Bogotá D.C., Colombia.

[X] de XXXXXXXXXXXX de 2021.

Señores,

**MAPFRE SEGUROS**

Asunto: CARTA DE NO SINIESTROS Y NO CAMBIOS EN EL ESTADO DEL RIESGO

Yo, [NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD] identificado(a) con la [DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN] número [NÚMERO DE CEDULA] de la ciudad de [CEDULA DE EXPEDICIÓN DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN] y portador de la tarjeta profesional No. [NÚMERO DE T.P], me permito informar que mi especialidad sigue siendo [INDICAR ESPECIALIDAD INFOMANDO SI REALIZA O NO CIRUGIAS O PROCEDIMIENTOS INVASIVOS], la cual reporté en el año \_\_\_\_\_\_\_\_. Adicionalmente, confirmó que a la fecha no tengo conocimiento de hechos o circunstancias que puedan dar lugar a una reclamación conforme a las coberturas otorgada en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional de FECOLSA.[[1]](#endnote-1)

Cordialmente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD]

[TIPO Y NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN]

[NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL]

1. Es importante aclarar que la reticencia o la inexactitud en la información proporcionada en el formulario producen la nulidad relativa del seguro tal y como se estipula artículo 1058 del Código de Comercio.

   De igual manera, se deben notificar los estudios, procedimientos y especialidades que se vayan adquiriendo durante la vigencia de la póliza toda vez que, estas circunstancias constituyen una modificación en el estado del riesgo, el cual debe informarse a la aseguradora con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación, so pena de producirse la terminación del contrato, según lo establecido en el artículo 1060 del Código de Comercio [↑](#endnote-ref-1)