

ATENCION HOSPITALARIA

Folio **520760**

I. Datos de la póliza

Póliza número 003374294 Vigencia: del 15/01/2025 al 15/01/26 Pagada Si () No ()
 Certificado número 2-5294-1 Identificación con: _____
 Nombre del contratante HDI Seguros SA de CV Teléfono _____
 Nombre del titular Clara Hacia Amparo Ardiaca
 Nombre del asegurado afectado Clara Hacia Amparo Ardiaca
 Fecha de nacimiento 30/11/1991 Edad 34 Sexo: Masculino () Femenino (X)
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal Tal
 Fecha de alta a la póliza 19/03/2024 Fecha de antigüedad 19/03/24 Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Anglos Clínic Londres Cuarto 411 Fecha y hora ingreso 23/02
 Médico tratante D. Angel Antonio Lizasoain
 Causa del internamiento Accidente () Enfermedad 527 (X)
 Diagnóstico Fractura distal de radio y ulna de mano izquierda
 Tratamiento Resección de la base de la ulna Clave DR 58720

III. Dictamen

Siniestro número 000 2870 2026 Procede la reclamación Si (X) No ()
 Causa del rechazo Corte quirúrgica Médica
 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	\$ <u>29,582</u>	Por tratamiento médico	\$ <u>1543 por visita máximo</u>
Ayudante 1°	\$ <u>5,916</u>	Ayudante 2°	\$ <u>2 el día (1)</u>
Honorarios anestesiista	\$ <u>8,875</u>	Otros	\$ <u>2850. Urgencia (Valoración en Intec)</u>

Cargos a cuenta del asegurado
 Deducible \$ 10,098.66 Coaseguro 25 % \$ Deducción de 66 y Coaseguro en IA

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.

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

Coaseguro Hospitalario Médico el cual el paciente pagó de forma directa a el grupo medico: Urgencias de 150. Visita paida \$ 81. Cirujano: \$ 1557 Ayudante: \$ 311 Anestesia: \$ 467

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

ATENCION HOSPITALARIA

Folio **520760**

I. Datos de la póliza

Póliza número 10033779294 Vigencia: del 15/04/2025 al 15/04/26 Pagada Si () No ()
 Certificado número 2-5294-1 Identificación con: _____
 Nombre del contratante HDI Seguros SA de CV. Teléfono _____
 Nombre del titular Cono Herrera Amparo Andrea
 Nombre del asegurado afectado Cono Herrera Amparo Andrea
 Fecha de nacimiento 30/11/1991 Edad 34 Sexo: Masculino () Femenino (X)
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal T. Jefe
 Fecha de alta a la póliza 19/03/2024 Fecha de antigüedad 19/03/24 Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Angelos Clinica Londres Cuarto 411 Fecha y hora ingreso 23/02
 Médico tratante D. Angel Antonio Licera Vazquez
 Causa del internamiento Accidente Enfermedad D27 (X)
 Diagnóstico Teratoma Quístico Múltiple Bilateral de Ovario 15x15cm.
 Tratamiento Resección Quística de Ovario Teratoma Bilateral Clave S.P. 58920

III. Dictamen *por teratoma.*

Siniestro número 000 2870 2026 Procede la reclamación Si (X) No ()
 Causa del rechazo Foto carta cancel y anula en su totalidad a el Folio 001.
 Suma asegurada \$ 175,000. Cantidad con letra Ciento setenta y cinco 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 anestesista \$ _____ Otros \$ _____
 Cargos a cuenta del asegurado
 Deducible \$ 10,698.66 Coaseguro 25 % \$ Deducible y Coaseguro más 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, 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 deducir*

Dora del Carmen Lopez E Teléfono _____ Enterado paciente o familiar _____ Recibe hospital _____
 Nombre y firma médico asesor

Note: Solicitar al hospital factura por pago de deducible y lo coaseguro lo cual deberá de presentar ante la aseguradora para cualquier trámite posterior.
Note: Aplica coaseguro Hospitalario del 25 por cada por hospitales plan optima (2011) + Coaseguro contratado del 5%.

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