

CARTA DE BUENA SALUD

Fecha de inicio de Vigencia.

Día	Mes	Año	Póliza N°

PREVEM 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) hasta hoy, todos los integrantes de la póliza en referencia contamos con un estado de salud favorable; a su vez no hemos requerido algún tipo de atención médica u hospitalaria a consecuencia de enfermedad o accidente durante el periodo de inicio de vigencia de mi póliza o de la emisión del recibo no pagado.

La presente afirmación la hacemos en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podrán originar la pérdida de mis derechos como Asegurado o del Beneficiario por mí designado, según sea el caso.

Lugar _____

Fecha:

Día	Mes	Año

Nombre Asegurado Titular _____

Firma del Asegurado Titular _____

PREVEM Seguros, S.A. de C.V.