

		/			/			
--	--	---	--	--	---	--	--	--

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	SENDA DEL YAQUI, A.C.	Tel.	
Nombre del Lesionado	SALIDO RINCON CELINA	Fecha de nacimiento	07/05/2010
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.***