

## Documentación de Siniestro Pase de Atención Médica

Póliza	<b>89333</b>	Hora	:	Vigencia	<b>17/08/24 - 17/08/25</b>	Deducible	<b>\$0.00</b>
--------	--------------	------	---	----------	----------------------------	-----------	---------------

Hospital / Clínica	Tel.	
Nombre del Contratante	<b>SENDA DEL YAQUI, A.C.</b>	
Nombre del Lesionado	<b>FIGUEROA ARREOLA GUSTAVO RAFAEL</b>	Fecha de nacimiento
Correo electrónico del Acompañante	Tel.	<b>27/01/2014</b>
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 48 hrs. a la fecha de ocurrido 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.\*\*\*