

Folio **520024**

I. Datos de la póliza

Póliza número EP13.3.720971 Vigencia: del 01/01/2026 al 31/12/2026 Pagada Si () No ()
 Certificado número 15257-1 Secc 2 Identificación con: INE 2269142996
 Nombre del contratante FISCALÍA GENERAL DE LA REPUBLICA Teléfono _____
 Nombre del titular Pérez Navarrete Kelly Sarai
 Nombre del asegurado afectado KELLY SARAI PÉREZ NAVARRETE
 Fecha de nacimiento 29/11/1994 Edad 31 años Sexo: Masculino () Femenino ()
 Estado Civil Soltera Parentesco con el asegurado principal Titular
 Fecha de alta a la póliza 01/01/2025 Fecha de antigüedad 01/11/2024 Nacional 01/11/2024 Extranjera -

II. Datos de hospitalización

Hospital ÁNGELES CLÍNICA LONDRES Cuarto 610 Fecha y hora ingreso 09/02/2026 06:04
 Médico tratante DR. DANIEL CAMPOS REIGOYEN, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA 09/02
 Causa del internamiento Accidente () Enfermedad ()
 Diagnóstico TUMORACIÓN DE POLEA A2 DE FLEXOR DE 4º DEDO MANO DERECHA M713
 Tratamiento RESECCIÓN RADICAL + SINOVECTOMÍA + LIBERACIÓN Clave 25075

DE POLEA A1

III. Dictamen

Siniestro número D00-1735-2026 Procede la reclamación Si () No ()
 Causa del rechazo NA
 Suma asegurada \$ 125,000.- Cantidad con letra Ciento veinticinco mil pesos 00/1000 mn
 Cubre Hospital () Cuarto standard () Cama extra ()
 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 \$ 5,000.- + IVA Cargos a cuenta del asegurado Coaseguro 0 % \$ 0000

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 exige de toda responsabilidad a Seguros Atlas, S.A. obligándome a cubrir los gastos que se erogan por esta causa.

[Firma] Médico Cirujano
 CED. PROF. 2552757
 Dra. Citlala Carrasco Espino 5566944459
 Nombre y firma médico asesor Teléfono Enterado paciente o familiar Recibe hospital

- Desvíos:
- Biometría hemática
 - Química sanguínea 6 elementos
 - Electrolitos 6 elementos
 - Perfil tiempos de coagulación

La presente carta ANULA Y SUSTITUYE carta con folio D00-01735-2026-001

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

