Chihuahua, Chih., a _____ de _____ del 2017

INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES
A QUIEN CORRESPONDA
P R E S E N T E

Por medio de la presente declaro que mi madre la Sra. _____, y mi padreno cuentan con ningún tipo de servicio médico de ISSSTE, IMSS, Pensiones Civiles del Estado, e ICHISAL, además de que vive en mi domicilio y depende económicamente de mí.

En base al ARTÍCULO 69, fracción II y párrafos VII, IX y X de la Ley del Instituto Municipal de Pensiones, que a la letra dice lo siguiente:
"Son beneficiarios de los derechohabientes para efectos de la prestación de los servicios médicos.
I.El esposo de la trabajadora o, a falta de este, el concubinario siempre y cuando se encuentre incapacitado física o mentalmente y no pueda trabajar para obtener su subsistencia u otro servicio médico y viva en el lugar de esta.
II. El padre y la madre cuando dependan económicamente del derechohabiente y vivan en el hogar de este.
En todos los casos deberá acreditarse que los beneficiarios dependen económicamente del derechohabiente.
Los beneficiarios no tendrán derecho al servicio médico cuando, en los términos de las disposiciones legales que rigen a otras instituciones de Seguridad Social, tengan derecho como asegurados o beneficiarios al servicio médico que presten dichas Instituciones.

Las personas que reciban servicio médico que otorga esta ley y que se encuentran en la situación anterior, deberán pagar el importe de los servicios recibidos, y en caso de no hacerlo, el cobro se hará efectivo al derechohabiente.”

Si durante el proceso de investigación realizado por el Instituto, se encontrara alguna situación irregular en cuanto a la veracidad de la información, además de estar consciente que será dado de baja el beneficiario del servicio médico, me comprometo a reembolsar al IMPE todos los gastos realizados por la atención medica que se le haya brindado, y se podrá hacer efectivo el descuento de dicho servicio, de conformidad con el último párrafo del citado artículo 69 de la Ley del Instituto Municipal de Pensiones.

A T E N T A M E N T E

_____

Nombre y firma del titular del servicio médico