

## Pase de Atención Médica

Accidentes Personales

Fecha		
Día	Mes	Año

Póliza <b>71929</b>	Hora :	Vigencia <b>17/08/22 A 17/07/23</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>CASTRO SARMIENTO CARLOS ALBERTO</b>	Fecha de nacimiento: <b>27/03/2009</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.\*\*\*