

**Documentación de Siniestro
Pase de Atención Médica**

Fecha		/		/			
-------	--	---	--	---	--	--	--

Póliza	Hora	:	Vigencia	Deducible
Hospital / Clínica				Tel.
Nombre del Contratante				Tel.
Nombre del Lesionado	Fecha de nacimiento			/ /
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.***