

Documentación de Siniestro Pase de Atención Médica

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------|------|---|---------------------|----------------------------|-----------|---------------|
| Póliza | 89333 | Hora | : | Vigencia | 17/08/24 - 17/08/25 | Deducible | \$0.00 |
| Hospital / Clínica | | | | | | Tel. | |
| Nombre del Contratante | | | | | | Tel. | |
| SENDA DEL YAQUI, A.C. | | | | | | | |
| Nombre del Lesionado | | | | Fecha de nacimiento | | | |
| IVICH SERRANO FRANCISCO JAVIER | | | | 29/12/2009 | | | |
| 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 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.***