

## 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>RAMIREZ IBARRA FRANCISCO RAFAEL</b> | Fecha de nacimiento | <b>11/04/2013</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.\*\*\*