

# CERTIFICADO DE SEGURO A:

JOSEFINA SEGURA ESCOBAR

## QUIEN CUENTA CON LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

COBERTURA	SUMA ASEGUARADA		
	TITULAR	PAREJA	Hijo(s)
SEGURO DE VIDA	\$10,000.00 <sup>1</sup>	\$10,000.00 <sup>1</sup>	\$10,000.00 <sup>1</sup>
SEGURO MUERTE ACCIDENTAL	\$10,000.00 <sup>2</sup>		
PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	\$25,000.00 <sup>3</sup>	\$15,000.00 <sup>3</sup>	
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	\$200.00 pesos por cada día hospitalizado <sup>4</sup>		
SALDO DEUDOR POR FALLECIMIENTO	Amparado	Amparado	
CUIDADO DE LA MUJER	1 examen por Ciclo. Colposcopia, Química Sanguínea de 27, Biometría Hemática, Perfil hormonal y Mastografía o Ultrasonido Mamario <sup>5</sup>		
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	Reembolso hasta \$5,000.00 pesos en el ciclo		Reembolso hasta \$5,000.00 pesos en el ciclo
ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA	Amparado	Amparado	Amparado
SERVICIO FUNERARIO BÁSICO	Amparado	Amparado	Amparado
SERVICIO FUNERARIO BÁSICO	Ataúd estándar + Traslado del cuerpo hasta 30 km+ Carroza fúnebre + Sala de Velación + Arreglo del cuerpo + Embalsamamiento + Asesoría telefónica para trámites legales + Cremación/Urna + Trámite del certificado de defunción <sup>7</sup>		

<sup>1</sup> No se cubre suicidio o tentativa de suicidio. No cubre homicidio causado por el beneficiario. En caso de no contar con este documento, se requiere juicio sucesorio o juicio de intestado. Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. Edad de aceptación pareja 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos. Edad de aceptación hijo(s): 0 a 24 años con cancelación a los 25 años cumplidos, siempre y cuando sean solteros y dependientes económicos del titular asegurado. <sup>2</sup>Presentando acta de averiguación previa emitida por el Ministerio Público. Edad de aceptación: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. <sup>3</sup>Se cubre primer diagnóstico positivo de cáncer femenino (cáncer de mama y cervicouterino) y cáncer masculino (cáncer de próstata, testículos y pulmón). No se cubren preexistencias, ni cáncer in situ, ni otro tipo de cáncer. Se considera diagnóstico positivo la fecha en la que se realiza el primer examen que determina la enfermedad o el primer diagnóstico de un médico especialista, el que ocurre primero. Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. Edad de aceptación pareja 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos. <sup>4</sup>Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos, no se cubren preexistencias, no aplica maternidad, ni complicaciones del embarazo, ni sida. Se considera hospitalización más de 24 horas y se pagan máximo 30 días naturales. No cubre atenciones ambulatorias. <sup>5</sup>Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. Es necesario realizar la llamada al 800 8378760 para coordinar el servicio requerido. En caso del que el titular sea hombre, se trasladará el beneficio a la pareja. Entre los estudios a elegir se encuentran: Colposcopia, Perfil hormonal, Química sanguínea de 27 elementos, Biometría hemática y Mastografía (a partir de los 40 años cumplidos) ó Ultrasonido mamario, para menores de 40 años de edad. El servicio de laboratorios será brindado por TM-Assistance SA de CV. Raul Coka Barriga Agente de Seguros SA de CV se deslinda de toda responsabilidad, al no comercializar ni brindar el servicio de laboratorios a los clientes de Financiera Contigo SA de CV SOFOM ENR. En caso de quejas o reclamaciones sobre los laboratorios, el cliente deberá dirigirse a TM-Assistance SA de CV. <sup>6</sup>Edad de aceptación titular: 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos Edad de aceptación hijo(s): 0 a 24 años con cancelación a los 25 años cumplidos, siempre y cuando sean solteros y dependientes económicos del titular asegurado. Se requiere facturar los servicios médicos recibidos y presentar recetas, estudios e imágenes del servicio. Solo se otorgará la asistencia funeraria a aquel asegurado donde se refleje su contratación en la última Solicitud de Crédito Grupal firmada de Financiera Contigo. Para solicitar la asistencia es necesario llamar al 800 8378760 para realizar la gestión de la asistencia funeraria al momento del fallecimiento del titular, pareja o hijo(s). No aplica en ningún caso reembolso del servicio funerario, ni en caso de contratación directa de funeraria que no se encuentre en convenio. Aplican mismos términos, condiciones y restricciones de condiciones generales de las pólizas de seguro y contratos de servicios.

DOCUMENTOS SEGURO DE VIDA	DOCUMENTOS SEGURO DE CÁNCER	DOCUMENTOS RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	DOCUMENTOS REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Original del Acta de Defunción</li> <li>✓ Original del Acta de Nacimiento del Titular y Beneficiario</li> <li>✓ Original de Consentimiento de Seguro</li> <li>✓ Copia de Identificación oficial del Titular y Beneficiario</li> <li>✓ Copia de Contrato de crédito</li> <li>✓ Copia de Comprobante de domicilio</li> <li>✓ Copia de Acta de Averiguación Previa *En caso de fallecimiento accidental</li> <li>✓ Acta de Matrimonio o Constancia de Unión Libre *En caso de fallecimiento de pareja</li> <li>✓ Copia de Constancia de Dependencia Económica *En caso de fallecimiento de hijo mayor a 18 años</li> <li>✓ Aviso de Privacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Original de Acta de Nacimiento del Titular</li> <li>✓ Original de Consentimiento de Seguro</li> <li>✓ Copia de Informe médico firmado y en hoja membretada del centro médico</li> <li>✓ Copia de Estudio Histopatológico firmado y en hoja membretada del centro médico</li> <li>✓ Copia de Identificación Oficial del Titular</li> <li>✓ Copia de Contrato de Crédito</li> <li>✓ Copia de Comprobante de domicilio</li> <li>✓ Aviso de Privacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Original de Acta de Nacimiento del Titular</li> <li>✓ Original de Consentimiento de Seguro</li> <li>✓ Copia de Informe médico firmado y en hoja membretada del centro médico</li> <li>✓ Copia de Resumen Clínico o Historia clínica que indique fecha de ingreso, egreso al hospital y antecedentes médicos firmado y en hoja membretada del centro médico</li> <li>✓ Copia de Identificación Oficial del Titular</li> <li>✓ Copia de Contrato de Crédito</li> <li>✓ Copia de Comprobante de domicilio</li> <li>✓ Aviso de Privacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Original de Acta de Nacimiento del Titular</li> <li>✓ Original Consentimiento de Seguro</li> <li>✓ Copia de Identificación Oficial del Titular</li> <li>✓ Copia de Contrato de Crédito</li> <li>✓ Copia de Comprobante de domicilio</li> <li>✓ Informe médico que acredite la lesiones y tratamiento como consecuencia de un accidente firmado y en hoja membretada</li> <li>✓ Facturas de los servicios médicos recibidos, dichas facturas deberán estar a nombre del Asegurado, además deberán contener el desglose correspondiente de gastos</li> <li>✓ Aviso de Privacidad</li> </ul>



ATENCIÓN  
24 HORAS

SERVICIO FUNERARIO Y DE CUIDADO DE LA MUJER SOLO LLAMANDO AL  
800 8378760



FOLIO  
A19 5681713



### ACTA DE NACIMIENTO

“POR ACTA DE MATRIMONIO No. 205 DE  
FECHA 24/04/1993 LEVANTADA POR EL C.  
OFICIAL 8 DEL REGISTRO CIVIL DE  
MONTERREY, NUEVO LEÓN LOS CC.  
OSCAR GONZALEZ DE LEÓN Y JOSEFINA  
SEGURA ESCOBAR QUEDAN  
LEGALMENTE UNIDOS EN MATRIMONIO.  
DOY FE”

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE NUEVO LEÓN Y COMO OFICIAL 1 DEL REGISTRO CIVIL EN EL ESTADO, CERTIFICO, EN LO CONDUCENTE, QUE EN EL LIBRO No. 19 TOMO 1 DEL ARCHIVO GENERAL DEL REGISTRO CIVIL, EN LA FOJA No. 174 SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA No. 3774, BIS 0 DE FECHA: 2 DE ABRIL DE 1976 LEVANTADA POR EL C. OFICIAL 20 DEL REGISTRO CIVIL ROGELIO QUIROGA GONZALEZ RESIDENTE EN MONTERREY, NUEVO LEÓN, ESTADOS UNIDOS MEXICANOS EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

#### DATOS DEL REGISTRADO

NOMBRE	: JOSEFINA SEGURA ESCOBAR	HORA: 00:30
FECHA DE NACIMIENTO	: 19 DE MARZO DE 1976	COMPARCIO :
PRESENTADO	: VIVO	SEXO : FEMENINO
LUGAR DE NACIMIENTO	: MONTERREY, NUEVO LEÓN, ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	
C.R.I.P.	: 19-039-20-76-03774-0	C.U.R.P. :

SEEJ760319MNLGSS05

#### DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE	ESTEBAN SEGURA JIMENEZ	EDAD : 23
NACIONALIDAD	MEXICANA	
NOMBRE	JUANA ESCOBAR DE SEGURA	EDAD : 19
NACIONALIDAD	MEXICANA	

#### DATOS DE LOS ABUELOS

NOMBRE	: PROCOLO SEGURA	NACIONALIDAD :	MEXICANA
NOMBRE	: PETRA JIMENEZ DE SEGURA	NACIONALIDAD :	MEXICANA
NOMBRE	: DOMINGO ESCOBAR	NACIONALIDAD :	MEXICANA
NOMBRE	: ANTONIA CRUZ DE ESCOBAR	NACIONALIDAD :	MEXICANA

#### DATOS DE LOS TESTIGOS

NOMBRE	: JOSE LUIS CHAVEZ	EDAD : ===
NACIONALIDAD	: MEXICANA	
NOMBRE	: ROBERTO ALVAREZ	EDAD : ===
NACIONALIDAD	: MEXICANA	

#### PERSONA DISTINTA A LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE : ===== EDAD : ===  
PARENTESCO : =====

DATOS DEL PAGO : JUAREZ, NUEVO LEON A 28/MAY/2019  
ELABORO : GRGONZ2015

ACTAS DE NACIMIENTO TOTAL : \$51.00  
(\*\*\*\*\*CINCUENTA Y UNO PESOS 00/100 M.N.\*\*\*\*\*)

POR ACUERDO DEL TITULAR DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN, SE OTORGА  
ESTA CERTIFICACIÓN EN LA CIUDAD DE JUAREZ DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN, A LOS 28 DIAS  
DEL MES DE MAYO DEL 2019. DOY FE.

SELLO OFICIAL  
DE LA  
DEPENDENCIA



EL OFICIAL 1 DEL REGISTRO CIVIL DE JUAREZ, NUEVO LEÓN

LIC. JULIO CESAR VARGAS SALINAS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
GOBIERNO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN  
REGISTRO CIVIL  
\*\*\*\*\*

\* M X 1 9 1 9 0 1 0 1 0 5 / 9 3 6 2 \*





**SEGOB**  
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



DIRECCIÓN GENERAL DEL  
REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN  
E IDENTIFICACIÓN PERSONAL



**CONAFREC**  
Consejo Nacional de Funcionarios  
del Registro Civil



**Nuevo León**  
GOBIERNO DEL ESTADO







INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

ALTA VOLUNTARIA

Fundamento: Reglamento de la Ley General de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 79; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, numeral 10.2 y apéndice D-18.

Colaboración	Nuevo León
Unidad Médica	HGZ #4
Servicio	Urgencias
Cama o camilla	obs. 10
Nombre	Segura Escobar Josefina
Número de Seguridad Social	4792 76 6759 1P760B
Edad	46 años

En Guadalupe \_\_\_\_\_; a 09 de julio del 2022 siendo las 12:20 horas, yo  
Mayra Segura \_\_\_\_\_ en mi carácter de hermana \_\_\_\_\_ con identificación  
oficial \_\_\_\_\_ INE \_\_\_\_\_ expresó mi libre voluntad para solicitar atentamente "ALTA VOLUNTARIA" del  
paciente Segura Escobar Josefina \_\_\_\_\_ con número de seguridad social  
47927667591P760B \_\_\_\_\_, internado en la cama/camilla obs. 10 del servicio de urgencias de la Unidad Médica  
HGZ #4 \_\_\_\_\_, y el cual será llevado a domicilio \_\_\_\_\_ bajo la autorización de  
Mayra Segura \_\_\_\_\_ quien acepta el envío de paciente de tal forma hago constar que el Médico tratante  
me proporciona información completa del padecimiento y el estado actual del paciente, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y  
suficiente; en un lenguaje claro y sencillo e informándome los beneficios de la permanencia, posibles riesgos y complicaciones  
derivados del "ALTA VOLUNTARIA" así como el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento e incluso cuando me encuentre  
fuera de la Unidad Médica. Una vez firmado el presente, eximo a la Unidad Médica HGZ #4 \_\_\_\_\_ del  
Instituto Mexicano de Seguro Social, así como a su personal médico, paramédico y administrativo de toda responsabilidad sobre el  
paciente, teniendo en cuenta que seguiré las medidas recomendadas para la protección de salud y factores de riesgo. En caso que el  
paciente requiera ambulancia para su "ALTA VOLUNTARIA", debe anotar: Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ ; si es con responsiva médica el que suscribe \_\_\_\_\_  
Médico con especialidad en \_\_\_\_\_ bajo la Dirección General de

profesiones, otorga licencia médica para el traslado del paciente el cual será atendido en: \_\_\_\_\_  
RESUMEN CLÍNICO

Paciente de 46 años la cual tiene antecedente de diabetes mellitus 2 \_\_\_\_\_  
y la cual es traída este servicio por presentar desde hace 10 días dolor eructo-hipocondrión derecho irradiado a espalda acompañado de náuseas que provoca vómito, aunque a cambios en la coloración de la orina. A la exploración con Murphy positivo y signo de Giordano positivo derecho. Presenta bilirrubina amilasa dentro de parámetros normales. Uriganálisis patológico.  
Fecha y hora de ingreso: 07.07.22 20:10 Diagnóstico de ingreso: dolor abdominal en estómago  
Fecha y hora de alta voluntaria: 09.07.22 12:30 Diagnóstico al alta voluntaria: probable neonefritis

Nombre completo y firma del paciente, familiar, tutor o representante

Mayra Elizabeth Segura Escobar (Hermana)

Nombre completo, matrícula y firma del médico tratante 98209543

Diego Iván Rodríguez Domínguez D.R.D.R.G.Z.

Nombre completo, matrícula y firma

Del Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social

Ald. Medina Vilchez

972005 75

Nombre completo y firma del testigo

Nombre completo y firma de testigo

Nombre completo, matrícula y firma del Médico Directivo en turno







## Aviso de Privacidad

Seguros SURA S.A. de C.V. conocida como "SURA", con domicilio en Blvd. Adolfo López Mateos No. 2448, Colonia Altavista, C.P. 01060 Ciudad de México, hace del conocimiento a sus Clientes, Proponentes o Solicitantes, Contratantes, Asegurados y Beneficiarios, que sus datos personales serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro, mantener o renovar sus pólizas de seguro, para prevención de fraude u operaciones ilícitas, para estudios estadísticos; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y la normatividad vigente así como las obligaciones existentes entre Usted y SURA. Le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para finalidades secundarias como son el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial.

Nuestro Aviso de Privacidad Integral así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet [www.segurrossura.com.mx](http://www.segurrossura.com.mx), a través de comunicados colocados en nuestras oficinas y sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

"Actúo en nombre y por cuenta propia"

Firma: *Joséfina Lye E.*  
Nombre: *Joséfina Segura Escobar*  
Fecha: *29 - 08 - 2022*

