

# ATENCIÓN HOSPITALARIA

**Seguros Atlas**

La empresa a mi medida

Folio

523000-20

## I. Datos de la póliza

Póliza número 00033 9818 97 Vigencia: del 30/10/2024 al 30/10/25 Pagada Si ( ) No ( )  
 Certificado número 2-555670-1 Identificación con: \_\_\_\_\_  
 Nombre del contratante Vocacion Travel Advisory SA de CV Teléfono \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular Pedro Aguirre Denis Lizet  
 Nombre del asegurado afectado Pedro Aguirre Denis Lizet  
 Fecha de nacimiento 15/02/1981 Edad 44 Sexo: Masculino ( ) Femenino (X)  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Parentesco con el asegurado principal T. Hija  
 Fecha de alta a la póliza 30/10/23 Fecha de antigüedad 30/10/23 Nacional \_\_\_\_\_ Extranjera \_\_\_\_\_

## II. Datos de hospitalización

Hospital Angelica Cligre Leal Cuarto 714 Fecha y hora ingreso 23/01/26  
 Médico tratante Dr. Alvaro Chavez Hernandez  
 Causa del internamiento \_\_\_\_\_ Accidente ( ) Enfermedad D251 (X)  
 Diagnóstico Neumonía Obstruccion  
 Tratamiento Neumotomía por Resectoscopia Clave Q 381X5

## III. Dictamen

Siniestro número 000 19260 2025 Procede la reclamación Si (X) No ( )  
 Causa del rechazo Falta ante cancelación y cobro del Folio No. 000-19260-2025  
004. solo en caso asegurado  
 Suma asegurada \$ 176,000 Cantidad con letra Ciento setenta y seis mil pesos 00/100  
 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 \$ \_\_\_\_\_  
 Cargos a cuenta del asegurado  
 Deducible \$ 14,789.68 Coaseguro 10 % \$ Deducible y Coaseguro no aplica

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.

No a cargo del  
 Nombre y firma médico asesor Dr. del Carmen Lopez Teléfono \_\_\_\_\_  
 Enterado paciente o familiar Agencia Sanchez Matias Oscar  
 Recibe hospital \_\_\_\_\_

Nota: Solicito al hospital factura por pago de deducible y lo coaseguro la cual debe de presentarse ante la aseguradora por cualquier trámite posterior.  
 Agencias a Reembolso.

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

F-244-V/09-2011  
 AMIS

Agente y/o Asegurado