

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