

Rif-J000846448

Este Certificado de Cobertura es emitido con base en la información proporcionada por el Asegurado en la Aplicación Electrónica LA MUNDIAL DE SEGUROS, sujeto en todos los aspectos a las definiciones, términos y condiciones, limitaciones y exclusiones del Plan y sus Anexos. Este Certificado junto a las Disposiciones Generales y condiciones de la Póliza y Anexos incluidos conforman el contrato único entre las partes, sujeto al pago de la prima por anticipado. Este Plan solo permite un Asegurado por Certificado.

## Tomador

**NOMBRE** IVETTE ELENA MONTERO DE COSTA  
**CI/RIF** V-006255547  
**FECHA NAC.** 1966-05-14  
**EDAD** 58 años

## Asegurado

**PÓLIZA No** 002702  
**SUMA ASEGURADA** USD 50.000,00  
**VIGENCIA DESDE** 2024-12-18 (inicio de cobertura)  
**VIGENCIA HASTA** 2025-12-18 (fin de cobertura)  
**PAGO** USD 136,48 (pago cuotas) 4/4  
**ASEGURADO** IVETTE ELENA MONTERO DE COSTA , No identificación 6255547, residente de Venezuela  
**NACIMIENTO** 1966-05-14 (Inicia la cobertura con 58 años)  
**PERFIL** Sexo: Femenino Fuma: No  
**CONTACTO** Email: toki020020@gmail.com Teléfono: +584121328994  
**INTERMEDIARIO** 205 DEYANIRA ESTHER CAICEDO COHEN

## Detalles de cobertura

La Mundial de Seguros indemnizará los Costos Razonables cubiertos en que incurra el Asegurado por atenciones médicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas, como consecuencia de enfermedad, accidente o patología ocurrida durante la vigencia de la Póliza que constituya una emergencia médica y que sean ocasionados por las patologías descritas y Amparadas en las Condiciones Particulares de la póliza. La cantidad por indemnizar será como máximo la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo por asegurado y año póliza.

Rif-J000846448

---

<u>Coberturas</u>	<u>Sumas Aseguradas USD.</u>
Cobertura Básica	50.000,00
Asistencia Médica Primaria	Incluida
Asistencia Médica Domiciliaria	Incluida
Covid-19	Incluida

Servicios Adicionales incluidos en la póliza:

Telemedicina : Consulta médica telefónica 24 horas ilimitado.

Atención Médica Domiciliaria: Atención médica en casa.

Entrega de Medicamentos: Entrega de medicamentos de patologías agudas hasta por 7 días.

Atención Médica Primaria ilimitada: Consultas generales y en 15 especialidades.

1 Laboratorio al año: Según perfil requerido por la patología.

Ginecología: 1 consulta al año + Eco transvaginal + citología.

RX: 1 estudio al año según patología.

Ecografía: 1 año según patología - Eco simple.

Estudios Cardiológicos: 1 al año según patología: (Holter-electrocardiograma-Mapa-Ecocardiograma).

Rehabilitación Física: Según facultativo (10 sesiones al año).

Traslado en Ambulancia: Traslado al centro de salud

Puede hacer uso de su póliza llamando al 05005526256 y Wthatsapp 04241452314

### **Declaración de riesgo**

Declaro que todos los datos proporcionados son ciertos, completos, libres de falsificación, reticencia y omisión. y Autorizo a cualquier institución u organismo público o privado para que antes o después de un evento cubierto por la póliza suministre cualquier dato de interés para el asegurador.- Declaró que Sí

Declaro que conozco y he sido diagnosticado con alguna enfermedad o condición grave de salud que ponga en riesgo mi integridad física o mi vida.- Declaró que Sí

Detalles: 0

Declaro que practico deportes o actividades recreativas o profesionales u ocupación de riesgo que pongan en peligro mi integridad física o mi vida - Declaró que Sí

Rif-J000846448

Detalles: 0

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza cuya suscripción en este acto solicito, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, títulos o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales y Financiamiento del Terrorismo.- Declaró que Sí

¿Ha padecido enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, infarto al miocardio, arritmia cardíaca, angina de pecho, fiebre reumática, arteriosclerosis, trastornos valvulares, tromboflebitis? En caso de afirmativo, indique detalles: Fecha de diagnóstico, Médico tratante, Estado de salud actual. - Declaró que No

¿Ha padecido Enfermedades endocrinas: diabetes, obesidad, alteraciones del colesterol y triglicéridos? En caso de afirmativo, proporcione detalles: Fecha de Diagnóstico, Médico Tratante, estado de salud actual- Declaró que No

¿Ha padecido enfermedades Hematológicas? En caso de afirmativo, proporcione detalles: Diagnostico, Fecha de inicio, Médico Tratante, Estado de salud actual - Declaró que No

¿Consume: Tabaco o cigarrillo o cualquier otra droga adictiva? En caso de afirmativo, proporcione detalles: Fecha de inicio del hábito, Cantidad diaria- Declaró que No

## Cuotas

#	F.Inicio	F.Fin	Precio USD	IGTF (3%)	Monto USD	Fecha.Pago	Transaccion	Status	Recibo
1	2024-12-18	2025-03-18	136.48	0.00	136.48	2024-12-18	021459332828	Pagada	010072
2	2025-03-18	2025-06-18	136.48	0.00	136.48	2025-03-17	021941620902	Pagada	010073
3	2025-06-18	2025-09-18	136.48	0.00	136.48	2025-06-17	022515190798	Pagada	010074
4	2025-09-18	2025-12-18	136.48	0.00	136.48	2025-08-25	022973125278	Pagada	010075

Este Certificado ha sido APROBADO, EMITIDO Y REFRENDADO electrónicamente en su Fecha de Efectividad.

LA MUNDIAL DE SEGUROS, C.A, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (SUDEASEG) BAJO EL No E-000031

APROBADO MEDIANTE OFICIO FSAA-I -1-0655, de fecha 28/12/2022

LA MUNDIAL DE SEGUROS, C.A.  
Nombre y Apellido: **Humberto Martínez**

Firma: \_\_\_\_\_

