

Estimado Asegurado:

Le informamos que **su póliza ha sido cancelada automáticamente por falta de pago**. Para proceder con la aclaración o la rehabilitación de su póliza, solicitamos que lea las siguientes indicaciones:

1. Descargue la **Solicitud de Rehabilitación**.
2. La Solicitud de Rehabilitación deberá ser llenada y firmada por el Contratante/Titular.
3. Envíe esta información al correo de rehabilitaciones (existe uno por cada localidad, se enlistan al final).
4. Una vez que reciba la confirmación de su solicitud, realice el pago. El pago se tendrá que realizar dentro de un plazo NO mayor a 48 horas para su posterior aplicación.
5. Envíe su comprobante al correo correspondiente de rehabilitaciones (se encuentra al final), de lo contrario, se volverá a cancelar la póliza y se tendrá que reiniciar este mismo proceso.

En caso de que usted haya efectuado el pago en tiempo, favor de enviar al mismo correo de rehabilitaciones la siguiente documentación para realizar la aclaración:

- Comprobante de pago
- Número de póliza
- Número de recibo

Esta información deberá ser enviada al correo electrónico:

Zona Norte:

rehabilitacionmty@sisnova.com.mx

Zona Occidente:

rehabilitaciongdl@sisnova.com.mx

Zona Centro-Sureste:

rehabilitacionmex@sisnova.com.mx

ZONAS DE ATENCIÓN



Zona Norte



Zona Occidente



Zona Centro - Sureste

Fecha de la solicitud:	<input type="text"/>	
Póliza para rehabilitar:	<input type="text"/>	
Vigencia del:	<input type="text"/>	al: <input type="text"/>
Asegurado Titular:	<input type="text"/>	
Contratante:	<input type="text"/>	
	(llenar en caso de ser diferente al Titular)	
Agente:	<input type="text"/>	
Clave del agente:	<input type="text"/>	

A quien corresponda,

Por medio del presente, solicito la rehabilitación de la póliza señalada anteriormente que por falta de pago fue cancelada.

A continuación explico los motivos de la falta de pago:

Hago de su conocimiento que desde el (fecha de recibo pendiente de pago) hasta el día de hoy, ninguno de los integrantes de la póliza en referencia ha recibido atención médica.

Estoy de acuerdo de que en caso de que proceda la autorización para rehabilitar mi póliza, no quedarán cubiertos por la Compañía:

- Cualquier accidente, enfermedad o riesgo cubierto, que haya iniciado entre la fecha de recibo pendiente de pago y el día de hoy, así como sus complicaciones y gastos complementarios.
- Cualquier gasto médico que se haya generado entre la fecha de recibo pendiente de pago y el día de hoy, incluso si ya existen pagos previos relacionados con dichos gastos.

Estoy consciente que de acuerdo con el artículo 52 de la Ley sobre el Contrato del Seguro estoy obligado a declarar aquellos hechos relevantes para la apreciación del riesgo que conozca al momento de firmar este documento, y de que en caso contrario como lo es la no declaración, la inexacta o la falsa declaración, podrá generar que cesen de pleno derecho las obligaciones de la Compañía respecto a la póliza en referencia.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Titular	Firma del Contratante y/o Representante Legal	Firma del Agente