

## Carta de no siniestralidad

Fecha de inicio de vigencia			Póliza No.
Día	Mes	Año	

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros

Presente

Por este medio hago de su conocimiento que desde el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.  
(fecha de inicio de vigencia o de emisión del primer recibo no pagado, la más conveniente para el Asegurado)  
hasta hoy, ninguno de los integrantes de la Póliza en referencia ha recibido atención médica por Accidentes  
o Enfermedades que puedan originar alguna reclamación de los beneficios contemplados en la Póliza.

Estoy consciente de que, en caso de autorizarse la continuidad de mi Póliza, cualquier padecimiento  
que haya iniciado o haya sido diagnosticado desde la fecha arriba mencionada hasta hoy, no quedará  
cubierto por la Compañía de Seguros, así como de que, conforme a la Ley sobre el Contrato del Seguro,  
estoy obligado a declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere este  
documento, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de que  
la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podrá originar la  
pérdida de mi derecho de Asegurado o del Beneficiario por mi designado, según el caso.

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Día/Mes/Año

### Asegurado Titular

Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Agente

Nombre: \_\_\_\_\_  
Clave: \_\_\_\_\_

### Contratante

Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante