

## 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						Tel.	
Nombre del Lesionado						Fecha de nacimiento	<b>14/06/2011</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.\*\*\*