

Folio 522893

I. Datos de la póliza

Póliza número D0033 983321 vigencia: del 01/07/2025 al 01/07/26 Pagada Si ( ) No ( )  
 Certificado número 1-612-1 Identificación con: \_\_\_\_\_  
 Nombre del contratante Flight Centre Travel Group Mexico S de CV  
 Nombre del titular Chavez Hernandez Eduardo  
 Nombre del asegurado afectado Eduardo Chavez Hernandez  
 Fecha de nacimiento 30/07/1993 Edad 32 Sexo: Masculino (x) Femenino ( )  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Parentesco con el asegurado principal Titular  
 Fecha de alta a la póliza 26/10/21 Fecha de antigüedad 26/10/21 Nacional \_\_\_\_\_ Extranjera \_\_\_\_\_

II. Datos de hospitalización

Hospital Angels Clinica Lencas Cuarto 605 Fecha y hora ingreso 13/02/2026  
 Médico tratante D. Zamariego Valduzco Luis Ruben Q. 26413  
 Causa del internamiento Accidente (x) Enfermedad 361/3601 ( )  
 Diagnóstico de hipotensión de Huido intelecto 5to. dedo mano izq con explosión  
 Tratamiento Explotación de Huido + Explotación Articular coxal + remedio con capsulas  
capsulas y de tédex externa superficial + plástico extensor de tendimiento y cierre de Huido 5to. dedo mano izq

III. Dictamen

Siniestro número D00 2390 2026 Procede la reclamación Si (x) No ( )  
 Causa del rechazo \_\_\_\_\_

Suma asegurada \$ 90,000 Cantidad con letra Noventa mil pesos a/100411  
 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	\$ _____
<b>Cargos a cuenta del asegurado</b>			
Deducible	\$ <u>0.</u>	Coaseguro	<u>0.</u> %

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.  
sin datos

Dra. Marcela del Carmen Lopez E  
 Nombre y firma médico asesor      Teléfono      Enterado paciente o familiar      Recibe hospital

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

# ATENCION HOSPITALARIA

Folio **522893**

## I. Datos de la póliza

Póliza número D0023 943321 Vigencia: del 01/07/2025 al 01/07/26 Pagada Si ( ) No ( )  
 Certificado número 1-612- Identificación con: \_\_\_\_\_  
 Nombre del contratante Flight Centre Travel Group Mexico S.A. de CV Teléfono \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular Chavez Hernandez Eduardo  
 Nombre del asegurado afectado Eduardo Chavez Hernandez  
 Fecha de nacimiento 30/07/1998 Edad 32 Sexo: Masculino (x) Femenino ( )  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Parentesco con el asegurado principal T. P. S.  
 Fecha de alta a la póliza 26/10/21 Fecha de antigüedad 26/10/21 Nacional \_\_\_\_\_ Extranjera \_\_\_\_\_

## II. Datos de hospitalización

Hospital Angels Clínica Lencinas Cuarto 605 Fecha y hora ingreso 13/02/2026  
 Médico tratante Dr. Barranigo Valderrama Luis Ruben 826413  
 Causa del internamiento \_\_\_\_\_ Accidente (x) Enfermedad 26h/2601 ( )  
 Diagnóstico De hisencia de Huido intralada sta dada meo rag en exploraci  
 Tratamiento Explotación de Huido + Explotación Arterial con Clave Remodelación capotes  
capotes, y de tórax extendido superior

## III. Dictamen

Siniestro número D00 2390 2026 Procede la reclamación Si (x) No ( )  
 Causa del rechazo Certe Higienico Medicos  
 Suma asegurada \$ \_\_\_\_\_ Cantidad con letra \_\_\_\_\_  
 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 \$ 26,408 Por tratamiento médico \$ \_\_\_\_\_  
 Ayudante 1° \$ 5,282 Ayudante 2° \$ \_\_\_\_\_  
 Honorarios anestesista \$ 7,923 Otros \$ 3000. Urgencia  
**Cargos a cuenta del asegurado**  
 Deducible \$ 0. Coaseguro 0. % \$ \_\_\_\_\_

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.

Dra. M. del Carmen Lopez C  
 Nombre y firma médico asesor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Enterado paciente o familiar \_\_\_\_\_ Recibe hospital \_\_\_\_\_

**CONTRATO DE NO ADHESION NO REQUIERE AUTORIZACION POR LA C.N.S.F.**