

DATOS DEL TOMADOR

Tomador: MEDINA DE DE JESUS ELPIDIA ISaura **Cédula / RIF :** V-21381022
Correo Elec : pilie3@gmail.com

Dirección Domicilio : CALLE LA IGLESIA EDIF BELLA VISTA
Estado : DISTRITO CAPITAL **Ciudad :** CARACAS **Zona Postal :** **Teléfono :** 04243670316/04243670316

Dirección Cobro : CALLE LA IGLESIA EDIF BELLA VISTA
Estado : DISTRITO CAPITAL **Ciudad :** CARACAS **Teléfono :** 04243670316/ **Zona Postal :**

Sucursal Suscriptora: MATURIN **Sucursal Emisión:** CARACAS

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	Deducible	Prima Recibo
COBERTURA DE SALUD PREMIUM	001-031	1925	50,000.	.	
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				

Forma de Pago : MENSUAL **Lugar de Pago** Caja del Asegurador

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
Tendra Validez a partir de la
Celebración del contrato de seguros



Por el Tomador

18/12/2025-18/01/2026

Por Seguros Q+ualitas C.A.+

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 TITULOS PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES O ACCIONES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY ORGÁNICA SOBRE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS

DATOS DEL TOMADOR

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

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. Nacmt.	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	Deducible	Prima Recibo
COBERTURA DE SALUD PREMIUM	001-031	1925	50,000.	.	
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
Forma de Pago : MENSUAL Lugar de Pago Caja del Asegurador **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
Tendra Validez a partir de la
Celebración del contrato de seguros



Por el Tomador

18/12/2025-18/01/2026

Por Seguros Q+ualitas C.A.+

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 TITULOS PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES O ACCIONES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY ORGÁNICA SOBRE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS

CUADRO POLIZA - RECIBO DE PRIMA

N° 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: cuadhcmc

DATOS DEL TOMADOR

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

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	Deducible	Prima Recibo
COBERTURA DE SALUD PREMIUM	001-031	1925	50,000.	.	
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				

Forma de Pago : MENSUAL Lugar de Pago Caja del Asegurador

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
Tendra Validez a partir de la
Celebración del contrato de seguros



Por el Tomador

18/12/2025-18/01/2026

Por Seguros Q+ualitas C.A.+

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 TITULOS PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES O ACCIONES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY ORGÁNICA SOBRE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS