



México D. F., a _____

Ref: Póliza N°: _____

**Plan Seguro S.A. de C.V. Compañía de Seguros
Área de Trámite y Emisión**

Asunto: Carta de No siniestralidad É Rehabilitación.

A quien corresponda:

Por medio de la presente, solicito se acepte el pago vencido de mi póliza ya que de la fecha de cancelación a la fecha en que se autorice la rehabilitación no existe siniestro alguno que reclamar, diagnóstico emitido por un profesional de la salud ni síntomas o signos que pudieran suponer la aparición de algún padecimiento.

Estoy conforme en que Plan Seguro S.A. de C.V. Compañía de Seguros no cubrirá ningún Accidente o Enfermedad que hubiese ocurrido en el lapso de tiempo mencionado.

Atentamente,

**Nombre completo y firma
Asegurado titular**

**Nombre completo y firma
Representante Legal
(únicamente en pólizas de Grupo y Colectivo)**

Nota: Esta carta de no siniestro tiene validez de 10 días naturales a la fecha de expedición.