

Folio **522861**

I. Datos de la póliza

Póliza número 704 100 1435 Vigencia: del 01/10/25 al 01/10/26 Pagada Si () No ()
 Certificado número 1-280012-1 Identificación con: _____
 Nombre del contratante Fluoritema Social Medica SA de CV Teléfono _____
 Nombre del titular Romero Garcia José Mark
 Nombre del asegurado afectado José María Romero Garcia
 Fecha de nacimiento 26/09/75 Edad 50 Sexo: Masculino (X) Femenino ()
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal Titular
 Fecha de alta a la póliza 01/09/16 Fecha de antigüedad 01/09/16 Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Angela Clivia Lardas Cuarto 516 Fecha y hora ingreso 31/01/2026
 Médico tratante D. Julio Villegas Manuel
 Causa del internamiento Accidente Enfermedad (X)
 Diagnóstico Conduto Requiere Estrecho a nivel de L3 a 21 / Estreosis Nervio
 Tratamiento Medico Conservador Clave _____

Examinado Bilateral de L3 a 21 **III. Dictamen** Herido dorsal Ancho y Profundo en L5-21 Colección dorsal Exceso de Reducción L4-L5 L5-S1

Siniestro número 000 1748 2026 Procede la reclamación Si (X) No ()
 Causa del rechazo _____

Suma asegurada \$ 74,000 Cantidad con letra Setenta y cuatro mil pesos. 00/10000
 Cubre Hospital (X) Cuarto standard (X) Cama extra (X)

Lo Sano Asegurado Otorgado Validez 15 días a partir de la fecha de expedición
 Incluye IVA Responsabilidad máxima por pago de honorarios

Honorarios cirujano	\$ _____	Por tratamiento médico	\$ _____
Ayudante 1°	\$ _____	Ayudante 2°	\$ _____
Honorarios anestesiista	\$ _____	Otros	\$ _____

Deducible \$ 0 - Cargos a cuenta del asegurado Coaseguro 5 %
Cocargos más IVA
Lo Sano Asegurado autorizada incluye IVA

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, disfraces) 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.

Sin descuento.

<u>Dr. J. del Carmen Lopez</u>	_____	_____	ANÁLISIS DE CUENTAS
Nombre y firma médico asesor	Teléfono	Enterado paciente o familiar	Recibe hospital

Nota: Solicitar al hospital factura por pago de deducible y lo. cocargos la cual debió 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

Folio **522861**

I. Datos de la póliza

Póliza número 701 100 1105 Vigencia: del 01/10/15 al 31/10/16 Pagada Si () No ()
 Certificado número 1-2002-1 Identificación con: _____
 Nombre del contratante Thelma Sant Mera S de RL Teléfono _____
 Nombre del titular Rafael García Hernández
 Nombre del asegurado afectado Rafael García Hernández
 Fecha de nacimiento 21/01/75 Edad 36 Sexo: Masculino (x) Femenino ()
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal Padre
 Fecha de alta a la póliza 01/10/16 Fecha de antigüedad 01/10/16 Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Anglo Chino de México Cuarto 216 Fecha y hora ingreso 01/10/16
 Médico tratante Dr. Carlos Alberto Méndez
 Causa del internamiento Accidente () Enfermedad (x)
 Diagnóstico Lesión de tendón de Aquiles de pie izquierdo
 Tratamiento Medicamentos Clave _____

III. Dictamen

Siniestro número 100 110 2006 Procede la reclamación Si (x) No ()
 Causa del rechazo Coste Honorarios Médicos
 Suma asegurada \$ _____ Cantidad con letra _____
 Cubre Hospital (x) Cuarto standard (x) Cama extra ()
 Validez 15 días a partir de la fecha de expedición
 Responsabilidad máxima por pago de honorarios
 Honorarios cirujano \$ _____ Por tratamiento médico \$ Visita subsiguiente p
 Ayudante 1° \$ _____ Ayudante 2° \$ 26: 2090 (1)
 Honorarios anestesiista \$ _____ Otros \$ 1900. Honorarios Volación
 Cargos a cuenta del asegurado
 Deducible \$ 0 Coaseguro 0 % \$ 110

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.

Nombre y firma médico asesor _____ Teléfono _____ Enterado paciente o familiar _____
 Hospital Anglo Chino de México Recibe hospital

Coaseguro Honorarios Médicos la cual el paciente pagará de forma directa al equipo médico el paciente. Vigencia: \$100. (Francia Volación).
 Visita subsiguiente \$110.

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