(Fecha de expedición Mes, Día, Año)

Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte

PRESENTE

|  |  |
| --- | --- |
| Número de póliza |  |
| Fecha de inicio de vigencia de la póliza |  |
| Fecha de fin de vigencia de la póliza |  |
| Fecha de inicio del último recibo pagado |  |
| Fecha de término del último recibo pagado |  |
| Fecha del último recibo de pago |  |
| Forma de pago |  |

(Nombre del asegurado) por medio de la presente manifiesto a esta Institución de Seguros que desde el (dd/mm/aaaa) (fecha de término del último recibo pagado), hasta el día de hoy (dd/mm/aaaa), no he recibido atención médica por Enfermedad o Accidente que pueda originar alguna reclamación de los beneficios contemplados en la póliza.

De igual forma manifiesto que no existe siniestro alguno que reclamar, ni diagnóstico médico o quirúrgico, ni cambios en mi salud, que pudieran suponer la aparición de algún padecimiento y que puedan originar alguna reclamación para la indemnización de acuerdo a las coberturas de la póliza número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro y acepto que en caso de autorizarse la continuidad de la Póliza, cualquier padecimiento que haya iniciado desde la fecha arriba mencionada hasta el día de hoy, NO QUEDARAN CUBIERTOS por la Institución de Seguros, así como de que, conforme a la Ley Sobre el Contrato de 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 el entendido de que cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos podrá originar la rescisión de pleno derecho del contrato de seguro asentado en la póliza antes referida.

Por lo anterior, solicito la rehabilitación de la póliza número \_\_\_\_\_\_\_\_ comprometiéndome a realizar el pago de la misma con fecha posterior al término del periodo de gracia que se me concede, quedando sujeta dicha rehabilitación a la autorización expresa de esa Institución de Seguros.

Anexo datos de contacto para que me localicen en caso de alguna duda relacionada con este trámite

Correo electrónico:

Atentamente,

Nombre completo y firma del contratante

Firma del contratante o representante legal

Se anexa a este documento:

1. Copia de identificación oficial y vigente del contratante o representante legal
2. Caso de que el contratante sea persona moral, copia del poder de la persona que firma como representante legal
3. Caso de póliza Familiar o individual, Formato de solicitud de rehabilitación debidamente firmada y llenada

**ESTA CARTA DE NO SINIESTRALIDAD TIENE VALIDEZ DE 10 (DÍEZ) DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN.**