

## 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>NOLASCO AMEZCUA VALENTINA</b> |              |      |   | Fecha de nacimiento |                            | <b>30/06/2016</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.\*\*\*