

Folio **525362**

I. Datos de la póliza

Póliza número E01 33720971 Vigencia: del 01/01/2026 al 31/12/26 Pagada Si () No ()
 Certificado número 4-76371 Identificación con: _____
 Nombre del contratante Procuraduría General de la República Teléfono _____
 Nombre del titular Reyes Martínez Marco Antonio
 Nombre del asegurado afectado Marco Antonio Reyes Martínez
 Fecha de nacimiento 15/09/92 Edad 33 Sexo: Masculino (X) Femenino ()
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal Titular
 Fecha de alta a la póliza 01/01/24 Fecha de antigüedad 01/03/17 Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Angelus Clinica Lomas Cuarto 502 Fecha y hora ingreso 05/04/2026
 Médico tratante D. Manuel Arnaldo Quiñones Carrero
 Causa del internamiento Accidente Enfermedad NSO 81 (X)
 Diagnóstico Dolor Testicular / Hematoma Testicular / Hidrocele Bilateral / Agrio Inguinal
 Tratamiento Medico Conservador Clave 99222

III. Dictamen

Siniestro número Dgo 5072 2026 Procede la reclamación Si () No (X)
 Causa del rechazo Requerimiento no cubierto por ser reclamación de pago no excluido en condiciones contractuales. Cláusula Prima Fidei inciso 10. (Fertilidad, Esterilidad, control de la natalidad)
 Suma asegurada \$ 0 Cantidad con letra Esterilidad, control de la natalidad
 Cubre Hospital () Cuarto standard () Cama extra () yes con copropagos
 Validez 15 días a partir de la fecha de expedición
 Responsabilidad máxima por pago de honorarios

Honorarios cirujano	\$ <u>A cargo del asegurado</u>	Por tratamiento médico	\$ _____
Ayudante 1°	\$ _____	Ayudante 2°	\$ _____
Honorarios anestesiista	\$ _____	Otros	\$ _____

Cargos a cuenta del asegurado

Deducible \$ _____ 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 erogan por esta reclamación.

06.04.2026

D. Manuel Arnaldo Quiñones Carrero OSCAR JUAREZ
 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