

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 Esquivel Aldo Erick
 Nombre del asegurado afectado Jenaro Hernandez Zamora Ulita
 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 Clinica Lomas. Cuarto 610. Fecha y hora ingreso 09/ Enero/2026
 Médico tratante D. Maria Alberto Velazquez Santiago
 Causa del internamiento Accidente Enfermedad NSI.
 Diagnóstico Fanulito Agudo / Dolor Abdominal Agudo con Sangrado de tubo
 Tratamiento Colonoscopia con Toma de Dx. Clave 45380

III. Dictamen Digestivo Bajo

Siniestro número en trámite. Procede la reclamación Si (X) No ()
 Causa del rechazo _____
 Suma asegurada \$ 120,000. Cantidad con letra Ciento Veinte mil Pasa. ochocientos
 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 anestesista \$ _____ Otros \$ _____
 Cargos a cuenta del asegurado
 Deducible \$ 6,878.92. Coaseguro 0. % \$ Deducible mio IA

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.

Donde del Corral Lopez E 10-01-2026 20:57
 Nombre y firma médico asesor Teléfono Enterado paciente o familiar Recibe hospital OSCAR JUAREZ V.

Note: Solicite 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.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Folio 522971

I. Datos de la póliza

Póliza número 522971 Vigencia: del 10/01/2016 al 31/12/2016 Pagada Si () No ()
 Certificado número _____ Identificación con: _____
 Nombre del contratante Compañía de Seguros Atlas Teléfono _____
 Nombre del titular Sección de Salud de la Compañía
 Nombre del asegurado afectado Sección de Seguros de la Compañía
 Fecha de nacimiento 20/01/1987 Edad 29 Sexo: Masculino () Femenino ()
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal _____
 Fecha de alta a la póliza _____ Fecha de antigüedad _____ Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Hoyta Clínica de Salud Cuarto 100 Fecha y hora ingreso 10/01/2016 20:37
 Médico tratante Dr. Velazquez Santiago
 Causa del internamiento Accidente () Enfermedad ASL ()
 Diagnóstico Lesión por caída
 Tratamiento Atención médica Clave 100000

III. Dictamen

Siniestro número 522971 Procede la reclamación Si () No ()
 Causa del rechazo Corte de póliza
 Suma asegurada \$ _____ Cantidad con letra _____
 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>	<u>Dr. Velazquez Santiago</u>	Por tratamiento médico	\$ <u>1100 cuota máx. no</u>
Ayudante 1°	\$ <u>1,570</u>	<u>Dr. Oscar Vazquez Martinez</u>	Ayudante 2°	\$ <u>201 día (1 día)</u>
Honorarios anestesiista	\$ <u>2,355</u>	<u>Dr. Archi</u>	Otros	\$ <u>2000. Vigencia</u>

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

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 _____ Teléfono _____ Enterado paciente o familiar _____ Recibe hospital 10/01/2016 20:37

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