

**POLIZA DE SEGUROS DE  
SALUD INDIVIDUAL TU APOYO PREMIUM**

**CUADRO POLIZA - RECIBO DE PRIMA**

Nº de Poliza: HCMA-010101-8096  
 Nº Factura 2460374  
 Nº Recibo: 76422  
 Fecha de Emisión: 02/12/2025 03:57 PM  
 Tipo de Movimiento: FACTURACION  
 Reporte: cuadhcme

**DATOS DEL TOMADOR**

<b>Tomador:</b> MEDINA DE DE JESUS ELPIDIA ISAURA	<b>Cédula / RIF :</b> V-21381022
<b>Dirección Domicilio :</b> CALLE LA IGLESIA EDIF BELLA VISTA	<b>Correo Elec :</b> pilie3@gmail.com
<b>Estado :</b> DISTRITO CAPITAL	<b>Ciudad :</b> CARACAS
<b>Dirección Cobro :</b> CALLE LA IGLESIA EDIF BELLA VISTA	<b>Zona Postal :</b>
<b>Estado :</b> DISTRITO CAPITAL	<b>Ciudad :</b> CARACAS
<b>Sucursal Suscriptora:</b> MATURIN	<b>Teléfono :</b> 04243670316/04243670316
<b>Sucursal Emisión:</b> CARACAS	<b>Zona Postal :</b>

**VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

Desde : 18/11/2025 a las 12:00 M Hasta: 18/11/2026 a las 12:00 M

**VIGENCIA DEL RECIBO**

Desde : 18/12/2025 a las 12:00 M Hasta: 18/01/2026 a las 12:00 M

**ASEGURADOS**

Apellidos y Nombres	Cédula	SubPlan	Parentesco	F. Nacmto.	Edad	S.	F.Inclusión	F. Exclusión	Prima Anual	Prima Recibo
Maria De Los Angeles De Jesus Medina	V-34966175	1925	Titular Femenino	28/12/2012	13	F	18/11/2023		793.00	66.08

**COBERTURAS**

Rm/Coberturas Contratadas	Plan	Sub Plan	Suma Asegurada	Deductible	Prima Recibo
COBERTURA DE SALUD PREMIUM	001-031	1925	50,000.	.	66.08
SERVICIO AMBULANCIA INDIVIDUAL PREMIUM	001-031	1925	.	.	
COBERTURA COVID-19	001-031	1925	20,000.	.	
SERVICIO DE APS PREMIUM	001-031	1925	.	.	
SERVICIO DE TELEMEDICINA PREMIUM	001-031		.	.	

Prima Total: 66.08

Recargos y/o Descuentos: .00

Prima Neta a Pagar: DOLARES 66.08

Monto IGTF: 1.98

Total Prima a Pagar con IGTF: DOLARES 68.06

BENEFICIARIOS			
Nombre	Parentesco	Cédula	%Participación
HEREDEROS LEGALES	INVALIDO		

**ANEXOS**

- ANEXO POLITICA CONOZCA SU CLIENTE NATURAL - ANEXO DE COBERTURA PARA COVID-19 - ANEXO DE FLEXIBILIZACION DE PLAZOS HCMA - TELEMEDICINA - SERVICIO DE AMBULANCIA - SUJECION A PLAZOS DE ESPERA

**DATOS DEL INTERMEDIARIO**

Intermediario: JUAN RAMON SALAZAR FIGUEROA

Código 004977

**FAVOR EMITIR CHEQUE A NOMBRE DE SEGUROS QUALITAS C.A.**

Este Cuadro Póliza- Recibo de Prima  
 Tendrá Validez a partir de la  
 Celebración del contrato de seguros



18/12/2025-18/01/2026

Por Seguros Q+ualitas C.A.+

Por el Tomador

DECLARACIÓN DE FÉ DEL TOMADOR: EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA SUSCRITA PROVIENE DE UNA FUENTE LICITA Y, POR LO TANTO, NO TIENE RELACIÓN ALGUNA CON DINERO, CAPITAL, BIENES, HABERES, VALORES O TÍTULOS PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES O ACCIONES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY ORGÁNICA SOBRE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora segun Oficio No.00016705 de Fecha 06 de Marzo de 2013

PAG 1 / 3 usuario: DASANCHE

TOMADOR

AV. FRANCISCO DE MIRANDA CON 4TA. AVENIDA DE LOS PALOS GRANDES, TORRE SEGUROS QUALITAS., Caracas, Venezuela. Teléfono Master: 02122083011 Fax: .www.seguros-qualitas.com.

**POLIZA DE SEGUROS DE  
SALUD INDIVIDUAL TU APOYO PREMIUM**

**CUADRO POLIZA - RECIBO DE PRIMA**

Nº de Poliza: HCMA-010101-8096  
 N° Factura 2460374  
 N° Recibo: 76422  
 Fecha de Emisión: 02/12/2025 03:57 PM  
 Tipo de Movimiento: FACTURACION  
 Reporte: cuadhcme

**DATOS DEL TOMADOR**

<b>Tomador:</b> MEDINA DE DE JESUS ELPIDIA ISAURA	<b>Cédula / RIF :</b> V-21381022
<b>Dirección Domicilio :</b> CALLE LA IGLESIA EDIF BELLA VISTA	<b>Correo Elec :</b> pilie3@gmail.com
<b>Estado :</b> DISTRITO CAPITAL	<b>Ciudad :</b> CARACAS
<b>Dirección Cobro :</b> CALLE LA IGLESIA EDIF BELLA VISTA	<b>Zona Postal :</b>
<b>Estado :</b> DISTRITO CAPITAL	<b>Ciudad :</b> CARACAS
<b>Sucursal Suscriptora:</b> MATURIN	<b>Teléfono :</b> 04243670316/04243670316
<b>Sucursal Emisión:</b> CARACAS	<b>Zona Postal :</b>

**VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

Desde : 18/11/2025 a las 12:00 M Hasta: 18/11/2026 a las 12:00 M

**VIGENCIA DEL RECIBO**

Desde : 18/12/2025 a las 12:00 M Hasta: 18/01/2026 a las 12:00 M

**ASEGURADOS**

Apellidos y Nombres	Cédula	SubPlan	Parentesco	F. Nacmto.	Edad	S.	F.Inclusión	F. Exclusión	Prima Anual	Prima Recibo
Maria De Los Angeles De Jesus Medina	V-34966175	1925	Titular Femenino	28/12/2012	13	F	18/11/2023		793.00	66.08

**COBERTURAS**

Rm/Coberturas Contratadas	Plan	Sub Plan	Suma Asegurada	Deductible	Prima Recibo
COBERTURA DE SALUD PREMIUM	001-031	1925	50,000.	.	66.08
SERVICIO AMBULANCIA INDIVIDUAL PREMIUM	001-031	1925	.	.	.00
COBERTURA COVID-19	001-031	1925	20,000.	.	1.98
SERVICIO DE APS PREMIUM	001-031	1925	.	.	66.08
SERVICIO DE TELEMEDICINA PREMIUM	001-031		.	.	66.08

Prima Total: 66.08

Recargos y/o Descuentos: .00

Prima Neta a Pagar: DOLARES 66.08

Monto IGTF: 1.98

Total Prima a Pagar con IGTF: DOLARES 68.06

BENEFICIARIOS			
Nombre	Parentesco	Cédula	%Participación
HEREDEROS LEGALES	INVALIDO		

**ANEXOS**

- ANEXO POLITICA CONOZCA SU CLIENTE NATURAL - ANEXO DE COBERTURA PARA COVID-19 - ANEXO DE FLEXIBILIZACION DE PLAZOS HCMA - TELEMEDICINA - SERVICIO DE AMBULANCIA - SUJECION A PLAZOS DE ESPERA

**DATOS DEL INTERMEDIARIO**

Intermediario: JUAN RAMON SALAZAR FIGUEROA	Código 004977	Referencia	8.26
--	---------------	------------	------

**FAVOR EMITIR CHEQUE A NOMBRE DE SEGUROS QUALITAS C.A.**

Este Cuadro Póliza- Recibo de Prima  
 Tendrá Validez a partir de la  
 Celebración del contrato de seguros



18/12/2025-18/01/2026

Por Seguros Q+ualitas C.A.+

Por el Tomador

DECLARACIÓN DE FÉ DEL TOMADOR: EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA SUSCRITA PROVIENE DE UNA FUENTE LICITA Y, POR LO TANTO, NO TIENE RELACIÓN ALGUNA CON DINERO, CAPITAL, BIENES, HABERES, VALORES O TÍTULOS PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES O ACCIONES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY ORGÁNICA SOBRE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora segun Oficio No.00016705 de Fecha 06 de Marzo de 2013

PAG 2 / 3 usuario: DASANCHE

INTERMEDIARIO

AV. FRANCISCO DE MIRANDA CON 4TA. AVENIDA DE LOS PALOS GRANDES, TORRE SEGUROS QUALITAS., Caracas, Venezuela. Teléfono Master: 02122083011 Fax: .www.seguros-qualitas.com.

**POLIZA DE SEGUROS DE  
SALUD INDIVIDUAL TU APOYO PREMIUM**

**CUADRO POLIZA - RECIBO DE PRIMA**

Nº de Poliza: HCMA-010101-8096  
 Nº Factura 2460374  
 Nº Recibo: 76422  
 Fecha de Emisión: 02/12/2025 03:57 PM  
 Tipo de Movimiento: FACTURACION  
 Reporte: cuadhcme

**DATOS DEL TOMADOR**

<b>Tomador:</b> MEDINA DE DE JESUS ELPIDIA ISAURA	<b>Cédula / RIF :</b> V-21381022
<b>Dirección Domicilio :</b> CALLE LA IGLESIA EDIF BELLA VISTA	<b>Correo Elec :</b> pilie3@gmail.com
<b>Estado :</b> DISTRITO CAPITAL	<b>Ciudad :</b> CARACAS
<b>Dirección Cobro :</b> CALLE LA IGLESIA EDIF BELLA VISTA	<b>Zona Postal :</b>
<b>Estado :</b> DISTRITO CAPITAL	<b>Ciudad :</b> CARACAS
<b>Sucursal Suscriptora:</b> MATURIN	<b>Teléfono :</b> 04243670316/04243670316
<b>Sucursal Emisión:</b> CARACAS	<b>Zona Postal :</b>

**VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

Desde : 18/11/2025 a las 12:00 M Hasta: 18/11/2026 a las 12:00 M

**VIGENCIA DEL RECIBO**

Desde : 18/12/2025 a las 12:00 M Hasta: 18/01/2026 a las 12:00 M

**ASEGURADOS**

Apellidos y Nombres	Cédula	SubPlan	Parentesco	F. Nacmto.	Edad	S.	F.Inclusión	F. Exclusión	Prima Anual	Prima Recibo
Maria De Los Angeles De Jesus Medina	V-34966175	1925	Titular Femenino	28/12/2012	13	F	18/11/2023		793.00	66.08

**COBERTURAS**

Rm/Coberturas Contratadas	Plan	Sub Plan	Suma Asegurada	Deductible	Prima Recibo
COBERTURA DE SALUD PREMIUM	001-031	1925	50,000.	.	66.08
SERVICIO AMBULANCIA INDIVIDUAL PREMIUM	001-031	1925	.	.	.00
COBERTURA COVID-19	001-031	1925	20,000.	.	1.98
SERVICIO DE APS PREMIUM	001-031	1925	.	.	66.08
SERVICIO DE TELEMEDICINA PREMIUM	001-031		.	.	66.08

Prima Total: 66.08

Recargos y/o Descuentos: .00

Prima Neta a Pagar: DOLARES 66.08

Monto IGTF: 1.98

Total Prima a Pagar con IGTF: DOLARES 68.06

BENEFICIARIOS			
Nombre	Parentesco	Cédula	%Participación
HEREDEROS LEGALES	INVALIDO		

**ANEXOS**

- ANEXO POLITICA CONOZCA SU CLIENTE NATURAL - ANEXO DE COBERTURA PARA COVID-19 - ANEXO DE FLEXIBILIZACION DE PLAZOS HCMA - TELEMEDICINA - SERVICIO DE AMBULANCIA - SUJECION A PLAZOS DE ESPERA

**DATOS DEL INTERMEDIARIO**

Intermediario: JUAN RAMON SALAZAR FIGUEROA	Código 004977	Referencia	8.26
--	---------------	------------	------

**FAVOR EMITIR CHEQUE A NOMBRE DE SEGUROS QUALITAS C.A.**

Este Cuadro Póliza- Recibo de Prima  
 Tendrá Validez a partir de la  
 Celebración del contrato de seguros



18/12/2025-18/01/2026

Por Seguros Q+ualitas C.A.+

Por el Tomador

DECLARACIÓN DE FÉ DEL TOMADOR: EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA SUSCRITA PROVIENE DE UNA FUENTE LICITA Y, POR LO TANTO, NO TIENE RELACIÓN ALGUNA CON DINERO, CAPITAL, BIENES, HABERES, VALORES O TÍTULOS PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES O ACCIONES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY ORGÁNICA SOBRE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora segun Oficio No.00016705 de Fecha 06 de Marzo de 2013