

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** Mirian Osweidy TOVAR PEREZ  
**CI/RIF** V-023427199  
**FECHA NAC.** 1994-10-03  
**EDAD** 31 años

## Asegurado

**PÓLIZA No** 007665  
**SUMA ASEGURADA** USD 20.000,00  
**VIGENCIA DESDE** 2026-01-21 (inicio de cobertura)  
**VIGENCIA HASTA** 2027-01-21 (fin de cobertura)  
**PAGO** USD 31,42 (pago cuotas) 1/12  
**ASEGURADO** MIRIAN TOVAR , No identificación 23427199, residente de Venezuela  
**NACIMIENTO** 1994-10-03 (Inicia la cobertura con 31 años)  
**PERFIL** Sexo: Femenino Fuma: No  
**CONTACTO** Email: flormartinezseguros@gmail.com Teléfono: +584124087357  
**INTERMEDIARIO** 319 FLOR YOICE MARTINEZ CASTELLANOS

## 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.

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).

Rif-J000846448

Rehabilitación Física: Según facultativo (10 sesiones al año).  
Traslado en Ambulancia: Traslado al centro de salud

Póliza de Seguro de Vida Temporal 1 año para el titular: Suma asegurada USD. 5.000

Puede hacer uso de su póliza llamando al 05005526256 y WhatsApp 04122029026 para ordenes médicas y laboratorios (Lunes a Viernes horario de oficina)

## Beneficiarios

NOMBRE Y APELLIDO	No IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PORCENTAJE
FLOR MARTINEZ	19108986	Socio(a)	100

En ausencia de una designación de beneficiarios, o por fallecimiento de alguno de los beneficiarios designados, el beneficio por muerte natural y/o muerte accidental será pagado en partes iguales a los herederos legales sobrevivientes o al patrimonio del asegurado fallecido mediante presentación de documentos legales satisfactorios para la Compañía.

## 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 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

Rif-J000846448

¿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	2026-01-21	2026-02-21	31.42	0.00	31.42	2026-01-21	bancoactivo13350 1	Pagada	022227
2	2026-02-21	2026-03-21	31.42					Por Pagar	022228
3	2026-03-21	2026-04-21	31.42					Por Pagar	022229
4	2026-04-21	2026-05-21	31.42					Por Pagar	022230
5	2026-05-21	2026-06-21	31.42					Por Pagar	022231
6	2026-06-21	2026-07-21	31.42					Por Pagar	022232
7	2026-07-21	2026-08-21	31.42					Por Pagar	022233
8	2026-08-21	2026-09-21	31.42					Por Pagar	022234
9	2026-09-21	2026-10-21	31.42					Por Pagar	022235
10	2026-10-21	2026-11-21	31.42					Por Pagar	022236
11	2026-11-21	2026-12-21	31.42					Por Pagar	022237
12	2026-12-21	2027-01-21	31.42					Por Pagar	022238

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: \_\_\_\_\_



**PAGADO**