

## Pase de Atención Médica

Accidentes Personales

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

|                     |        |                                     |                         |
|---------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------|
| Póliza <b>80283</b> | Hora : | Vigencia <b>17/08/23 A 17/07/24</b> | Deducible <b>\$0.00</b> |
|---------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------|

|  |  |
|--|--|
| Hospital / Clínica                                   | Tel.:                                  |
| Nombre del Contratante <b>SENDA DEL YAQUI, A.C.</b>  | Tel.: <b>644 4131140</b>               |
| Nombre del Lesionado <b>CONTRERAS MEDINA OSWALDO</b> | Fecha de nacimiento: <b>15/05/1979</b> |
| 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.\*\*\*