

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|

## 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>   | Tel.                |                   |
| Nombre del Lesionado               | <b>LOPEZ FLORES MARIA JOSE</b> | Fecha de nacimiento | <b>25/01/2013</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 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.\*\*\*