

ATENCION HOSPITALARIA

Seguros Atlas.

La empresa a mi medida

Folio 523000-2).

I. Datos de la póliza

Póliza número	20033 921897	Vigencia: del	30/10/2024	al	30/10/25	Pagada	Si ()	No ()
Certificado número	2-005670-1		Identificación con:					
Nombre del contratante	Vacation Travel Delivery SA de CV.			Teléfono				
Nombre del titular	Rodríguez Aguirre Denis Lizet							
Nombre del asegurado afectado	Rodríguez Aguirre Denis Lizet							
Fecha de nacimiento	15/02/1981	Edad	41	Sexo:	Masculino ()	Femenino (X)		
Estado Civil				Parentesco con el asegurado principal			T. Titular	
Fecha de alta a la póliza	30/10/23	Fecha de antigüedad	30/10/23	Nacional				Extranjera

II. Datos de hospitalización

Hospital	Angélos Clínica Lourdes	Cuarto	717	Fecha y hora ingreso	23/01/26
Médico tratante	D. Alvaro Chávez Hernández				
Causa del internamiento	Accidente ()			Enfermedad	2251 (X)
Diagnóstico	Fractura de clavícula			Clave	8.32145
Tratamiento	Anestesia general. Rx. Roscotorapic.				

III. Dictamen

Siniestro número	200 19260 2025	Procede la reclamación	Si (X)	No ()
Causa del rechazo	Foto mío canceló y cambió el folio No. 200-19260-2025 004. solo en correo asegurada.			
Suma asegurada \$	176,000.	Cantidad con letra	Ciento setenta y seis mil pesos pesos	
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	\$ _____	
Deducible y Coaseguro más ICA				
Deducible	\$ 14,789.68.	Coaseguro 10. %	\$	
Cargos a cuenta del asegurado				

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 eroguen por esta reclamación.

No se abo de

Nombre y firma médico asesor	Teléfono	Enterado paciente o familiar	Recibe hospital
------------------------------	----------	------------------------------	-----------------

*Nota: Se solicita al hospital tratarlo por caso de deducible y/o coaseguro
la cual deberá de presentar ante el asegurador para cobrar lo que faltó posterior.
Hoy mismo a Roembo.*

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.segurosatlasis.com.mx