

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 Ricardo Alberto Rey Ramirez
CI/RIF V-009337434
FECHA NAC. 1970-08-16
EDAD 55 años

Asegurado

PÓLIZA No 006833
SUMA ASEGURADA USD 1.000,00
VIGENCIA DESDE 2025-12-17 (inicio de cobertura)
VIGENCIA HASTA 2026-12-17 (fin de cobertura)
PAGO USD 2,25 (pago cuotas) 1/4
ASEGURADO RICARDO ALBERTO REY RAMIREZ , No identificación 9337434, residente de Venezuela
NACIMIENTO 1970-08-16 (Inicia la cobertura con 55 años)
PERFIL Sexo: Masculino Fuma: No
CONTACTO Email: ricardo.rey.ramirez@gmail.com Teléfono: +580424707747
INTERMEDIARIO 444 JUAN RAMON SALAZAR FIGUEROA

Detalles de cobertura

SERVICIOS AMPARADOS

1. Traslado del difunto a nivel nacional o local (del lugar del fallecimiento a la funeraria-cementerio).
2. Preparación normal de los fallecidos.
3. Ataúd adecuado para exequias.
4. Servicio de sala velatoria (24 horas) en capilla o a domicilio.
5. Una (1) Carroza y dos (2) vehículos de acompañamiento.
6. Servicio de cafetería.
7. Arreglo floral.
8. Oficios religiosos (si son solicitados).
9. Asesoría de diligencias de ley (registros civiles, prefectura, hospitales, clínicas, medicatura forense).
10. Servicio crematorio, en aquellos casos que así lo soliciten.
11. Una parcela de un puesto en un cementerio **municipal** o privado.

Rif-J000846448

Alcance Geográfico: Territorio Nacional
Agotamiento de la Cobertura: Por Año-Póliza

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 No

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 No

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 Sí

Detalles: hipertension controlada con losartan 50 mg una vez al dia

¿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	2025-12-17	2026-03-17	2.25	0.00	2.25	2025-12-17	165098	Pagada	020474
2	2026-03-17	2026-06-17	2.25					Por Pagar	020475
3	2026-06-17	2026-09-17	2.25					Por Pagar	020476
4	2026-09-17	2026-12-17	2.25					Por Pagar	020477

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

Av. Francisco de Miranda, C.C. Centro Lido, Nivel 13, Ofic. 132B, Urb El Rosal, Caracas (Chacao), Miranda, Zona Postal 1060.

Telefono: +582127726767

email: info@lamundialdeseguros.com

web: https://lamundialdeseguros.com/

Rif-J000846448

ASEGURADORA (SUDEASEG) BAJO EL No E-000031

APROBADO MEDIANTE OFICIO FSAA-1-1-0433-2022 de fecha 21/9/2022

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

Firma:  
PAGADO



LA MUNDIAL
de Seguros