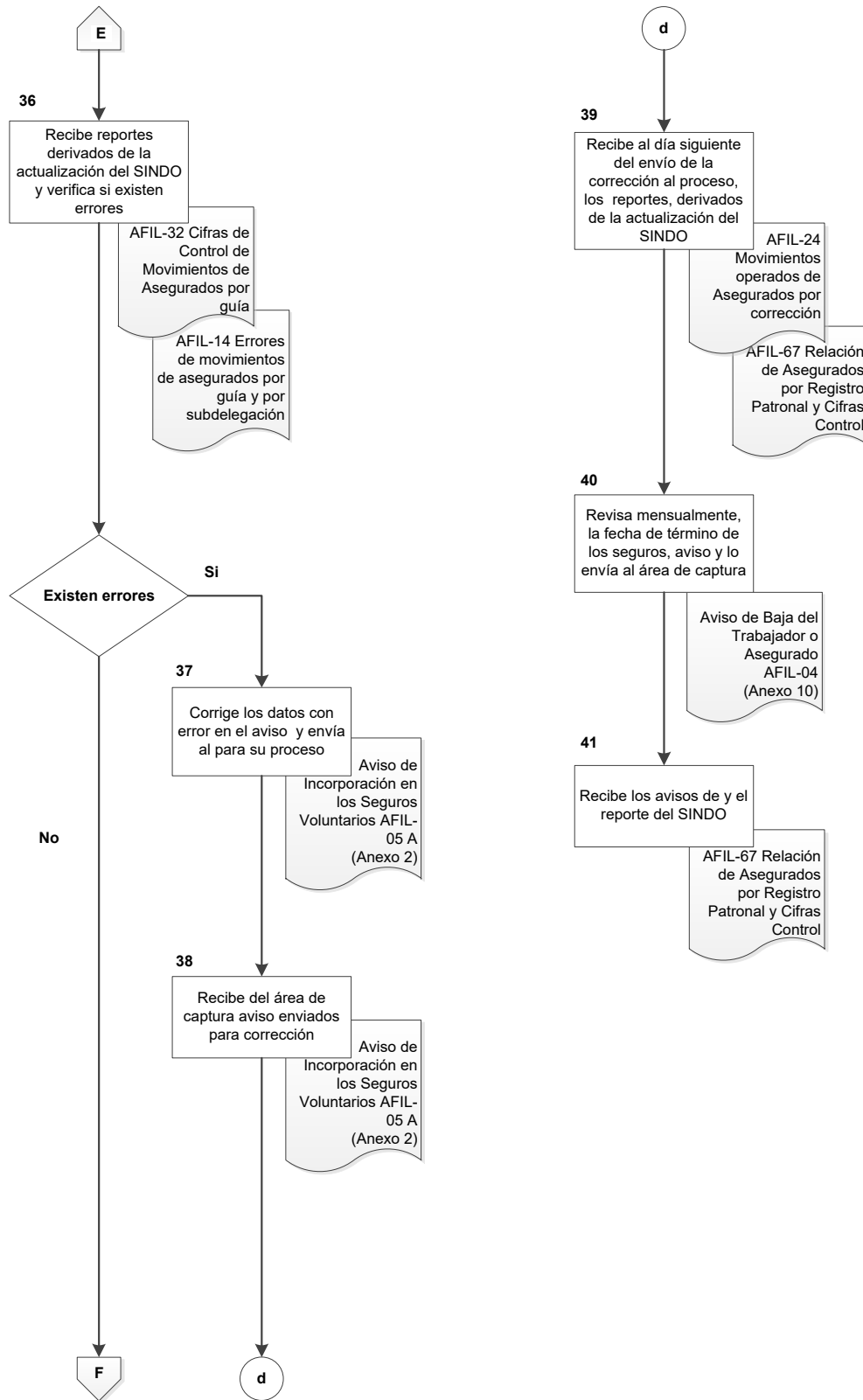
7. Diagrama de flujo

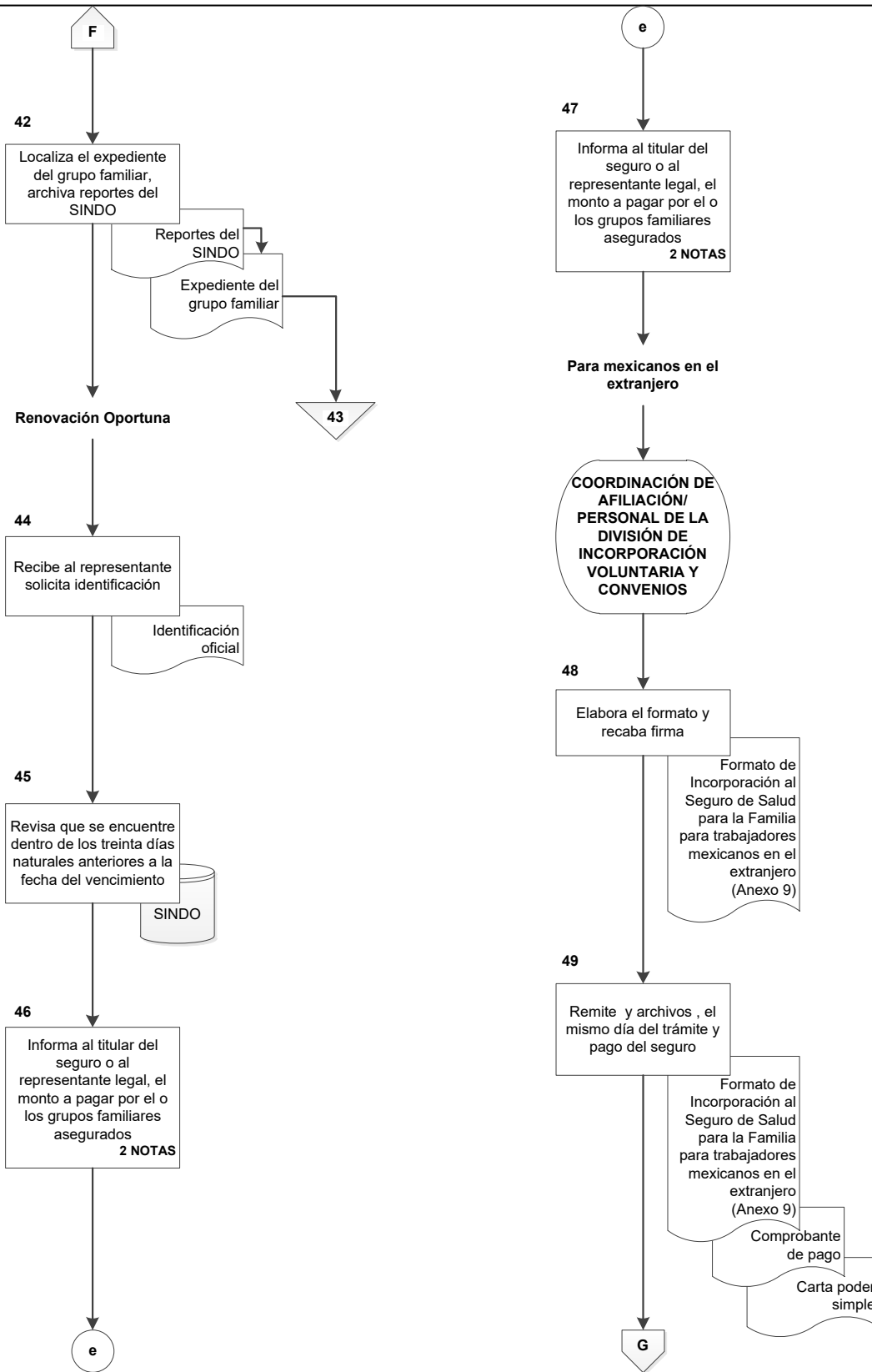


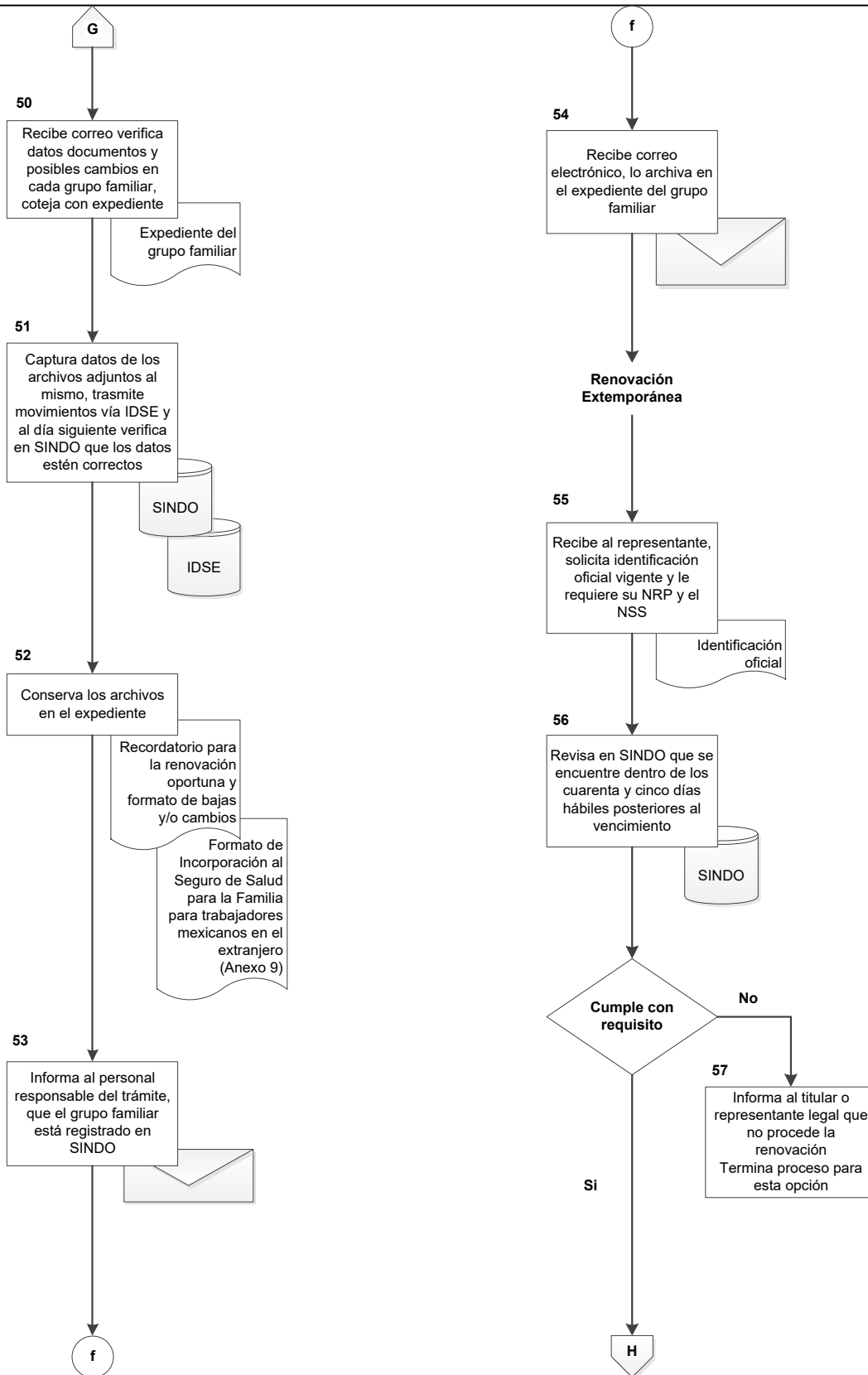


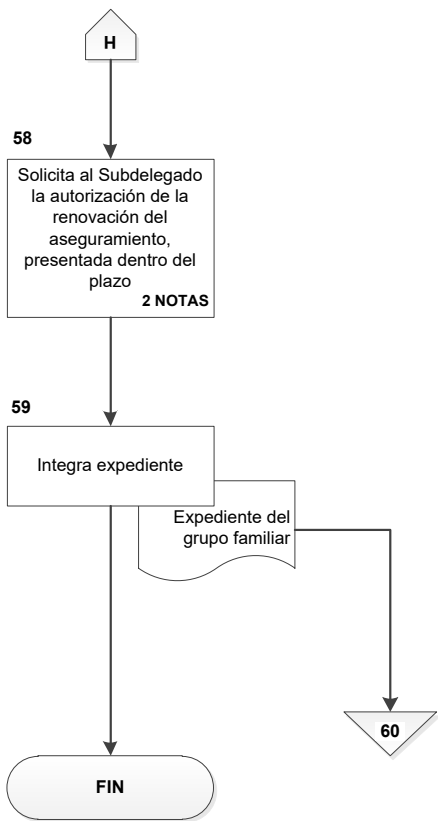














ANEXO 1

Oficio Circular 0952179000/UFC/USE/UISS/23 del 28 de septiembre 2018



Ciudad de México, a 28 de septiembre de 2018.
Oficio Circular 09 52 17 9000/UFC/USE/UISS **23**

**CC. Delegados Estatales, Regionales
y del Distrito Federal**

La Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), por conducto de la Unidad de Fiscalización y Cobranza y de la Unidad de Servicios Estratégicos, emitió el 26 de noviembre de 2014, el Oficio Circular número 0952179000/UFC/USE/38, mediante el cual se establecieron las estrategias, lineamientos y actividades a seguir, para el registro, seguimiento y atención de las consultas formulados por las Delegaciones y Subdelegaciones, en materia de fiscalización, recaudación, corrección y dictamen, liberándose para tal efecto, la herramienta informática denominada Administrador de Consultas "AdCon", la cual permite tener un mayor control de las consultas, desde su inicio hasta su desahogo, minimizando los tiempos de respuesta.

Ahora bien, en virtud de la transversalidad de los procesos de Fiscalización y de Incorporación, se incluye en la herramienta informática "AdCon", a la Unidad de Incorporación al Seguro Social y a sus Coordinaciones, motivo por el cual por medio del presente, se emiten los lineamientos, para su estricta observancia y debido cumplimiento, en los términos que se indican a continuación:

1. Marco Jurídico

Artículos 71, 72, 73, 144 y 150 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; numerales 8.2.1, párrafo 42; 8.2.2, párrafo 39; 8.3.1, párrafo 24; 8.3.2, párrafo 19; 8.3.3, párrafo 16 y 8.4.2, párrafo 25, del Manual de Organización de la Dirección de Incorporación y Recaudación, validado y registrado por la Dirección de Administración el 14 de marzo de 2018.

2. Objetivo

Establecer lineamientos y actividades a seguir para el registro, seguimiento y atención de las consultas que formulen las Delegaciones y Subdelegaciones, en materia de fiscalización, recaudación, corrección, dictamen, afiliación, clasificación de empresas, prima del seguro de riesgos de trabajo y vigencia de derechos, a través de la herramienta informática implementada para tal efecto, denominada Administrador de Consultas "AdCon", misma que permitirá tener un mayor control de los requerimientos de dichas consultas, desde su inicio hasta su desahogo, minimizando los tiempos de respuesta.

3. Ámbito de aplicación

Los presentes lineamientos y actividades son de observancia general y obligatoria para el personal de la Unidad de Fiscalización y Cobranza, la Unidad de Servicios Estratégicos, la Unidad de Incorporación al Seguro Social, así como para el personal de las Delegaciones Estatales, Regionales y del Distrito Federal, y de las Subdelegaciones adscritas a éstas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

4. Requisitos para la formulación de consultas

- 4.1 Toda consulta deberá formularse a través de la herramienta informática "AdCon", misma que se encuentra en el vínculo <http://11.254.30.31/adcon/admin/>.
- 4.2 Únicamente procederá solicitar la opinión de las áreas en los casos en que el asunto no pueda ser resuelto en el ámbito delegacional, incluso con el apoyo del Jefe de Servicios Jurídicos, o por la importancia y trascendencia del asunto en términos del impacto financiero, imagen institucional o presunción de conductas indebidas.
- 4.3 Estar planteadas sobre situaciones reales y concretas, y no sobre situaciones hipotéticas.
- 4.4 Narrar sucintamente los antecedentes y circunstancias necesarias para que se pueda emitir un pronunciamiento concreto.



- 4.5 Citar con precisión el artículo, párrafo, apartado, fracción, inciso, subinciso o parte conducente de la disposición legal, reglamentaria, administrativa o técnica que se considere poco clara o precisa, y que motiva la consulta.
- 4.6 Proporcionar el nombre del patrón o patrones relacionado(s) con la consulta y el número de registro patronal, y en su caso el método y folio de la revisión.
- 4.7 Proporcionar, tratándose de derechohabientes, nombre completo, número de seguridad social y, en su caso, CURP o lugar y fecha de nacimiento.
- 4.8 Adjuntar a la consulta la opinión acordada en el ámbito delegacional respecto de la posible solución de la problemática materia de la consulta.
- 4.9 Estar formuladas por el Titular de la Delegación, de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza, de la Subdelegación, del Departamento de Auditoría a Patrones, del Departamento de Cobranza, de la Oficina para Cobros o Departamento de Afiliación Vigencia, y ser enviada a través de la herramienta informática "AdCon" a la Coordinación Normativa que corresponda su atención, por conducto del Titular del Departamento de Supervisión de Auditoría a Patrones, del Titular del Departamento de Supervisión de Cobranza o del Titular del Departamento de Supervisión de Afiliación Vigencia, en el ámbito de sus respectivas competencias.
- 4.10 Además de los requisitos señalados, deberán proporcionarse los datos referidos en el manual de usuario de la herramienta informática "Adcon".

5. Reglas Generales

- 5.1 Las consultas deberán ser enviadas a la Coordinación Normativa competente, a través de la herramienta informática "AdCon", con la debida anticipación, cuidando en todo momento los plazos legales y normativos establecidos para continuar o concluir los actos, o trámites de que se trate, así como considerando los plazos establecidos para dar respuesta a las consultas.
- 5.2 Toda consulta deberá enviarse al Titular de la Jefatura del Departamento de Supervisión de Auditoría a Patrones, al Titular de la Jefatura del Departamento de Supervisión de Cobranza o al Titular de la Jefatura del Departamento de Supervisión de Afiliación Vigencia, en el ámbito de sus respectivas competencias, quien dentro de los 3 días hábiles siguientes a su recepción, la remitirá a la Coordinación Normativa competente, a través de la herramienta informática "AdCon", para su atención.
- 5.3 La atención de las consultas relacionadas con los patrones y sujetos obligados competencia de la Unidad de Servicios Estratégicos, se realizará por conducto de la Coordinación de Asistencia Legal, salvo que la consulta verse sobre temas relacionados con cobranza, la correcta clasificación del patrón o la determinación de la prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en cuyo caso será a través de la Coordinación de Cobranza, la Coordinación de Clasificación de Empresas y Vigencia de Derechos y la Coordinación de Afiliación, según corresponda.
- 5.4 Una vez enviada la consulta por el Titular de la Jefatura del Departamento de Supervisión de Auditoría a Patrones, el Titular de la Jefatura del Departamento de Supervisión de Cobranza o el Titular de la Jefatura del Departamento de Supervisión de Afiliación Vigencia, según sea el caso, a través de la herramienta "AdCon", se da inicio al plazo establecido para las Coordinaciones Normativas para dar respuesta a la misma, el cual se computará de la siguiente manera:
 - a) 5 días hábiles para validar que la consulta cumpla con todos los requisitos señalados; si derivado del análisis de la misma se requieren datos adicionales para que pueda ser atendida, la Coordinación Normativa competente los podrá solicitar en dicho plazo a través de correo electrónico institucional, realizado el requerimiento se suspenderá la consulta hasta en tanto el

[Handwritten marks and signatures]

[Handwritten marks and signatures]



mismo sea contestado, visualizándose en la herramienta como "suspendida" y una vez que se cuente con la respuesta, se reanudará el plazo para su atención. En caso que dicho requerimiento no sea contestado en el plazo de 5 días hábiles, la consulta se tendrá por atendida, sin perjuicio que la misma puede ser realizada de nueva cuenta, cumpliendo con los requisitos del numeral 4 del presente documento.

- b) Una vez que la consulta cumpla con todos los requisitos para la formulación de consultas, las Coordinaciones de Fiscalización, Cobranza, Corrección y Dictamen, Asistencia Legal, Afiliación o Clasificación de Empresas y Vigencia de Derechos, según sea el caso, deberán dar respuesta a dicha consulta en un plazo máximo de 15 días hábiles, a partir de que se reciba la misma.
- c) Cuando derivado del análisis a la consulta formulada, la Coordinación Normativa competente determine que para la atención de dicha consulta se requiere la opinión o criterio de otra área normativa, o llevar a cabo otras acciones necesarias para su debida atención, el plazo de 15 días hábiles con que se cuenta para dar respuesta se suspenderá hasta en tanto el área a la que se le consultó atienda la misma, visualizándose en la herramienta como "suspendida" y una vez que se cuente con la respuesta del área competente, se reanudará dicho plazo.

5.5 Durante todo el proceso de desahogo de la consulta, los usuarios de nivel delegacional y subdelegacional podrán verificar el estado que guardan las mismas, visualizándose en dicha herramienta si se trata de una consulta nueva, si se encuentra en proceso de atención, suspendida o atendida.

Los presentes lineamientos entrarán en vigor a partir del lunes 1 de octubre de 2018, por lo anterior se deja sin efectos el citado Oficio Circular número 0952179000/UFC/USE/38, de fecha 26 de noviembre de 2014.

Por último, se les solicita atentamente que por su conducto se instruya a los Subdelegados, a efecto de que dispongan lo necesario para verificar la estricta observancia y debido cumplimiento del presente, por parte de los Departamentos de Auditoría a Patrones, Cobranza y Afiliación Vigencia.

Sin otro particular, hacemos propicia la ocasión para enviarles un cordial saludo.

Atentamente,

Luis Gerardo Magaña Zaga
Titular de la Unidad de Fiscalización y Cobranza

Jaime Valadez Aldana
Titular de la Unidad de Servicios Estratégicos

Miguel Ángel Aquino Martínez
Titular de la Unidad de Incorporación al Seguro Social

Copias.

- José Arturo Lozano Enríquez.- Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación. Presente.
- Francisco Ernesto Padilla Camacho.- Titular de la Coordinación de Fiscalización. Presente.
- Aurora Isabel Pérez Gómez.- Titular de la Coordinación de Cobranza. Presente.
- Maricela Lecuona González.- Titular de la Coordinación de Corrección y Dictamen. Presente.
- Fernando Ernesto Guerrero Juárez.- Titular de la Coordinación de Asistencia Legal. Presente.
- Adriana Alejandra Pedrosa Márquez.- Titular de la Coordinación de Afiliación. Presente.
- Francisco Javier Valázquez Angulo.- Titular de la Coordinación de Clasificación de Empresas y Vigencia de Derechos. Presente.
- Titulares de las Jefaturas de Servicios de Afiliación y Cobranza. Presentes.

FEPC / AIPG / MLG / FJVA / AAPM / FEGJ



ANEXO 2

**Aviso de Incorporación en los Seguros Especiales
AFIL-05 A**



AFIL - 05 A

SERVICIOS DE AFILIACION Y VIGENCIA DE DERECHOS

AVISO DE INCORPORACION
EN LOS SEGUROS VOLUNTARIOS

CLAVE DE ARGUMENTO 1		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 3	
NUMERO DE REGISTRO PATRONAL 2 Y60 99994 33 4 10 DIGITOS DIG. VER.		CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION 4	
U.M.F. 5			SEXO MASCULINO FEMENINO 6
DOMICILIO DEL ASEGURADO 8			
CALLE Y/O MANZANA NUMERO COLONIA Y/O POBLACION			EXCLUSIVO DEL IMSS FECHA Y HORA DE RECEPCION DE ESTE AVISO EN EL IMSS 20
MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA CODIGO POSTAL			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD: 9	DIA 11	MES AÑO
NOMBRE (AUN FINADO) DEL PADRE DE LA MADRE	TIPO DE ASEGURADO TIPO DE PAGO	MOD. 33 SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA RANGO DE EDADES 0 A 19 <input type="checkbox"/> 20 A 39 <input type="checkbox"/> 40 A 59 <input type="checkbox"/> 60 O MAS <input type="checkbox"/>	
PERIODO DE ASEGURAMIENTO INICIO TERMINO 01 02 2011 31 01 2012		PERIODO PARA RENOVACION DEL AL MES AÑO 01 31 01 2012	
MOD: 34 TRABAJADOR(A) DOMESTICO(A) \$ 15 SALARIO DIARIO INTEGRADO		\$ 16 NETO A PAGAR	
MOD. 35 IVRO PATRON PERSONA FISICA CONTR. A SU SERVICIO MOD. 43 IVRO TRAB. NO ASALARIADO DEL CAMPO MOD. 44 IVRO TRAB. NO ASALARIADO URBANO \$		CONTRATACION INDIVIDUAL..... CONTRATACION COLECTIVA..... TITULAR DEL SEGURO..... FAMILIAR DIRECTO..... FAMILIAR ADICIONAL..... INCORPORACION INICIAL..... RENOVACION..... RENOVACION EXTEMPORANEA..... APLICACION ART. 97 RACERF..... INCLUSION DE FAMILIAR..... \$ 17	
SALARIO MINIMO GENERAL VIGENTE EN EL D.F.		FIRMA O HUELLA DEL ASEGURADO	

LLENESE A MAQUINA O LETRA DE MOLDE

LA RENOVACION NO AUTORIZADA DE ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES

LOS SUJETOS DE ASEGURAMIENTO OBJETO DE ESTE AVISO, SON LOS SEÑALADOS EN LOS ARTICULO 13, 235 Y 240 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

EL CONTRATANTE Y SUS BENEFICIARIOS LEGALES O FAMILIARES DIRECTOS Y ADICIONALES, SEGUN EL ESQUEMA DE ASEGURAMIENTO DE QUE SE TRATE, SE SOMETERAN A LOS EXAMENES Y ESTUDIOS QUE EL INSTITUTO DETERMINE PARA CONSTATAR SU ESTADO DE SALUD.

PREVIO AL ASEGURAMIENTO, EL CONTRATANTE Y SUS BENEFICIARIOS LEGALES O FAMILIARES DIRECTOS Y ADICIONALES, DEBERAN LLENAR Y FIRMAR INDIVIDUALMENTE EL CUESTIONARIO MEDICO, EL CUAL SERA PROPORCIONADO POR EL INSTITUTO. PARA EL CASO DE MENORES DE EDAD E INCAPACITADOS, EL LLENADO Y FIRMA DEL CUESTIONARIO MEDICO ESTARA A CARGO DEL PADRE O TUTOR.

EL INSTITUTO OTORGARA AL CONTRATANTE Y A SUS BENEFICIARIOS LEGALES O FAMILIARES DIRECTOS Y ADICIONALES, LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DEL SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD, QUE CONSISTEN EN: ASISTENCIA MEDICO-QUIRURGICA, FARMACEUTICA Y HOSPITALARIA, EN LA UNIDAD MEDICA QUE CORRESPONDA A SU DOMICILIO.

EN CASO DE QUE EL CONTRATANTE Y SUS BENEFICIARIOS LEGALES O FAMILIARES DIRECTOS Y ADICIONALES PRESENTEN DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA, ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES, SEÑALADAS EN EL REGLAMENTO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MATERIA DE AFILIACION, CLASIFICACION DE EMPRESAS, RECAUDACION Y FISCALIZACION Y NO HUBIERA SIDO DECLARADA AL MOMENTO DE LLENAR EL CUESTIONARIO MEDICO, SERA EXLUIDO DEL ASEGURAMIENTO.

CONFORME AL REGLAMENTO ANTES CITADO, QUEDAN CONDICIONADOS LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES POR LOS PADECIMIENTOS O TRATAMIENTOS QUE SE SEÑALAN, DURANTE LOS TIEMPOS DE ESPERA QUE EN EL MISMO SE ESTABLECEN, ASIMISMO SE EXCLUIRAN DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES LOS PADECIMIENTOS O TRATAMIENTOS CONTEMPLADOS EN EL MISMO ORDENAMIENTO.

EL ASEGURAMIENTO TERMINA POR VENCIMIENTO DE LA ANUALIDAD CONTRATADA, SI NO SE RENUEVA DENTRO DEL PLAZO ANOTADO EN ESTE AVISO.

DE LA MISMA MANERA PODRA DARSE POR TERMINADO EL ASEGURAMIENTO, SIN PERJUICIO DE QUE EL INSTITUTO PUEDA COBRAR LA ATENCION MEDICA QUE SE OTORGO, SI COMPRUEBA QUE EL CONTRATANTE Y SUS BENEFICIARIOS LEGALES O FAMILIARES DIRECTOS Y ADICIONALES, HICIERON USO INDEBIDO DEL DOCUMENTO QUE ACREDITA LA CALIDAD DE ASEGURADO.

EN NINGUN CASO DE TERMINACION DEL ASEGURAMIENTO ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PERIODO CUBIERTO POR LA CUOTA, EL INSTITUTO HARÁ DEVOLUCION DE LA CANTIDAD PAGADA.

TODOS LOS ASPECTOS NO CONSIDERADOS EN ESTE DOCUMENTO, SE SUJETARAN A LO DISPUESTO EN EL REGLAMENTO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MATERIA DE AFILIACION, CLASIFICACION DE EMPRESAS, RECAUDACION Y FISCALIZACION.

ENTERADO

FIRMA DEL CONTRATANTE



ANEXO 2
Aviso de Inscripción en los Seguros Especiales Afil - 05A
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Clave de argumento.	Anotar los dígitos "00", de acuerdo con la Tabla de Claves de Argumento para la operación de movimientos con datos no aceptables por los filtros de validación" Rodepcweb.
2	Número de Registro Patronal.	Anotar el número de Registro Patronal (diez posiciones, la primera posición debe ser alfabética) y el dígito verificador.
3	Número de Seguridad Social del asegurado.	Anotar el Número de Seguridad Social asignado al asegurado (diez posiciones numéricas y el dígito verificador).
4	Clave Única de Registro de Población.	Anotar la CURP a 18 posiciones.
5	Nombre completo del asegurado.	Anotar el apellido paterno, materno y nombres(s) del asegurado. -Debe transcribirse el nombre tal y como está registrado en el acta de nacimiento presentada. -En caso de mujeres casadas o viudas, deben anotarse los apellidos de soltera.
6	Sexo.	Marcar con "X" el recuadro que corresponda de acuerdo con el sexo del asegurado.
7	U.M.F.	Anotar el número de la Unidad de Medicina Familiar que le corresponda al asegurado, de acuerdo con su domicilio.
8	Domicilio del asegurado.	Anotar calle y/o manzana, número de la casa, colonia y/o población, Delegación Política o Municipio, Entidad, Código Postal y teléfono.
9	Lugar y fecha de nacimiento.	Anotar el Estado y/o país en donde nació el asegurado y anotar la fecha con formato dd/mm/aaaa.
10	Nombre completo del padre y la madre del asegurado, aun finados.	Anotar el apellido paterno, materno y nombres(s) solicitados. -Debe transcribirse el nombre tal y como está registrado en el acta de nacimiento presentada. -En caso de mujeres casadas o viudas, deben anotarse los apellidos de soltera.

Clave: Afil - 05A



ANEXO 2

Aviso de Inscripción en los Seguros Especiales Afil - 05A

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No. DATO ANOTAR

Anotar clave de tipo de aseguramiento conforme a la siguiente tabla:

11 Tipo de aseguramiento.

Tipo Contratación	Titular	Benef. Legal	Fam. Adicional	Aseg. Art. 97 RACERF
Individual	1	3	5	7
Colectiva	2	4	6	8

12 Tipo de pago.

Anotar para contratación individual o colectiva el número **3 Anual**.

13 Periodo de aseguramiento.

Anotar con números arábigos, dos posiciones por concepto, el día, mes y año (este se reporta en cuatro cifras) de inicio de servicios, así como para el último día de aseguramiento de acuerdo con la anualidad contratada.

14 Salario diario integrado.

Anotar el salario diario integrado vigente en la fecha de realización del trámite.

15 Periodo para Renovación.

Anotar el periodo en que deberá efectuarse la renovación oportuna. Debido a que el inicio de servicios siempre es el primer día de mes y las renovaciones se deben efectuar 30 días anteriores al vencimiento de la anualidad contratada, anotar el primero y ultimo días (dos dígitos cada uno), el mes (dos dígitos) y el año (cuatro dígitos) de renovación.

16 Neto a pagar.

Anotar la cantidad del importe anual a pagar, de acuerdo con el rango de edad del interesado.

17 Firma y huella del asegurado.

Anotar firma o huella del interesado que efectúa la contratación.

18 Modalidad 33 Seguro de Salud para la Familia.

Anotar con una X el recuadro que corresponda para asignar el importe a pagar, según el rango de edad.

19 Tipo de trámite

Marcar con una "X" el recuadro que indique si es una incorporación individual o colectiva.
Marcar con una "X" el recuadro que indique si el asegurado es titular, familiar directo o familiar adicional.
Marcar con una "X" el recuadro que indique si es una contratación inicial, renovación oportuna, renovación extemporanea, bajo el Art. 97 o inclusión de familiar.

20 Fecha y hora de recepción del aviso.

Imponer sello al momento de la recepción del aviso, con reloj fechador (una vez que el asegurado presente el recibo de pago realizado en la institución bancaria correspondiente).

Clave: Afil - 05A



ANEXO 3

**Convenio tipo para la incorporación colectiva
en el Seguro de Salud para la Familia**



CONVENIO DE INCORPORACIÓN COLECTIVA AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LO SUCESIVO "IMSS", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR _____, EN SU CARÁCTER DE _____ (CARGO) Y APODERADO LEGAL, Y POR LA OTRA PARTE _____ (PERSONA MORAL QUE SE OBLIGA AL PAGO DE LAS CUOTAS DE LOS SUJETOS DE ASEGURAMIENTO), EN LO SUCESIVO "_____", REPRESENTADA POR _____, EN SU CARÁCTER DE _____ (CARGO) Y APODERADO LEGAL, A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DESIGNARÁ COMO "LAS PARTES", AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS, EN EL ENTENDIDO DE QUE LAS REFERENCIAS A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MATERIA DE AFILIACIÓN, CLASIFICACIÓN DE EMPRESAS, RECAUDACIÓN Y FISCALIZACIÓN, SE EXPRESARÁN CON LAS PALABRAS "LA LEY" Y "EL REGLAMENTO", RESPECTIVAMENTE.

DECLARACIONES

I. El "IMSS", por conducto de su representante legal, declara que:

I.1 Es un Organismo Público Descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, como un servicio público de carácter nacional, en términos de lo dispuesto por los artículos 45, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 5 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, así como 4 y 5 de "LA LEY".

I.2 Su representante el C. _____ en su carácter de _____ del IMSS, cuenta con las facultades legales suficientes y necesarias para suscribir el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo dispuesto en los artículos _____ de la "LA LEY"; _____, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y acredita su personalidad con la escritura pública número _____, de fecha _____, otorgada ante la fe del Licenciado (a) _____, Titular de la Notaría Pública número _____, de la Ciudad de _____.

I.3 De conformidad con "LA LEY" en sus artículos 240 y 241, así como "EL REGLAMENTO" en los numerales 100, fracción II, 101 y 102, prevén como esquema de aseguramiento voluntario, el Seguro de Salud para la Familia, a fin de otorgar a personas que no sean sujetas de un régimen obligatorio de seguridad social, las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

I.4 Ha recibido de "persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento", solicitud de celebración de este Convenio, para el aseguramiento en el Seguro de Salud para la Familia, de sus (afiliados, asociados, socios, miembros, etc.) así como de sus beneficiarios legales (en lo sucesivo familiares directos) y adicionales de éstos, que a la fecha no se encontraban asegurados en el régimen obligatorio del Seguro Social, en virtud de encontrarse en las hipótesis previstas en las disposiciones legales y reglamentarias descritas en el punto que antecede.

I.5 Para todos los efectos derivados del presente Convenio, señala como su domicilio el ubicado en _____ número _____, Colonia _____, Delegación o Municipio _____, Código Postal _____, en la _____.

II. "Persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento", a través de su representante, declara que:



II.1 Es una persona moral constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, según consta en la escritura pública número _____, de fecha _____ pasada ante la fe del licenciado _____ Titular de la Notaría Pública número _____ de la ciudad de _____ la cual se encuentra inscrita en el Registro Público de _____ bajo el folio _____.

Nota: Se debe adecuar esta declaración de conformidad con la naturaleza jurídica de la persona moral que va a firmar el convenio con "EL INSTITUTO".

II.2 Su apoderado; _____, acredita su personalidad en términos del testimonio de la escritura pública número _____ de fecha _____, otorgada ante la fe del Licenciado _____ Titular de la Notaría Pública número _____, de la ciudad de _____, y cuenta con las facultades suficientes y necesarias para suscribir el presente Convenio, bajo protestad de decir verdad manifiesta que a la fecha no le han sido revocadas o limitadas en forma alguna.

II.3 Ha solicitado al "IMSS", celebrar el presente Convenio a fin de que sus (*afiliados, asociados, socios, miembros, etc.*) así como de familiares directos y adicionales de éstos, que a la fecha de suscripción del presente Convenio, no se encontraban asegurados en el régimen obligatorio del Seguro Social, reciban las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en términos de "LA LEY" y "EL REGLAMENTO", para lo cual proporcionó a dicho organismo la información respectiva y, con base en ella, le solicitó identificar a los sujetos de aseguramiento.

II.4 Señala como su domicilio el ubicado en _____ número _____, Colonia _____, Delegación o Municipio _____, Código Postal _____, en la _____.

III. "LAS PARTES" declaran que:

III.1 El presente Convenio no tiene cláusula alguna contraria a la Ley, a la moral o a las buenas costumbres, y que para su celebración no media coacción alguna; consecuentemente, carece de dolo, error, mala fe o cualquier otro vicio del consentimiento que pudiera afectar en todo o en parte, la validez del mismo.

III.2 Con base en lo anterior, se reconoce plenamente la personalidad y capacidad jurídica con que se ostentan, por lo que es su voluntad celebrar el presente Convenio, de conformidad con las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- El presente instrumento jurídico tiene por objeto que el "IMSS", conforme a los artículos 240, 241 y 242 de "LA LEY", 95, 97, 98 y 99 y demás aplicables de "EL REGLAMENTO", otorgue las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad a través del Seguro de Salud para la Familia, en los términos estipulados en el presente convenio, a los sujetos de aseguramiento (*afiliados, asociados, socios, miembros, etc.*) y sus familiares directos y adicionales que se señala en la siguiente Cláusula.

La inscripción de dichos sujetos de aseguramiento al Seguro de Salud para la Familia, será solicitada por "*(persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento)*" y ellos tendrán el carácter del titular del grupo familiar respectivo.

SEGUNDA.- Son sujetos de aseguramiento al amparo de este Convenio, además del titular del grupo familiar respectivo, sus familiares directos y adicionales, de conformidad con los artículos 84 de la "LA LEY" correlacionado con los numerales 95 y 96 de "EL REGLAMENTO", que se indican a continuación:

I. La esposa o esposo, concubina o concubinario;



- I. Los hijos menores de 16 años;
- II. Los hijos que no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica o discapacidad por deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, que hayan tenido el carácter de beneficiarios en el Régimen Obligatorio del Seguro Social o hayan estado inscritos con anterioridad en el Seguro de Salud para la Familia.
- III. Los hijos mayores de dieciséis años y hasta la edad de veinticinco años cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional;
- IV. El padre y la madre del o de la titular del grupo familiar;
- V. Se considerarán como familiares adicionales, para efectos de este Convenio los abuelos, nietos, hermanos, primos, hijos de los hermanos y hermanos de los padres del sujeto de aseguramiento.

También podrá ser sujeto de aseguramiento con el carácter de titular de un Seguro de Salud para la Familia, la persona que manifieste bajo protesta de decir verdad que carece de familia, en términos del artículo 97 de **“EL REGLAMENTO”**.

Para la incorporación de los familiares directos y adicionales del titular del grupo familiar asegurado, no le serán aplicables los requisitos de convivencia, dependencia y comprobación de estudios, de acuerdo con lo señalado en el 95 de **“EL REGLAMENTO”**.

Para la conformación de los grupos familiares se contemplará la incorporación de cuando menos dos personas, el asegurado que funja como el titular del grupo familiar y cuando menos uno de los familiares señalados en el artículo 84 de **“LA LEY”**, o alguno de los familiares adicionales.

TERCERA.- La *“(Persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento)”*, se obliga a inscribir dentro de los treinta días naturales posteriores a la firma de este Convenio y a mantener inscritos durante la vigencia del mismo como mínimo a 50 personas, así como a enterar al **“IMSS”** en una sola exhibición por anualidad anticipada, la cuota por cada una de las personas aseguradas, que determina **“LA LEY”**, por el otorgamiento de las prestaciones a cargo del **“IMSS”**, a que se refiere la Cláusula Primera del presente instrumento jurídico, así como a cumplir con las demás obligaciones que se deriven de dicho ordenamiento legal y **“EL REGLAMENTO”**. **Bajo el entendido de que de no recibirse el pago correspondiente dentro del periodo establecido no procederá la inscripción de las personas sin responsabilidad para el “IMSS”**

Para efectos de determinar la procedencia de la inscripción, la *“(Persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento)”*, se obliga a proporcionar al **“IMSS”** la documentación legal que compruebe la relación de parentesco de los titulares de los grupos familiares y sus familiares directos y adicionales.

Asimismo, la *“(Persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento)”*, está de acuerdo en caso de que, el **“IMSS”** dentro del plazo señalado en el primer párrafo de esta Cláusula, no reciba la inscripción de cuando menos 50 sujetos de aseguramiento o fueren presentados extemporáneamente, el Convenio no surtirá efecto legal alguno y las inscripciones recibidas podrán ser tramitadas bajo los supuestos y términos que señala **“EL REGLAMENTO”** para el caso de la incorporación individual, con el consentimiento previo de los interesados.

CUARTA.- “LAS PARTES” convienen en que el inicio de los servicios, para los sujetos de aseguramiento que se inscriban a la firma del presente convenio, será a partir del primer día del mes calendario siguiente al de la inscripción.



La “(Persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento)”, está de acuerdo en que para el caso de la inscripción de un familiar directo o adicional, posterior a la inicial del grupo familiar, la vigencia será la misma que corresponda al grupo familiar con inicio de servicios el primer día hábil del mes siguiente al de la inscripción, unificando la vigencia de todo el grupo familiar para realizar la renovación en la fecha en que corresponda al periodo anual.

QUINTA.- El **“IMSS”**, se obliga a proporcionar a los sujetos de aseguramiento del presente Convenio las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, consistentes en asistencia:

- a) Médica;
- b) Quirúrgica;
- c) Farmacéutica, y
- d) Hospitalaria.

“LAS PARTES”, acuerdan que la asistencia indicada en los incisos anteriores se prestará conforme a las disposiciones legales y reglamentarias que rijan el otorgamiento de los servicios médicos en el Régimen Obligatorio del Seguro Social.

En caso de maternidad, el **“IMSS”**, otorgará a la titular del grupo familiar, durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio las prestaciones siguientes:

- a) Asistencia obstétrica;
- b) Ayuda en especie por seis meses para lactancia, y
- c) Una canastilla al nacer el hijo.

Asimismo, el **“IMSS”**, se obliga a otorgar las prestaciones señaladas en los incisos a) y b) a la esposa o en su caso, concubina del titular del grupo familiar del Seguro de Salud para la Familia.

SEXTA.- Los sujetos de aseguramiento que soliciten su incorporación bajo lo pactado en el presente Convenio, previamente al aseguramiento, deberán llenar en forma individual y firmar personalmente el cuestionario médico que para tal efecto les será proporcionado por el **“IMSS”**, en el cual asentarán todos y cada uno de los datos que ahí se requieran, de conformidad con los artículos 81 y 98, de **“EL REGLAMENTO”**.

Tratándose de menores de edad o, en su caso, de incapacitados, el llenado y firma del cuestionario estará a cargo de quien ejerza la patria potestad o la tutela.

Los sujetos de aseguramiento, se someterán a los exámenes y estudios que el Instituto determine para constatar su estado de salud, cuando el **“IMSS”** lo decida.

SÉPTIMA.- La “(Persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento)”, está de acuerdo en que si alguno de sus miembros, sus familiares directos o adicionales, presentan alguna enfermedad preexistente será excluido del aseguramiento.

De conformidad con el artículo 82 de **“EL REGLAMENTO”** no será sujeto de aseguramiento el solicitante que presente:

- I Alguna enfermedad preexistente, tales como: tumores malignos; enfermedades crónicas degenerativas como: complicaciones tardías de la diabetes mellitus; enfermedades por atesoramiento (enfermedad de gaucher); enfermedades crónicas del hígado; insuficiencia renal crónica; valvulopatías cardíacas; insuficiencia cardíaca; secuelas de cardiopatía isquémica (arritmia, ángor o infarto del miocardio); enfermedad pulmonar obstructiva crónica con insuficiencia respiratoria, entre otras, y



- II Enfermedades sistémicas crónicas del tejido conectivo; adicciones como alcoholismo y otras toxicomanías; trastornos mentales como psicosis y demencias; enfermedades congénitas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida o Virus de Inmunodeficiencia Adquirida Humana positivo (VIH).

Cuando el titular del grupo familiar sea excluido como sujeto de aseguramiento cualquier otro miembro de ese núcleo familiar con capacidad jurídica, podrá fungir como tal, para efectos de la inscripción respectiva, modificando la conformación del grupo familiar conforme a “**EL REGLAMENTO**”.

OCTAVA.- Además de lo estipulado en la Cláusula anterior, la “*(Persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento)*”, está de acuerdo en que no se proporcionarán los servicios institucionales a los sujetos de aseguramiento al amparo del presente Convenio, durante los tiempos y por los padecimientos y tratamientos siguientes:

Tiempos

- I Seis meses:
Tumoración benigna de mama.
- II. Diez meses:
Parto.
- III. Un año:
a).- Litotripcia.
b).- Cirugía de padecimientos ginecológicos, excepto neoplasias malignas de útero, ovarios y piso perineal.
c).- Cirugía de insuficiencia venosa y várices
d).- Cirugía de senos paranasales y nariz.
e).- Cirugía de varicocele.
f).- Hemorroidectomía y cirugía de fístulas rectales y prolapso de recto.
g).- Amigdalectomía y adenoidectomía.
h).- Cirugía de hernias, excepto hernia de disco intervertebral
i).- Cirugía de hallux valgus.
j).- Cirugía de estrabismo.
- IV. Dos años:
Cirugía ortopédica.

Estos tiempos serán computados a partir de la fecha en que el asegurado y sus familiares directos y adicionales queden inscritos ante “**EL IMSS**”. Transcurridos los tiempos indicados, podrán hacer uso de los servicios institucionales, respecto de los padecimientos y tratamientos antes señalados.

Las restricciones para la prestación de los servicios institucionales respecto de los padecimientos y tratamientos enunciados en esta Cláusula, no limitan que el asegurado y sus familiares directos y adicionales hagan uso de dichos servicios por otro padecimiento o tratamiento diverso.

NOVENA.- La “*(Persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento)*”, está de acuerdo en que el Seguro de Salud para la Familia no cubre:

- I. Cirugía estética;
- II. Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos;
- III. Cirugía para corrección de astigmatismo, presbicia, miopía e hipermetropía;
- VI. Tratamientos de lesiones autoinfligidas y las derivadas de intento de suicidio;
- VII. Tratamientos de lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte con riesgo físico;
- VIII. Examen médico preventivo solicitado por asegurado o sus beneficiarios;
- IX. Tratamientos de trastornos de conducta y aprendizaje;
- X. Tratamientos dentales, excepto extracciones, obturaciones y limpieza;
- XI. Otorgamiento de órtesis, prótesis y aditamentos especiales;
- XII. Tratamiento de padecimientos crónicos que requieran control terapéutico permanente;



- XIII. Tratamientos quirúrgicos o médicos para corrección de alteraciones de la fertilidad de la pareja;
- XIV. Tratamiento de secuelas de lesiones musculoesqueléticas o neurológicas, de origen traumático adquiridas con anterioridad al aseguramiento y;
- XV. Tratamiento de secuelas de enfermedades degenerativas del sistema nervioso central y periférico y secuelas de enfermedad vascular cerebral; insuficiencia vascular periférica, entre otras, adquiridas con anterioridad al aseguramiento.

DÉCIMA.- No será aplicable lo señalado en las Cláusulas Séptima y Octava, a los sujetos de aseguramiento al amparo de este Convenio, cuando se ubiquen en los supuestos establecidos en el artículo 85 de “**EL REGLAMENTO**”.

DÉCIMA PRIMERA.- La renovación del aseguramiento se efectuará dentro de los treinta días anteriores a la fecha de vencimiento de la anualidad contratada. De no realizarse la renovación en el plazo anterior, se considerará la subsecuente inscripción como inicial, aplicándose las disposiciones contenidas en las Cláusulas Séptima y Octava, salvo en el caso previsto en el cuarto párrafo del artículo 105 de “**EL REGLAMENTO**”.

La renovación extemporánea surtirá efectos a partir del día siguiente al de la conclusión del aseguramiento inmediato anterior, para todas las personas que conforman el grupo familiar asegurado.

DÉCIMA SEGUNDA.- Los hijos nacidos durante la vigencia del aseguramiento de la madre al amparo de este Convenio, tendrán derecho a recibir la atención médica, únicamente durante los treinta días posteriores a la fecha de su nacimiento.

Si los hijos a que se refiere el párrafo anterior, son inscritos en el Seguro de Salud para la Familia dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento, no les serán aplicables las disposiciones de las Cláusulas Séptima y Octava, del presente Convenio.

DÉCIMA TERCERA.- Para los efectos del otorgamiento de las prestaciones a que se refiere la Cláusula Quinta del presente instrumento legal, el “**IMSS**” asignará al titular del grupo familiar y los sujetos de aseguramiento del presente Convenio, la unidad médica que corresponda en razón del domicilio de cada uno de ellos.

Cuando las autoridades médicas del “**IMSS**” determinen la necesidad de trasladar un enfermo de su unidad médica de adscripción a otra localidad, dicho traslado se sujetará a las disposiciones que al efecto señala el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DÉCIMA CUARTA.- Corresponderá a “la asociación, gobierno estatal, municipal, organismo público descentralizado, etc.” pagar anualmente la cuota, por los sujetos de aseguramiento de este Convenio, clasificándose por el grupo de edad a que pertenezcan, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 242 de “**LA LEY**”, cuyos montos anualmente serán determinados por el Consejo Técnico.

DÉCIMA QUINTA.- En cumplimiento a lo indicado en la fracción VI del artículo 102 del “**EL REGLAMENTO**” el “**IMSS**” se reserva el derecho de hacer valer las acciones legales que las leyes le faculden ante las instancias correspondientes, para el caso de cualquier incumplimiento atribuible a la “(Persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento)”, mencionándose de manera enunciativa mas no limitativa, la falsedad en cualquiera de las declaraciones vertidas en este instrumento, y la limitación superviniente de su capacidad legal sin notificación inmediata al “**IMSS**”, situaciones que de acreditarse inhabilitarán a la “(Persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento)” para realizar convenios similares con el “**IMSS**” durante un lapso no menor a tres años, contado a partir de la notificación que este último le realice.

DÉCIMA SEXTA.- Se dará por terminado anticipadamente el aseguramiento, sin responsabilidad para el Instituto, respecto del sujeto o sujetos que incurran en alguno de los supuestos siguientes:



A) El asegurado o beneficiario que permita o propicie el uso indebido del documento que compruebe tal calidad. En este caso, el asegurado será solidariamente responsable de las consecuencias que genere el mal uso de dicho documento. En el supuesto de que el asegurado sea menor de edad o incapacitado, quien ejerza la patria potestad o la tutela será el responsable solidario.

B) Cuando durante el primer año de vigencia del aseguramiento, se presente alguna de las enfermedades señaladas como preexistentes y no hubiera sido declarada, al momento de llenar el cuestionario médico.

En ambos casos sin perjuicio de que el "IMSS" pueda cobrar a los sujetos a que se refiere este seguro, o a la persona que sin derecho haya recibido la atención médica, el costo total por los servicios prestados.

En ningún caso de terminación anticipada del periodo de aseguramiento cubierto en el Seguro de Salud para la Familia, el Instituto hará devolución total o parcial del pago realizado.

DÉCIMA SÉPTIMA.- En todo lo no previsto en este Convenio, se estará a lo dispuesto en "LA LEY" I y "EL REGLAMENTO".

DÉCIMA OCTAVA.- En el supuesto de que durante la vigencia de este convenio se expida cualquier disposición legal o reglamentaria, a la cual se oponga alguna de sus Cláusulas, se tendrá por modificado en lo conducente, sin perjuicio de que las partes suscriban el convenio modificatorio correspondiente.

DÉCIMA NOVENA.- Las partes reconocen y aceptan que en el presente Convenio no existe error, dolo, mala fe ni lesión alguna que pudiera invalidarlo, por lo que se obligan a cumplir todas y cada una de las obligaciones a su cargo en cualquier tiempo y lugar en la forma y términos especificados.

VIGÉSIMA.- El presente Convenio tendrá una vigencia de doce meses contados a partir de la fecha de inicio de la prestación de los servicios; la inscripción inicial se efectuará dentro de los treinta días posteriores a la firma de este convenio.

Si dentro del plazo establecido en el párrafo anterior no fueran recibidos los avisos de inscripción de un mínimo de cincuenta personas o fueran presentados extemporáneamente, el convenio no surtirá efecto legal alguno.

VIGÉSIMA PRIMERA.- Para el caso de controversias las partes se someten expresamente a la jurisdicción de los tribunales federales competentes con residencia en la ciudad de _____, renunciando al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio presente o futuro.

El presente Convenio se firma por cuadruplicado en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____, quedando un ejemplar en poder de ("la asociación, gobierno estatal, municipal, organismo público descentralizado, etc.") y los restantes en poder del "IMSS".

**POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL
POR EL SERVICIO DE SEGURO SOCIAL**

**POR LA ("PERSONA MORAL QUE SE OBLIGA
AL PAGO DE LAS CUOTAS DE LOS SUJETOS
DE ASEGURAMIENTO")**

CARGO

CARGO



ANEXO 4

**Solicitud de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia,
con base en el artículo 97 del RACERF.**



**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)



ANEXO 5

**Cuestionario médico para la incorporación en el
Seguro de Salud para la Familia**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CUESTIONARIO MÉDICO PARA LA INCORPORACIÓN AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA

FOTO

MUY IMPORTANTE: RECOMENDAMOS LEER CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y CONDICIONES AL REVERSO. EN CASO DE DUDA, SOLICITE AL PERSONAL INSTITUCIONAL SU ACLARACIÓN

1. DATOS DEL TITULAR DEL SEGURO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
POLIZA FAMILIAR	No. DE SEGURIDAD SOCIAL	AGREGADO MÉDICO	No. CURP		

2. DATOS DEL TITULAR O FAMILIAR ASEGURADO

TITULAR	FAMILIAR	PARENTESCO LEGAL		AGREGADO MÉDICO	TELÉFONO
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	EDAD AÑOS
SEXO		H	M	ESTADO CIVIL	
CLAVE DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN:		ESCOLARIDAD		SECUNDARIA	PREPARATORIA
UNIDAD No.	OCUPACIÓN:	ESCUELA TÉCNICA		PROFESIONAL	

3. HISTORIA DE HÁBITOS PERSONALES MARQUE CON UNA X (CON NÚMERO EN SU CASO)

1. ¿REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA PERIÓDICA?	SI	NO	3. ¿FUMA CIGARRILLOS?	SI	NO
2. ¿TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS?			SI LA RESPUESTA ES SÍ:		
SI LA RESPUESTA ES SÍ:			A) ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS AL DÍA?		
A) ¿CUÁNTAS VECES POR SEMANA?			B) ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO?		AÑOS
B) ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO?		AÑOS	4. ¿ACOSTUMBRA AUTOMEDICARSE?		
			5. ESTATURA		MTS
				PESO	KG

4. HISTORIA DE ENFERMEDADES MARQUE CON UNA X SI TIENE O PADECE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES:

1. ALERGIA O ASMA	9. REUMATISMO O ARTRITIS
2. ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA SANGRE	10. TUBERCULOSIS
3. CÁNCER O TUMORES	11. ÚLCERA DEL ESTÓMAGO
4. DIABETES MELLITUS CON:	12. SIDA
A) INSUFICIENCIA RENAL	13. V.I.H. POSITIVO
B) RETINOPATÍA	14. ENFERMEDADES CONGÉNITAS (DESDE EL NACIMIENTO)
C) NEUROPATÍA	15. BRONQUITIS CRÓNICA
D) INSUFICIENCIA CIRCULATORIA PERIFÉRICA	16. ACCIDENTE VASCULAR O MEBOLIA
5. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	17. DEFORMACIONES O LIMITACIONES DE MOVIMIENTO POR ACCIDENTES O ENFERMEDADES
6. ENFERMEDADES DEL HIGADO	18. ALCOHOLISMO ADICTIVO (FRECUENTE)
7. ENF. NERVIOSAS O PSIQUIÁTRICAS CRÓNICAS	19. ADICIONES POR SUSTANCIAS TÓXICAS (FRECUENTE)
8. PRESIÓN ARTERIAL ALTA	

OBSERVACIONES:

EXPEDIENTE CLÍNICO / SUBDELEGACIÓN / INTERESADO

CUESTIONARIO MEDICO PARA LA INCORPORACIÓN EN EL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA

Antes de llenar el presente formato deberá tomar en consideración lo siguiente:

1. REQUISITAR UN CUESTIONARIO MEDICO POR CADA UNO DE LOS FAMILIARES QUE VAYA A INCORPORAR AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA.
2. LAS PARTES SOMBREADAS SON DE USO EXCLUSIVO DEL IMSS. FAVOR DE NO ESCRIBIR SOBRE ELLAS.
3. LLENAR LOS ESPACIOS CON LOS DATOS SOLICITADOS SIN OMITIR INFORMACIÓN.
4. NO OLVIDE QUE USTED TAMBIEN TIENE QUE PRESENTAR SU CUESTIONARIO.



INSTRUCCIONES DE LLENADO

Para evitar tachaduras o enmendaduras sugerimos leer cuidadosamente las siguientes instrucciones y para el llenado del formato utilizar letra de molde y bolígrafo de tinta negra o azul en las aéreas no sombreadas. Las áreas sombreadas para uso exclusivo del IMSS.

1. **DATOS DEL TITULAR DEL SEGURO.**
2. **DATOS DEL TITULAR O FAMILIAR ASEGURADO.**
Inicie señalando si es el Titular del Seguro o Familiar. Si es familiar, señale en el siguiente recuadro el parentesco que tiene con el Titular del Seguro. Anote su número telefónico. Continúe con la parte correspondiente a su nombre, iniciando con el apellido paterno, luego el apellido materno y el o los nombres completos. Indique el lugar y la fecha de su nacimiento, señalando día, mes y año; la edad que actualmente tiene e indique su sexo tachando H si es Hombre o M si es mujer. Finalice anotando su estado civil, el nivel más alto de estudios con los que cuenta e indique su ocupación.
3. **HISTORIA DE HABITOS PERSONALES.**
Responda a cada una de las preguntas marcando una "X" en cada y llene los espacios de las preguntas correspondientes
4. **HISTORIA DE ENFERMEDADES.**
Debe marcar con una "X" si tiene o padece alguna de las enfermedades que se indican. En caso de que usted no padezca ninguna de ellas, deje el espacio en blanco.
- **OBSERVACIONES:** Este espacio es para uso del IMSS.

REQUISITOS PARA RECIBIR SERVICIO MEDICO

Titular del Seguro y familiares asegurados.

Presentarse en el área de control de prestaciones de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) a la cual fueron adscritos con la siguiente documentación.

- I. Identificación Oficial.
- II. Formato Afil-05 A Aviso de Incorporación a los Seguros Voluntarios.
- III. Dos copias del presente Cuestionario Médico.
- IV. Dos fotografías tamaño infantil de cada integrante del grupo familiar asegurado.

El área de Control de Prestaciones de la UMF confirmará la incorporación en los sistemas informáticos institucionales, le asignará consultorio médico y turno de atención, colocará una fotografía en la Tarjeta de Citas Médicas y otra en la copia del Cuestionario Médico, misma que formará parte de su expediente, certificando la validez de ambos documentos.

CONDICIONES PARA LA INCORPORACIÓN AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA

Lea cuidadosamente lo siguiente:

1. No procede la contratación del Seguro de Salud para la Familia para el integrante de la familia que, al llenar el presente cuestionario médico, padezca alguna de las enfermedades mencionadas en el mismo.
2. El seguro será cancelado cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social diagnostique alguno de estos padecimientos dentro del primer año de vigencia del aseguramiento y se precise por el Área Médica del IMSS, que es preexistente a la incorporación inicial en el Seguro de Salud para la Familia.
3. En todos los casos cuando se presente la situación arriba mencionada, no abra devolución de cuota pagada.
4. En todos los casos perderá el seguro únicamente quien presente el padecimiento manteniéndose el aseguramiento de los demás familiares asegurados.
5. Todos los familiares asegurados deberán presentarse a consulta médica durante los primeros seis meses de aseguramiento.
6. **Declaro decir la verdad en el presente cuestionario y estoy de acuerdo en que, en caso de haber faltado a la misma, sea cancelado mi Seguro de Salud para la Familia o el del familiar o familiares que hubieran incurrido en falsedad, sin responsabilidad para el Instituto Mexicano del Seguro Social.**

ACEPTO LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS

Después de leer y llenar el Cuestionario Médico, bajo protesta de decir verdad, suscribo el presente y acepto mi incorporación al Instituto Mexicano del Seguro Social en los términos que indica el Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 1 de noviembre de 2012.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL TÍTULAR DEL SEGURO

FIRMA DEL INTERESADO
y/o PADRE O TUTOR EN
CASO DE MENORES DE EDAD



ANEXO 5

Cuestionario médico para la incorporación en el Seguro de Salud para la Familia

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
Datos del Titular del Seguro		
1	Nombre completo del Titular del Seguro	El apellido paterno, materno y nombre(s) del titular del seguro. -El nombre debe transcribirse tal y como esté asentado en el acta de nacimiento presentada. -En caso de mujeres casadas viudas, deben anotarse los apellidos de soltera.
2	Póliza	Dejar en blanco
3	Número de Seguridad Social	Anotar el Número de Seguridad Social asignado al asegurado (diez posiciones numéricas) y el dígito verificador, tratándose de movimiento de alta, se dejará en blanco este concepto, a fin de aplicar el número de acuerdo a las "Bases de la integración de Números de Seguridad Social".
4	Agregado Médico	Anotar número alfanumérico.
5	Clave Única de Registro de Población	Anotar CURP a 18 posiciones.
Datos del Titular o Beneficiario Legal (asegurado)		
6	Titular o Beneficiario	Marcar con "X" el círculo que corresponda.
7	Parentesco del Titular del Seguro	Anotar el parentesco con el titular del seguro.
8	Agregado Médico	Anotar número alfanumérico.
9	Teléfono	Anotar el número del teléfono del interesado.
10	Nombre	El apellido paterno, materno y nombre(s) del interesado. -Debe transcribirse tal y como esté asentado en el acta de nacimiento presentada. -En caso de mujeres casadas viudas, deben anotarse los apellidos de soltera.



ANEXO 5
Cuestionario médico para la incorporación en el Seguro de Salud para la Familia
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
11	Lugar de nacimiento	Anotar el Estado y/o país en donde nació el asegurado.
12	Fecha de nacimiento	Utilizar formato dd/mm/aaaa.
13	Edad	Indicar la edad del interesado.
14	Sexo	Marcar el círculo que corresponda con una "X" de acuerdo al sexo del interesado.
15	Estado Civil	Anotar el estado civil del interesado.
16	Clave Delegación de Adscripción	Anotar la clave de la Subdelegación donde realiza el trámite.
17	Escolaridad	Marcar con una "X" el círculo que corresponda a la escolaridad máxima del interesado.
18	Tipo de Unidad	Anotar el número de UMF donde el interesado recibirá la atención médica de acuerdo con su domicilio.
19	Ocupación	Anotar la ocupación del asegurado.
20	Historia de hábitos personales	Marcar el círculo que corresponda con una "X" y llenar los espacios de las preguntas correspondientes.
21	Historia de enfermedades	Marcar con una "X" si tiene o padece alguna de las enfermedades que se indican. En caso de que usted no padezca alguna de ellas, deje el espacio en blanco.
22	Observaciones	Anotar cualquier observación que considere pertinente.
23	Lugar y Fecha	Anotar el lugar y la fecha en que fue llenado el cuestionario.
24	Firma del titular del seguro	Imponer firma de la persona responsable de incorporación.
25	Firma del interesado y/o padre o tutor en caso de menores de edad.	Imponer la firma del interesado y/o padre o tutor, en caso de que el asegurado sea menor de edad.



ANEXO 6

Hoja de Control para el Seguro de Salud para la Familia



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA
HOJA DE CONTROL

DELEGACION: (1) _____ CONTROL: (4) _____
 SUBDELEGACION: (2) _____ NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: (5) _____
 U.M.F.: (3) _____ AGREGADO MEDICO DE IDENTIDAD: (6) _____
 REGISTRO PATRONAL: (7) _____

CONTRATANTE

C.U.R.P. (8) _____		NOMBRE: (9) _____	
SEXO: (10) _____	FECHA DE NACIMIENTO: (11) _____ DD MM AAAA	INICIO DE SERVICIOS: (12) _____ DD MM AAAA	CUOTA: (13) _____

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR (CONFORME AL ARTICULO 84 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL) Y FAMILIARES ADICIONALES

PARENTESCO: (14) _____	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: (15) _____	AGREGADO MED. IDENTIDAD: (16) _____	C.U.R.P. (17) _____	CUOTA: (18) _____
NOMBRE: (19) _____		SEXO: (20) _____	FECHA DE NACIMIENTO: (21) _____ DD MM AAAA	INICIO DE SERVICIOS: (22) _____ DD MM AAAA

PARENTESCO: (14) _____	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: (15) _____	AGREGADO DE IDENTIDAD: (16) _____	C.U.R.P. (17) _____	CUOTA: (18) _____
NOMBRE: (19) _____		SEXO: (20) _____	FECHA DE NACIMIENTO: (21) _____ DD MM AAAA	INICIO DE SERVICIOS: (22) _____ DD MM AAAA

PARENTESCO: (14) _____	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: (15) _____	AGREGADO DE IDENTIDAD: (16) _____	C.U.R.P. (17) _____	CUOTA: (18) _____
NOMBRE: (19) _____		SEXO: (20) _____	FECHA DE NACIMIENTO: (21) _____ DD MM AAAA	INICIO DE SERVICIOS: (22) _____ DD MM AAAA

PARENTESCO: (14) _____	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: (15) _____	AGREGADO DE IDENTIDAD: (16) _____	C.U.R.P. (17) _____	CUOTA: (18) _____
NOMBRE: (19) _____		SEXO: (20) _____	FECHA DE NACIMIENTO: (21) _____ DD MM AAAA	INICIO DE SERVICIOS: (22) _____ DD MM AAAA

(23) _____

FECHA

(24) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO IMSS

ORIGINAL PARA AFILIACION

1a COPIA PARA EL INTERESADO (PRESENTARLA EN UMF)

2a COPIA PARA COBRANZA

3a COPIA PARA UFM



ANEXO 6
Hoja de Control
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación	Nombre de la Delegación a la que pertenece la Subdelegación en donde el interesado realiza el trámite.
2	Subdelegación	Nombre de la Subdelegación en donde el interesado realiza el trámite.
3	UMF	Número de UMF donde el interesado recibirá la atención medica de acuerdo con su domicilio.
4	Control	Clave numérica de la Delegación y Subdelegación donde realizara el trámite el interesado.
5	Número de Seguridad Social	Número de Seguridad Social asignado al interesado con el digito verificador correspondiente.
6	Agregado Médico de Identidad	Número alfanumérico asignado por el área de Control de Prestaciones de la UMF.
7	Registro Patronal	Registro Patronal que corresponde al grupo familiar o a la persona moral.
8	CURP	Número de la Clave Única de Registro de Población a 18 posiciones.
9	Nombre	El apellido paterno, materno y nombres (s) del interesado: El nombre debe transcribirse tal y como esté asentado en el acta de nacimiento presentada. En caso de mujeres casadas o viudas, deben anotarse los apellidos de soltera.
10	Sexo	El sexo del interesado: Masculino Femenino
11	Fecha de nacimiento	Del interesado, Día, mes y año en formato dd/mm/aaaa
12	Inicio de Servicios	Día, mes y año en formato dd/mm/aaaa en que darán inicio las prestaciones en especie que otorga el SSF.
13	Cuota	Cantidad del a pagar de acuerdo al rango de edad del interesado.
Datos del grupo familiar (conforme al artículo 84 de la Ley del Seguro Social)		
14	Parentesco	Parentesco familiar con el interesado.



ANEXO 6
Hoja de Control
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
15	Número de Seguridad Social	Número de Seguridad Social con el dígito verificador asignado al familiar.
16	Agregado Médico de Identidad	Número alfanumérico asignado por el área de Control de Prestaciones de la UMF.
17	CURP	Clave Única del Registro de Población del familiar a 18 posiciones.
18	Cuota	Cantidad anual a pagar por el familiar del interesado, de acuerdo al rango de su edad.
19	Nombre	El apellido paterno, materno y nombres (s) del interesado: El nombre debe transcribirse tal y como esté asentado en el acta de nacimiento presentada. En caso de mujeres casadas o viudas, deben anotarse los apellidos de soltera.
20	Sexo	El sexo del interesado: Masculino Femenino
21	Fecha de nacimiento	Del familiar, Día, mes y año en formato dd/mm/aaaa
22	Inicio de Servicios	Día, mes y año en formato dd/mm/aaaa del inicio de las prestaciones en especie del SSF.
23	Fecha	Fecha de elaboración de la Hoja de Control en formato dd/mm/aaaa.
24	Nombre y firma del Empleado IMSS	Anotar nombre y estampar la firma del empleado IMSS designado para la atención del trámite de incorporación al SSF



ANEXO 7

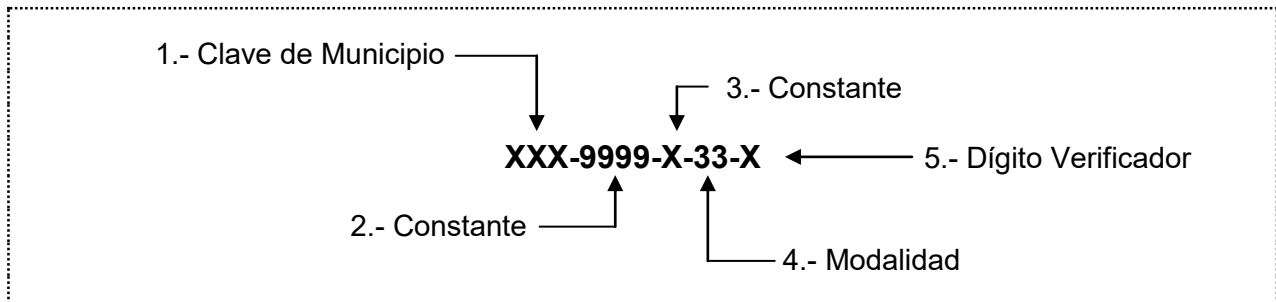
Formato del Número de Registro Patronal



Formato del Número de Registro Patronal

Incorporación Individual

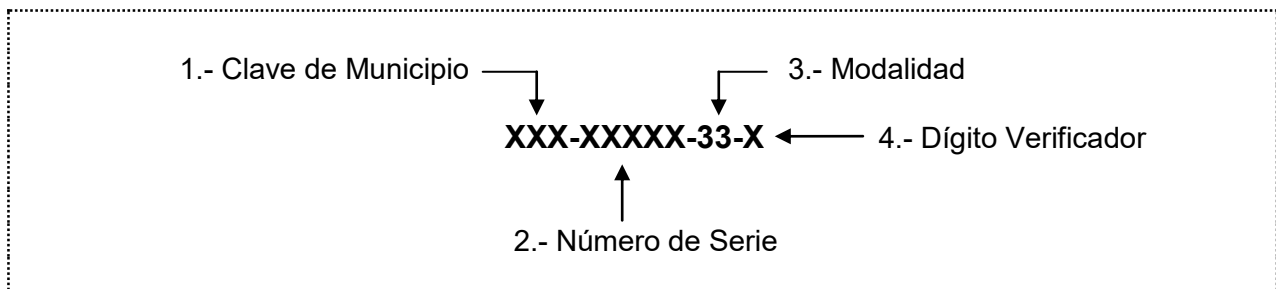
Conformado por 11 dígitos. De acuerdo con la posición que ocupan dentro del mismo, corresponden a:



- 1.- La Clave de Municipio de la Subdelegación donde se tramita la incorporación al SSF, en tres posiciones alfanumérica.
- 2.- Constante integrada por 9999 en las siguientes 4 posiciones.
- 3.- En una posición el dígito **4** o **9** para incorporaciones de mexicanos en el extranjero.
- 4.- Invariablemente el número 33, para identificar la clave de la modalidad.
- 5.- El dígito verificador en la última posición.

Incorporación Colectiva

Conformado por 11 dígitos. De acuerdo con la posición que ocupan dentro del mismo, corresponden a:



- 1.-La Clave de Municipio de la Subdelegación donde se tramita la incorporación al SSF, en tres posiciones alfanuméricas.
- 2.- Número de serie normada, asignado por el sistema de Alta Patronal, en las siguientes 5 posiciones (a).
- 3.- Invariablemente el número 33, para identificar la clave de la modalidad.
- 4.- El dígito verificador en la última posición.



Cabe mencionar que los datos que el área de captura requiere para realizar el registro de Alta Patronal en RODEPCWEB para la Modalidad 33 SSF son:

MUNICIPIO, RFC, NOMBRE, ACTIVIDAD, CLASE, FRACCIÓN, MES DE EMISION, FORMA DE PAGO, SSF, FECHA DE AVISO, DOMICILIO, LOCALIDAD y C.P.

Se muestra pantalla de referencia.



ANEXO 8

**Solicitud de Renovación Extemporánea
en el Seguro de Salud para la Familia**



SOLICITUD DE RENOVACION EXTEMPORANEA EN EL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA (SSF)

_____ a ____ de _____ de 2018
 (Lugar)

C. Subdelegado (a)
 Presente

Por este medio, solicito a usted la autorización para realizar la **renovación extemporánea** de mi aseguramiento en el SSF, ya que no me fue posible realizar el pago en forma oportuna. Hago esta solicitud dentro del plazo establecido para ello, pues requiero (o alguno de mis familiares) de la continuidad en mi tratamiento médico y no desearía que se viera interrumpido el derecho a la atención médica del Instituto.

Es importante mencionar que la enfermedad, accidente o padecimiento, fue adquirido durante mi aseguramiento en el IMSS y requiere que su atención continúe. Lo anterior, en párrafo cuarto del Artículo 105 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización (RACERF).

Nombre del asegurado que requiere continuidad en su atención.	NSS.

Al apegarme al artículo referido, declaro, bajo protesta de decir verdad, que la información asentada en esta solicitud es correcta y autorizo al 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

 Número de Seguridad Social

 Domicilio

 Teléfono(s)



Anexo 9

Formato de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia para trabajadores mexicanos en el extranjero



UNIDAD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE AFILIACIÓN
DIVISIÓN DE INCORPORACIÓN VOLUNTARIA Y CONVENIOS

FORMATO DE INCORPORACIÓN AL SSF PARA TRABAJADORES MEXICANOS EN EL EXTRANJERO

SUBDELEGACIÓN: _____ (1)

MES DE REGISTRO DEL TRÁMITE: _____ (2)

TRÁMITE			DATOS DEL TITULAR DEL SEGURO				DATOS DE FAMILIARES ASEGURADOS									
I N C I A L	B A J A	I N C L U S I O N	RENOVACIÓN		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	NSS	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	NSS	FECHA DE PAGO	NO. FICHA DE DEPOSITO (10 ULTIMOS DIGITOS)	CUOTA POR PERSONA	TOTAL PAGADO
			O P O R T U N A	P O R E X T R A N E A												
(3)	(3)				(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
		(3)														
			(3)													
				(3)												

OBSERVACIONES: EN CASO DE QUE EL TITULAR O ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR HAYA CAMBIADO DE DOMICILIO O TELEFONO, FAVOR DE ANOTARLO EN ESTE ESPACIO, IDENTIFICANDO CLARAMENTE EL NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE.

(16)

Nota: Para la incorporación inicial y para la inclusión, se deberán remitir a la DIVC las imágenes de las actas del Registro Civil que comprueben parentesco y comprobante de domicilio DEL TITULAR en el extranjero y de los familiares en México, así como cuestionarios médicos, en su caso.

(17)
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE ELABORA EL
FORMATO

(18)
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE DEPARTAMENTO
DE AFILIACIÓN VIGENCIA



**Formato de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia para Trabajadores Mexicanos
en el Extranjero.
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
Datos del Titular del Seguro		
1	Subdelegación	Nombre de la Subdelegación en donde el interesado realiza el trámite.
2	Mes de Registro del trámite	Mes en que acude el asegurado a realizar el trámite.
	Trámite	Marca con "X" la columna que corresponda de acuerdo con lo reportado: Incorporación inicial. Baja. Inclusión. Renovación. Oportuna. Extemporánea.
3		
4	Datos del Titular del Seguro	Anotar el apellido paterno.
5		Anotar el apellido materno.
6		Anota nombre (s) del titular del seguro. Considerar que: a) El nombre debe transcribirse tal y como esté asentado en el acta de nacimiento presentada. b) En caso de mujeres casadas o viudas, deben anotarse los apellidos de soltera.
7	Número de Seguridad Social del titular del seguro	En caso de contar con Número de Seguridad Social, se anota en las diez posiciones numéricas y dígito verificador.
8	Datos de los familiares	Anotar el apellido paterno.
9	asegurados	Anotar el apellido materno.
10		Anotar el (los) nombre (s) de los familiares asegurados. Considerar que: El nombre debe transcribirse tal y como esté asentado en el acta de nacimiento presentada. En caso de mujeres casadas o viudas, deben anotarse los apellidos de soltera. Se deberá utilizar un renglón por persona, a partir del empleado para los datos del titular del SSF.



**Formato de Incorporación al Seguro de Salud para la Familia para Trabajadores Mexicanos
en el Extranjero.**

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
11	Número de Seguridad Social del asegurado.	Anotar el número de seguridad social en diez posiciones numéricas y el dígito verificador.
12	Fecha de pago	Anotar día, mes y año en formato dd/mm/aaaa, correspondiente a la fecha en que se realizó el pago de la cuota del seguro en la institución bancaria.
13	Número ficha de depósito.	Anotar los 10 últimos dígitos del número de la Ficha del Depósito Bancario, correspondiente al pago de la cuota del seguro en la institución bancaria.
14	Cuota por persona	Importe pagado por cada una de las personas incorporadas al SSF. Utilizar el renglón que corresponda con los datos del titular o del familiar.
15	Total pagado	Anotar la cantidad total pagada por el grupo familiar.

Datos del Titular del Seguro

16	Observaciones	Anotar el domicilio (completo) y número telefónico cuando se reporten incorporaciones iniciales e inclusiones. También en las renovaciones, cuando los asegurados manifiesten haber cambiado de domicilio y/o teléfono.
17	Nombre y firma de la persona que elabora el formato.	Anotar el nombre y estampar la firma del responsable del trámite que elaboró el formato.
18	Jefe de Departamento de Afiliación Vigencia.	Anotar el nombre y estampar la firma de autorización del jefe de Departamento de Afiliación Vigencia.



ANEXO 10

Aviso de Baja del Trabajador o Asegurado AFIL-04



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SERVICIOS DE AFILIACION-VIGENCIA DE DERECHOS AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR O ASEGURADO		INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES		AFIL-04	
I.M.S.S. CLAVE DE ARGUMENTO 1		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR O ASEGURADO 2			
NUMERO DE REGISTRO PATRONAL 3		CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION 4			
NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR O ASEGURADO (SI ABREVIATURAS)			EXTEMPORANEAMENTE 6		
APELLIDO PATERNO 5	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		1 APLICACION ART. 37 L.S.S.	
NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL DEL PATRON O SUJETO OBLIGADO 7			EXCLUSIVO IMSS		
EN CASO DE PERSONA FISICA NOMBRE (S)			FECHA Y HORA DE RECEPCION DE ESTE AVISO EN EL I.M.S.S.		
UBICACION DEL CENTRO DE TRABAJO 8			12		
CALLE Y/O MAQUINA					
NUMERO					
COLONIA Y/O POBLACION					
FECHA DE BAJA DEL TRABAJADOR O ASEGURADO 9		CAUSA DE LA BAJA 10			
DIA (2 DIGITOS)		MES (2 DIGITOS)		AÑO (4 DIGITOS)	
FIRMA DEL PATRON, SUJETO OBLIGADO O SU REPRESENTANTE LEGAL 11					
LOS MOVIMIENTOS QUE AMPARA ESTE FORMATO SURTEN EFECTO TANTO PARA EL IMSS COMO PARA EL INFONAVIT CONFORME A SUS RESPECTIVAS LEYES. CONSERVE ESTE DOCUMENTO PARA CUALQUIER ACLARACION.					
CAPTURA / AVISO ORIGINALES					

IMPORTANTE PARA EL PATRÓN

DURANTE EL ESTADO DE HUELGA NO PROCEDERÁ EL AVISO DE BAJA, SALVO EN CASO DE QUE EL TRABAJADOR REÚNA LOS REQUISITOS PARA OBTENER UNA PENSION.

EL AVISO DE BAJA NO SURTIRÁ EFECTO LEGAL O ADMINISTRATIVO ALGUNO CUANDO SE PRESENTE EN EL PERIODO EN QUE EL TRABAJADOR SE ENCUENTRE INCAPACITADO TEMPORALMENTE PARA EL TRABAJO.

SI EL AVISO DE BAJA ES PRESENTADO EXTEMPORÁNEAMENTE SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU PRESENTACIÓN (ARTICULO 37 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL).

LAS BAJAS DE LOS TRABAJADORES PODRÁN PRESENTARSE MEDIANTE DISPOSITIVOS MAGNÉTICOS, SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN EN EL I.M.S.S.



ANEXO 10
Aviso de Baja del trabajador o asegurado AFIL-04
INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
1	Clave de argumento	Clave alfanumérica que es asignada por el área de Control de Prestaciones de la UMF.
2	Número de Seguridad Social del asegurado	Número de Seguridad Social asignado al asegurado (10 posiciones numéricas) y el dígito verificador.
3	Número de Registro Patronal	Registro Patronal (10 posiciones) y el dígito verificador. Este dato deberá coincidir con el contenido en la tarjeta de identificación patronal.
4	Clave Única de Registro de Población	CURP que le corresponda al asegurado a 18 posiciones.
5	Nombre completo del asegurado	Apellido paterno, materno y nombre (s) del asegurado, debiendo conservar invariablemente este orden. En el caso de estar registrado en el acta de nacimiento con un solo apellido, se anotará en el campo del apellido paterno. No se debe aceptar iniciales ni abreviaturas, aún cuando éste tenga dos o más nombres.
6	Extemporáneo	"X" en el recuado, cuando el aviso se reciba con posterioridad a los tiempos establecidos.
7	Nombre o razón social del asegurado	Nombre (s), apellidos paterno y materno del asegurado o razón social, si es persona moral.
8	Domicilio del asegurado	Calle y/o manzana, número, colonia y/o población, municipio, entidad, y código postal del centro de trabajo.
9	Fecha de baja del asegurado	Con números arábigos, la fecha día (dd), mes (mm) y año (aaaa) del término del aseguramiento.
10	Causa de baja	Motivo de baja: terminación del contrato.
11	Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal	Verificar que se encuentre asentada la firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal, así como el cargo que ocupa en la empresa. La firma deberá ser autógrafa.
12	Fecha y hora de recepción	Con números arábigos, la fecha día (dd), mes (mm) y año (aaaa) en que se elabora el formato.