



Fecha de inicio de vigencia			Póliza No.
Día	Mes	Año	

AXA Seguros, S.A. de C.V.
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 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 mí designado, según el caso.

Día Mes Año

Lugar _____ Fecha: | | | | | | | | | |

Asegurado Titular:
Nombre _____

Agente:
Nombre _____
Clave _____

Firma del Asegurado Titular

Firma del Agente