

**Apreciable cliente:**

De conformidad con lo dispuesto en la Cláusula de Ajuste automático de Suma Asegurada de las Condiciones Generales de su póliza, es necesario que nos entregue en formato libre, una declaración de cambios de salud, ocupación o actividad deportiva con el objeto de evaluar el riesgo en caso de que el Saldo de su Fondo de Reserva exceda el 95% de la Suma Asegurada que haya contratado.

En atención a lo anterior, ponemos a su disposición el siguiente texto sugerido.

El documento deberá ser entregado a su Asesor o en las oficinas de **Seguros Monterrey New York Life S.A. de C.V.**

**Declaración de cambio de salud y/u ocupación**

**Póliza:**

**Asegurado principal:**

**Contratante:**

**Asegurado:**

**Para: Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.**

Debido al Ajuste Automático de Suma Asegurada realizado de acuerdo a las condiciones generales del contrato de seguro amparado por la póliza de referencia, por medio de la presente hago del conocimiento de esa institución aseguradora que desde la última vez que presente requisitos de asegurabilidad ante esta compañía, mi estado de salud, ocupación o actividad deportiva no ha presentado cambio alguno, salvo aquellos que detallo a continuación:

<b>Padecimiento, ocupación ó deporte</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Tratamiento</b> (En caso de padecimiento)	<b>Estado actual</b>

Asimismo reconozco que esta compañía se reserva el derecho de solicitarme exámenes médicos para efectos de evaluar adecuadamente el riesgo y determinar si acepta las primas adicionales que originaron el ajuste automático de suma asegurada.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre del asegurado principal de la póliza

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_