

**CUADRO - RECIBO DE PÓLIZA  
SALUD**

**DATOS DEL TOMADOR - ASEGURADO**

<b>TOMADOR:</b>	NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE	<b>C.I./R.I.F.:</b>	V-5601899	<b>RAMO PÓLIZA:</b>	SALUD	<b>PÓLIZA:</b>	70000000370	<b>PÓLIZA REL:</b>	0
<b>DIRECCIÓN:</b>				<b>EMAIL:</b>	soraya.narvaez@gmail.com			<b>CERTIFICADO:</b>	0
<b>CIUDAD:</b>	Caracas	<b>ESTADO:</b>	Distrito Capital	<b>ZONA POSTAL:</b>		<b>TELÉFONO:</b>		<b>ESTATUS:</b>	PENDIENTE
<b>ASEGURADO:</b>	NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE	<b>C.I./R.I.F.:</b>	V-5601899						
<b>DIRECCIÓN:</b>				<b>EMAIL:</b>	soraya.narvaez@gmail.com				
<b>CIUDAD:</b>	Caracas	<b>ESTADO:</b>	Distrito Capital	<b>ZONA POSTAL:</b>		<b>TELÉFONO:</b>			

**DATOS DE LA PÓLIZA**

<b>FECHA EMISIÓN:</b>	24/09/2024	<b>VIGENCIA:</b>	19/12/2025 - 19/12/2026	<b>MONEDA:</b>	DOLARES
<b>SUCURSAL:</b>	CARACAS	<b>CANAL DE VENTA:</b>	CORREDOR	<b>FRECUENCIA DE PAGO:</b>	TRIMESTRAL
<b>INTERMEDIARIO:</b>	205 - CAICEDO COHEN, DEYANIRA ESTHER				
	<b>PLAN CONTRATADO:</b> 50000\$ INDIV EMERGENCIAS MEDICAS				

**ASEGURADOS**

<b>Nombre y Apellido:</b>	NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE	<b>V-5601899</b>	<b>Titular</b>	<b>F. Nacimiento:</b>	30/07/1958	<b>SEXO:</b>	FEMENINO	<b>F. Ingreso:</b>	19/12/2025
---------------------------	---	------------------	----------------	-----------------------	------------	--------------	----------	--------------------	------------

**COBERTURAS**

	SUMA ASEGURADA	PRIMA
TELEMEDICINA	0,00	178,00
EMERGENCIAS MEDICAS	50.000,00	755,00
VIDA (SOLO TITULAR)	5.000,00	0,00
<b>TOTAL:</b>		<b>933,00</b>

La prima no incluye el Impuesto del 3 del IGTF, el cual debe pagar en caso que su moneda de pago sea diferente de Bolívares

**BENEFICIARIOS**

<b>Nombre y Apellido:</b>	HEREDEROS LEGALES	<b>C.I./R.I.F.</b>		<b>PARENTESCO:</b>	
---------------------------	-------------------	--------------------	--	--------------------	--

**RECIBOS DE PRIMAS - FRACCIONAMIENTO**

NO. RECIBO	TIPO DE RECIBO	FECHA DESDE	FECHA HASTA	FECHA COBRO	MONEDA	PRIMA
7-1-100115822	Primer Año (Nuevo)	19/12/2025	19/03/2026	N/A	DOLARES (\$ )	233,25
7-1-100115823	Primer Año (Nuevo)	19/03/2026	19/06/2026	N/A	DOLARES (\$ )	233,25
7-1-100115824	Primer Año (Nuevo)	19/06/2026	19/09/2026	N/A	DOLARES (\$ )	233,25
7-1-100115825	Primer Año (Nuevo)	19/09/2026	19/12/2026	N/A	DOLARES (\$ )	233,25

**POR EL TOMADOR**

**POR LA MUNDIAL DE SEGUROS**

<b>Nombre Apellido / Denominación Social:</b>	NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE	<b>Representante:</b>	Humberto Martínez
<b>V-5601899</b>			
<b>Firma:</b>		<b>Firma Autorizada:</b>	

En Caracas a los 24 días del mes de Septiembre del 2025

El Asegurador entregará al Tomador este Cuadro Póliza, junto con las Condiciones Generales y Particulares, los anexos, si los hubiere, copia de la solicitud de seguro y demás documentos que formen parte del contrato de seguros. En las renovaciones del contrato de seguros, la obligación del Asegurador se mantendrá, salvo que se modifiquen las condiciones originalmente pactadas entre el Tomador, Asegurado y Asegurador, accediendo a nuestra página web [www.lamundialdeseguros.com](http://www.lamundialdeseguros.com)

**DECLARACIÓN DE FÉ**

Yo, NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE, como propuesto asegurado, en mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que esta servirá de base a La Mundial de Seguros, C.A para la emisión de la póliza y el cobro de la prima.

Yo, NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE, con C.I. N° V-5601899, Tomador de la Póliza, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de actividades lícitas y, por tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos que se consideren producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas contempladas en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo, y/o en La Mundial de Seguros, C.A., se obliga a atender y resolver cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia que presente el Tomador, Asegurado o Beneficiario, derivadas de la ejecución del presente contrato de seguro, en cuyo caso podrá acudir a la Unidad de Defensa del Tomador, Asegurado o Beneficiario de La Mundial de Seguros, C.A. o comunicarse a través del siguiente correo: [defensordelasegurado@lamundialdeseguros.com](mailto:defensordelasegurado@lamundialdeseguros.com)

La Mundial de Seguros, C.A, Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora Bajo El No.73. APROBADO MEDIANTE OFICIO FSAA-1-1-0655-2022 de fecha 28/12/2022.

CLIENTE

**CUADRO - RECIBO DE PÓLIZA  
SALUD**

**DATOS DEL TOMADOR - ASEGURADO**

<b>TOMADOR:</b>	NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE	<b>C.I./R.I.F.:</b>	V-5601899	<b>RAMO PÓLIZA:</b>	SALUD	<b>PÓLIZA:</b>	70000000370	<b>PÓLIZA REL:</b>	0
<b>DIRECCIÓN:</b>				<b>EMAIL:</b>	soraya.narvaez@gmail.com			<b>CERTIFICADO:</b>	0
<b>CIUDAD:</b>	Caracas	<b>ESTADO:</b>	Distrito Capital	<b>ZONA POSTAL:</b>		<b>TELÉFONO:</b>		<b>ESTATUS:</b>	PENDIENTE
<b>ASEGURADO:</b>	NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE	<b>C.I./R.I.F.:</b>	V-5601899						
<b>DIRECCIÓN:</b>				<b>EMAIL:</b>	soraya.narvaez@gmail.com				
<b>CIUDAD:</b>	Caracas	<b>ESTADO:</b>	Distrito Capital	<b>ZONA POSTAL:</b>		<b>TELÉFONO:</b>			

**DATOS DE LA PÓLIZA**

<b>FECHA EMISIÓN:</b>	24/09/2024	<b>VIGENCIA:</b>	19/12/2025 - 19/12/2026	<b>MONEDA:</b>	DOLARES
<b>SUCURSAL</b>	CARACAS	<b>CANAL DE VENTA:</b>	CORREDOR	<b>FRECUENCIA DE PAGO:</b>	TRIMESTRAL
<b>INTERMEDIARIO:</b>	205 - CAICEDO COHEN, DEYANIRA ESTHER	<b>PLAN CONTRATADO:</b>	50000\$ INDIV EMERGENCIAS MEDICAS		

**ASEGURADOS**

<b>Nombre y Apellido:</b>	NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE	<b>V-5601899</b>	<b>Titular</b>	<b>F. Nacimiento:</b>	30/07/1958	<b>SEXO:</b>	FEMENINO	<b>F. Ingreso:</b>	19/12/2025
---------------------------	---	------------------	----------------	-----------------------	------------	--------------	----------	--------------------	------------

**COBERTURAS**

	SUMA ASEGURADA	PRIMA
TELEMEDICINA	0,00	178,00
EMERGENCIAS MEDICAS	50.000,00	755,00
VIDA (SOLO TITULAR)	5.000,00	0,00
<b>TOTAL:</b>		<b>933,00</b>

La prima no incluye el Impuesto del 3 del IGTF, el cual debe pagar en caso que su moneda de pago sea diferente de Bolívares

**BENEFICIARIOS**

<b>Nombre y Apellido:</b>	HEREDEROS LEGALES	<b>C.I./R.I.F.</b>		<b>PARENTESCO:</b>	
---------------------------	-------------------	--------------------	--	--------------------	--

**RECIBOS DE PRIMAS - FRACCIONAMIENTO**

NO. RECIBO	TIPO DE RECIBO	FECHA DESDE	FECHA HASTA	FECHA COBRO	MONEDA	PRIMA
7-1-100115822	Primer Año (Nuevo)	19/12/2025	19/03/2026	N/A	DOLARES (\$ )	233,25
7-1-100115823	Primer Año (Nuevo)	19/03/2026	19/06/2026	N/A	DOLARES (\$ )	233,25
7-1-100115824	Primer Año (Nuevo)	19/06/2026	19/09/2026	N/A	DOLARES (\$ )	233,25
7-1-100115825	Primer Año (Nuevo)	19/09/2026	19/12/2026	N/A	DOLARES (\$ )	233,25

**POR EL TOMADOR**

**POR LA MUNDIAL DE SEGUROS**

<b>Nombre Apellido / Denominación Social:</b>	NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE	<b>Representante:</b>	Humberto Martínez
<b>V-5601899</b>			
<b>Firma:</b>		<b>Firma Autorizada:</b>	

En Caracas a los 24 días del mes de Septiembre del 2025

El Asegurador entregará al Tomador este Cuadro Póliza, junto con las Condiciones Generales y Particulares, los anexos, si los hubiere, copia de la solicitud de seguro y demás documentos que formen parte del contrato de seguros. En las renovaciones del contrato de seguros, la obligación del Asegurador se mantendrá, salvo que se modifiquen las condiciones originalmente pactadas entre el Tomador, Asegurado y Asegurador, accediendo a nuestra página web [www.lamundialdeseguros.com](http://www.lamundialdeseguros.com)

**DECLARACIÓN DE FÉ**

Yo, NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE, como propuesto asegurado, en mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que esta servirá de base a La Mundial de Seguros, C.A para la emisión de la póliza y el cobro de la prima.

Yo, NARVAEZ CHACON , MARIA SORAYA DEL VALLE, con C.I. N° V-5601899, Tomador de la Póliza, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de actividades lícitas y, por tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos que se consideren producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas contempladas en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo, y/o en La Mundial de Seguros, C.A., se obliga a atender y resolver cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia que presente el Tomador, Asegurado o Beneficiario, derivadas de la ejecución del presente contrato de seguro, en cuyo caso podrá acudir a la Unidad de Defensa del Tomador, Asegurado o Beneficiario de La Mundial de Seguros, C.A. o comunicarse a través del siguiente correo: [defensordelasegurado@lamundialdeseguros.com](mailto:defensordelasegurado@lamundialdeseguros.com)

La Mundial de Seguros, C.A, Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora Bajo El No.73. APROBADO MEDIANTE OFICIO FSAA-1-1-0655-2022 de fecha 28/12/2022.

INTERMEDIARIO