

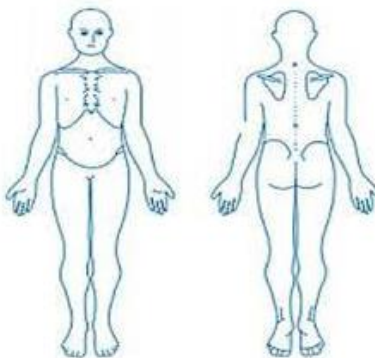


PASE MEDICO

POLIZA	CERTIFICADO	SINIESTRO	CAUSA SINIESTRO	FECHA P/MEDICO	TEFEFONO N/A o 3ro
CORREO ELECTRONICO		COBERTURA AFECTADA		AFECTADO	FOLIO
NOMBRE DEL AFECTADO					
EDAD	TELEFONO DE CONTACTO	¿ES AMBULATORIO?	¿REQUIRIO AMBULANCIA?	NOMRE DE AMBULANCIA	
DOMICILIO LESIONADO					
HOSPITAL/CLINICA					
NOMBRE		DOMICILIO			

MEDICO DE CONTACTO	TELEFONO

LESIONES



DESCRIPCION DE LESIONES

OBESVACIONES

NOMBRE Y FIRMA AJUSTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

en que fue emitida, le recomendamos dar aviso inmediato a la compañía de seguros en caso de superar dichos días.