

Pase para Revisión Médica

Folio



Datos generales

No. de siniestro No. de póliza Inciso Fecha del accidente
Hora de emisión del pase Lesionado de

Datos del lesionados

Ocupantes

Terceros

Nombre (s) Sexo M Edad Teléfono del lesionado
Apellido Paterno F Fecha de nacimiento
Apellido Materno

Datos del hospital asignado

Nombre de la institución hospitalaria Teléfono
Dirección hospital (calle y colonia)
Descripción de lesiones

Nota: Le recomendamos acudir al hospital asignado en donde le brindarán la atención que su caso requiera.

PARA CUALQUIER DUDA O ACLARACIÓN DE SU CASO MARCAR AL 01 800 011 5900

Lugar y fecha de atención

Nombre y firma del ajustador

Nombre y firma del lesionado

Para dudas, seguimiento o quejas al 01 800 888 3673

Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo esta en www.zurich.com.mx

Uso interno.

"Este documento se encuentra sujeto a los términos y condiciones Generales y/o Especiales del producto contratado."

OCUPANTE/TERCERO

FDDO-026