

Solicitud para Atención Médica



No. Póliza	Siniestro	Nº 460928
Doctor	Sanatorio	
Domicilio		
Asegurado	Fecha de Accidente	Día Mes Año

Suma Asegurada

Ocupantes	Terceros
Por persona	Por persona
Dos o más personas	Dos o más personas
Favor de atender a	Edad
Domicilio Colonia	Teléfono
Favor de atender a	Edad
Domicilio Colonia	Teléfono
Favor de atender a	Edad
Domicilio Colonia	Teléfono
Si es menor de edad, nombre del Padre, Madre o Tutor	
Nombre	
Domicilio Colonia	Teléfono

Observaciones

Nombre del Ajustador		Fecha
		Día Mes Año
Firma	Lugar	

Válida por 15 días a partir de la fecha de emisión