

Pase de Atención Médica

Accidentes Personales

| Fecha | | |
|-------|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

| | | | |
|---------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------|
| Póliza 80233 | Hora : | Vigencia 17/08/23 A 26/07/24 | Deducible \$0.00 |
|---------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------|

| | |
|--------------------|-------|
| Hospital / Clínica | Tel.: |
|--------------------|-------|

| | |
|---|--------------------------|
| Nombre del Contratante SENDA DEL YAQUI, A.C. | Tel.: 644 4131140 |
|---|--------------------------|

| | |
|---|--|
| Nombre del Lesionado MORENO CASTAÑEDA DAMIAN | Fecha de nacimiento: 13/12/2011 |
|---|--|

| | |
|------------------------------------|-------|
| Correo electrónico del acompañante | Tel.: |
|------------------------------------|-------|

Descripción del Siniestro

Lesiones



Nombre, Firma y Sello de la Persona que Autoriza

Firma y Sello de Recepción Hospital

Importante: La entrega del pase al lesionado es responsabilidad de cada contratante quien se responsabilizará de cualquier mal uso que se pueda hacer.

La validez es únicamente por dos días hábiles posteriores a la fecha del evento que da origen a la cobertura. Deberá llenarse en su totalidad con letra molde a una sola tinta, indispensable contar con nombre, firma y sello de quien autoriza. El documento pierde validez en caso de presentar tachaduras o enmendaduras.

Para cualquier atención o asunto relacionado con algún siniestro de pago directo deberá comunicarse al **800 0087 267** el cual opera las 24 hrs. del día los 365 días del año. sss*** Este número también opera para atenciones subsecuentes amparadas inicialmente por Chubb Seguros México, S.A.***