

Carta Pase de Admisión

Proveedor

HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Presente

| | | | |
|-------------------|------------|--------|----------------------|
| Folio de trámite: | Siniestro: | ID: | Fecha de expedición: |
| IH00891160291114 | 2025/22175 | 507584 | 24/12/2025 |

Datos del asegurado

Asegurado afectado

HANSEL FABIAN GONZALEZ MELGOZA

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Edad | Género | Asegurado Titular |
| 47 | M | HANSEL FABIAN GONZALEZ MELGOZA |
| Ramo | Póliza | Certificado |
| 35000 | 5522 | 40 |
| Contratante | MIRKA MEXICANA | |
| Fecha de alta en póliza | Vigencia de la póliza | |
| 16/07/2025 | 01/07/2025 al 01/07/2026 | |

Datos de hospitalización

| | | |
|---|--------------------|-------------------|
| Fecha de ingreso hospitalario | Tipo de ingreso | Tipo de atención |
| 19/12/2025 | INICIAL | ENFERMEDAD |
| Diagnóstico (ICD10) | Clave | |
| INFLUENZA CON NEUMONÍA, DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO | J10.0 | |
| Tratamiento (CPT4) | Clave | |
| Médico tratante | ¿Es médico de Red? | ¿Acepta convenio? |
| LUIS ANDRES REYES NARANJO | Red | |

Datos de trámite

| | | |
|---|------------------------------------|----------------------|
| Deducible | Coaseguro Hosp. | Coaseguro H. Médicos |
| 10,318.38 | 0.00 | 0.00 |
| Tope de Coaseguro | Valor | |
| SÍ | 35,000.00 | |
| Suma Asegurada autorizada para hospital | Cantidad en letra | |
| 115,000.00 | CIENTO QUINCE MIL PESOS 0/100 M.N. | |

La póliza cubre por este evento los siguientes conceptos

| Servicio | Importe |
|----------|---------|
|----------|---------|

Observaciones

SE CUBRE EVENTO INICIAL POR ENFERMEDAD (INFECCIOSO/AGUDO) | APLICA DEDUCIBLE \$10,318.38, SIN COASEGURO POR CONDICIONES | MEDICO SE AJUSTA | NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NO RELACIONADOS Y EXCLUIDOS POR CONDICIONES |

Esta carta tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición o hasta el fin de la vigencia de la misma.

Estimado proveedor le informamos que cuenta con 60 días naturales a partir de que se hayan otorgado los servicios a nuestro asegurado por hacer el cobro del monto autorizado por los mismos. Para iniciar la gestión de tus pagos ve a:

www.zurich.com.mx/PortalAgentes/Index

Para cualquier duda sobre el proceso de alta comuníquese a nuestro CAZ 5284 - 1010 desde la Ciudad de México y Zona Metropolitana o al 01 800 011 5900 desde el resto de la República Mexicana.

Gastos no Cubiertos: Conceptos a cargo del Asegurado (Deducible, Coaseguro y Coaseguro de Honorarios Médicos), Gastos Personales, Gastos expresamente excluidos por las Condiciones Generales de la Póliza, Honorarios Médicos en exceso de diferencia de honorarios. La compañía se reserva el derecho de retirar esta autorización en caso de practicarse algún tratamiento o cirugía adicional no autorizada durante la estancia del Asegurado (a) en el Hospital; Notificar Ingreso Hospitalario, en caso de que se supere la Suma Asegurada autorizada informar de inmediato al Centro de atención Zurich (CAZ) 01 800 011 59 00. Facturar a Nombre de ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. RFC: QMS950529PU4.

Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en www.zurich.com.mx

- Altamente confidencial

- Aviso confidencial: "Al informar en este documento sus datos personales, incluyendo aquellos de carácter patrimonial y sensibles, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo está en www.zurich.com.mx

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390.



Zurich México

Carta Pase de Admisión

Proveedor

MEDICO NO RED

Presente

| | | | |
|-------------------|------------|--------|----------------------|
| Folio de trámite: | Siniestro: | ID: | Fecha de expedición: |
| IH00891160291114 | 2025/22175 | 507588 | 24/12/2025 |

Datos del asegurado

Asegurado afectado

HANSEL FABIAN GONZALEZ MELGOZA

Edad Género Asegurado Titular

47

M

HANSEL FABIAN GONZALEZ MELGOZA

Ramo Póliza Certificado

35000

5522

40

Contratante

MIRKA MEXICANA

Fecha de alta en póliza Vigencia de la póliza

16/07/2025

01/07/2025

al

01/07/2026

Datos de hospitalización

Fecha de ingreso hospitalario

19/12/2025

Tipo de ingreso

INICIAL

Tipo de atención

ENFERMEDAD

Diagnóstico (ICD10)

INFLUENZA CON NEUMONÍA, DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO

Clave

J10.0

Tratamiento (CPT4)

Clave

Médico tratante

LUIS ANDRES REYES NARANJO

¿Es médico de Red?

Red

¿Acepta convenio?

Datos de trámite

Deducible

00.00

Coaseguro Hosp.

0.00

Coaseguro H. Médicos

0.00

Tope de Coaseguro

SÍ

Valor

35,000.00

Suma Asegurada autorizada para hospital

0.00

Cantidad en letra

La póliza cubre por este evento los siguientes conceptos

Servicio

Importe

MEDICO

12,000.00

Observaciones

SE CUBREN HONORARIOS MEDICOS DEL DR.LUIS ANDRES REYES NARANJO POR ATENCION DEL 19 AL 24 DE DIC 2025

Esta carta tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición o hasta el fin de la vigencia de la misma.

Estimado proveedor le informamos que cuenta con 60 días naturales a partir de que se hayan otorgado los servicios a nuestro asegurado por hacer el cobro del monto autorizado por los mismos. Para iniciar la gestión de tus pagos ve a:

www.zurich.com.mx/PortalAgentes/index

Para cualquier duda sobre el proceso de alta comuníquese a nuestro CAZ 5284 - 1010 desde la Ciudad de México y Zona Metropolitana o al 01 800 011 5900 desde el resto de la República Mexicana.

Gastos no Cubiertos: Conceptos a cargo del Asegurado (Deducible, Coaseguro y Coaseguro de Honorarios Médicos), Gastos Personales, Gastos expresamente excluidos por las Condiciones Generales de la Póliza, Honorarios Médicos en exceso de diferencia de honorarios. La compañía se reserva el derecho de retirar esta autorización en caso de practicarse algún tratamiento o cirugía adicional no autorizada durante la estancia del Asegurado (a) en el Hospital; Notificar Ingreso Hospitalario, en caso de que se supere la Suma Asegurada autorizada informar de inmediato al Centro de atención Zurich (CAZ) 01 800 011 59 00. Facturar a Nombre de ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. RFC: QMS950529PU4.

Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en www.zurich.com.mx

- Altamente confidencial

- Aviso confidencial: "Al informar en este documento sus datos personales, incluyendo aquellos de carácter patrimonial y sensibles, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo está en www.zurich.com.mx"

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390.



Zurich México