SEGUROS DE SALUD

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MAPFRE TEPEYAC, S.A.**

## P R E S E N T E

**At´n:**

Por medio de este conducto solicito a **Mapfre Tepeyac, S.A.** la rehabilitación de la póliza No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cuyo contratante es:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y el agente que me atiende es el Sr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con clave número:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIGENCIA:

TITULAR DE LA POLIZA: .

DEPENDIENTES: 1-. 2-.

 3-.

 4-.

 5-.

 6-.

Hago constar que a la fecha tanto el suscrito como los arriba mencionados, no contamos con ninguna patología en evolución, ni padecimientos bajo control médico que requieran tratamiento, en consecuencia hago constar que gozamos de perfecta salud.

En virtud de la anterior declaración, estoy de acuerdo en que si la misma no es real o incurro en falsas o inexactas declaraciones en el cuestionario de solicitud de seguros, **Mapfre Tepeyac,S.A*.*** rescinda el contrato de seguro, incluyendo la póliza respectiva desde su inicio de vigencia, perdiendo mi derecho a reclamar el pago o reembolso de los gastos médicos que pretenda cobrar al amparo de ésta póliza.

**A t e n t a m e n t e,**

# Contratante Titular Agente