

Folio 520813

I. Datos de la póliza

Póliza número T0433/001433 Vigencia: del 01/10/2025 al 01/10/26 Pagada Si () No ()
 Certificado número 1-5-1 Identificación con: _____
 Nombre del contratante A de A Mexico SA de CV Teléfono _____
 Nombre del titular Garcia Angelis Claudia Mailem
 Nombre del asegurado afectado Claudia Mailem Garcia Angelis
 Fecha de nacimiento 18/01/1971 Edad 55 Sexo: Masculino () Femenino (X)
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal Titular
 Fecha de alta a la póliza 03/07/19 Fecha de antigüedad 01/06/16 Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Angelis Clinica Londres Cuarto 607 Fecha y hora ingreso 10/03/2026
 Médico tratante Dr. Maria Alberto Velozquez Santiago
 Causa del internamiento Accidente Enfermedad Kol. (X)
 Diagnóstico Tenocalitis Aguda con Sigmoiditis Colónica Difusa
 Tratamiento Colonoscopia con Tomo de Biopsias Clave Q 45380

III. Dictamen

Siniestro número D00 3933 2026 Procede la reclamación Si (X) No ()
 Causa del rechazo _____
 Suma asegurada \$ 108,000 Cantidad con letra Ciento ocho mil pesos 00/100 y 00/100 N.
 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 \$ 7,132.44 Coaseguro 5 % \$ 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 erogan por esta reclamación.

No se cubre: Futirox.

13.03.26

Dr. Rafael Carreras Lopez OSCAR JUAREZ V.
 Nombre y firma médico asesor Teléfono Enterado paciente o familiar Recibe hospital

Note: Solicite al hospital factura por pago de deducible y lo coaseguro local debe 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 520813

I. Datos de la póliza

Póliza número F0433/001433 Vigencia: del 01/10/2025 al 01/10/26 Pagada Si () No ()
 Certificado número 1-5-1 Identificación con: _____
 Nombre del contratante A de A Minio SA de CV Teléfono _____
 Nombre del titular García Angeles Claudia Marlen
 Nombre del asegurado afectado Claudia Marlen García Angeles
 Fecha de nacimiento 18/01/1971 Edad 55 Sexo: Masculino () Femenino (X)
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal T. L. L. L.
 Fecha de alta a la póliza 03/07/19 Fecha de antigüedad 01/06/16 Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Angela Clínica Académica Cuarto 607 Fecha y hora ingreso 10/03/2026
 Médico tratante Dr. María Alberto Velazquez Santibañez
 Causa del internamiento Accidente Enfermedad Así. (X)
 Diagnóstico Tenocitis Aguda en Sigmoiditis Colónica Dilatada
 Tratamiento Coloscopia en Torre de Bioparas Clave 45380

III. Dictamen

Siniestro número 100 3933 2026 Procede la reclamación Si (X) No ()
 Causa del rechazo Corte 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 \$ 11,055 Por tratamiento médico \$ _____
 Ayudante 1° \$ 2,211 Ayudante 2° \$ _____
 Honorarios anestesiista \$ 3,316 Otros \$ 2850. Urgencias
 Deducible \$ 7,132.44 Cargos a cuenta del asegurado Coaseguro 5 % \$ Deducible y Coaseguro

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.

Dr. Oficial Corrales 13.03.26
 Nombre y firma médico asesor Teléfono Enterado paciente o familiar DR. CAR. JUAREZ J. Recibe hospital

Nota: Coaseguro Honorarios Médicos el cual el paciente pagó de forma discreta a el equipo médico Urgencias: \$ 150.
 Colonoscopia Cirujano: \$ 582. Ayudante: \$ 116.
 Anestesiólogo: \$ 175

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