

ATENCION HOSPITALARIA

Folio 522971

I. Datos de la póliza

Póliza número en trámite. Vigencia: del 01/01/2026 al 01/01/27 Pagada Si () No ()
 Certificado número _____ Identificación con: _____
 Nombre del contratante Casa Industrial de Comercio SAPI. Teléfono _____
 Nombre del titular Sanchez Roguel Aldo Erick
 Nombre del asegurado afectado Gerardo Hernandez Samanta Ulleta
 Fecha de nacimiento 28/04/1984 Edad 37 Sexo: Masculino () Femenino (X)
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal Conyuge
 Fecha de alta a la póliza _____ Fecha de antigüedad _____ Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Angels Clinic London. Cuarto 610. Fecha y hora ingreso 09/ Enero/2026
 Médico tratante Dr. Mario Alberto Velazquez Santiago
 Causa del internamiento Accidente Enfermedad NOI.
 Diagnóstico Torsión Aguda / Dolor Abdominal Agudo con Sangrado de Tubo
 Tratamiento Colonoscopia con Toma de Dx. Clave 45380

III. Dictamen

Siniestro número en trámite. Procede la reclamación Si (X) No ()
 Causa del rechazo _____
 Suma asegurada \$ 120,000. Cantidad con letra Ciento Veinte mil pesos. 00/100ps
 Cubre Hospital (X) Cuarto standard (X) Cama extra (X)
 Validez 15 días a partir de la fecha de expedición
 Responsabilidad máxima por pago de honorarios
 Honorarios cirujano \$ _____ Por tratamiento médico \$ _____
 Ayudante 1° \$ _____ Ayudante 2° \$ _____
 Honorarios anestesiista \$ _____ Otros \$ _____
 Deducible \$ 6,878.92. Cargos a cuenta del asegurado Indicible más IVA
 Coaseguro 0 %

Gastos no cubiertos por la póliza y a cargo del paciente: pañales, comidas acompañantes, llamadas larga distancia, gastos de recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal, (pañuelos desechables, shampoo, peine, ropa, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces) excedentes de habitación standard y películas, estacionamiento, otros.

NOTA IMPORTANTE: Si el pago de la póliza no ha sido efectuado durante el plazo pactado o la enfermedad se encuentra fuera de las condiciones contratadas, se exime de toda responsabilidad a Seguros Atlas, S.A. obligándose a cubrir los gastos que se erogan por esta reclamación.

Donde del Corrales E 10-01-2026 20:57
 Nombre y firma médico asesor Teléfono Enterado paciente o familiar Recibe hospital AR JUREZ V.

Nota: Solicitar al hospital factura por pago de deducible y lo coaseguro lo cual deberá de presentarse ante la aseguradora para cualquier trámite posterior.

CONTRATO DE NO ADHESION NO REQUIERE AUTORIZACION POR LA C.N.S.F.

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: 9177-51-10 www.segurosatlas.com.mx

ATENCION HOSPITALARIA

Folio **522971**

I. Datos de la póliza

Póliza número 123456789 Vigencia: del 01/01/2010 al 31/12/2011 Pagada Si () No ()
 Certificado número 123456789 Identificación con: 123456789
 Nombre del contratante Dr. Roberto García Teléfono 123456789
 Nombre del titular Dr. Roberto García
 Nombre del asegurado afectado Dr. Roberto García
 Fecha de nacimiento 01/01/1970 Edad 41 Sexo: Masculino () Femenino ()
 Estado Civil Casado Parentesco con el asegurado principal Hijo
 Fecha de alta a la póliza 01/01/2010 Fecha de antigüedad 1 Nacional Si Extranjera No

II. Datos de hospitalización

Hospital Hoyta Clínica Cuarto 123 Fecha y hora ingreso 01/01/2010 12:00
 Médico tratante Dr. Roberto García
 Causa del internamiento Accidente () Enfermedad Asi ()
 Diagnóstico Asi
 Tratamiento Asi Clave Asi

III. Dictamen

Siniestro número 123456789 Procede la reclamación Si () No ()
 Causa del rechazo Costo de honorarios médicos
 Suma asegurada \$ 1000000 Cantidad con letra Un millón
 Cubre Hospital () Cuarto standard () Cama extra ()
 Validez 15 días a partir de la fecha de expedición
 Responsabilidad máxima por pago de honorarios

Honorarios cirujano	\$ <u>7,850</u>	Dr. Velazquez Santiago	\$ <u>1100 cuota max. no</u>
Ayudante 1°	\$ <u>1,570</u>	Dr. Oscar Velazquez Santiago	\$ <u>201 día (1 día)</u>
Honorarios anestesiista	\$ <u>2,355</u>	Dr. Archi	\$ <u>2000. Vigencia</u>

Cargos a cuenta del asegurado
 Deducible \$ 0 Coaseguro 0 % \$ 0

Gastos no cubiertos por la póliza y a cargo del paciente: pañales, comidas acompañantes, llamadas larga distancia, gastos de recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal, (pañuelos desechables, shampoo, peine, ropa, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces) excedentes de habitación standard y películas, estacionamiento, otros.

NOTA IMPORTANTE: Si el pago de la póliza no ha sido efectuado durante el plazo pactado o la enfermedad se encuentra fuera de las condiciones contratadas, se exime de toda responsabilidad a Seguros Atlas, S.A. obligándome a cubrir los gastos que se erogan por esta reclamación.

Nombre y firma médico asesor Dr. Roberto García Teléfono 123456789 Enterado paciente o familiar 123456789 Recibe hospital 123456789

CONTRATO DE NO ADHESION NO REQUIERE AUTORIZACION POR LA C.N.S.F.

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas,
 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: 9177-51-10 www.segurosatlas.com.mx