

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 MARICRUZ MORENO AGUILERA
CI/RIF V-007362155
FECHA NAC. 1965-03-27
EDAD 59 años

Asegurado

PÓLIZA No 002950
SUMA ASEGURADA USD 25.000,00
VIGENCIA DESDE 2025-02-26 (inicio de cobertura)
VIGENCIA HASTA 2026-02-26 (fin de cobertura)
PAGO USD 20,17 (pago cuotas) 12/12
ASEGURADO MARICRUZ MORENO AGUILERA , No identificación 7.362.155, residente de Venezuela
NACIMIENTO 1965-03-27 (Inicia la cobertura con 59 años)
PERFIL Sexo: Femenino Fuma: No
CONTACTO Email: alejandro.sinergia@gmail.com Teléfono: +5804242201628
INTERMEDIARIO 674 ALVARO OSWALDO GUZMAN

Detalles de cobertura

Muerte Accidental USD. 25.000*

Invalidez Total y Parcial USD. 25.000*

Vida - Muerte Cualquier causa USD. 10.000*

Servicio Funerario USD 2.000*

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.

Rif-J000846448

Estudios Cardiológicos: 1 al año según patología: (Holter-electrocardiograma-Mapa-Ecocardiograma).

Rehabilitación Física: Según facultativo (10 sesiones al año).

Traslado en Ambulancia: Traslado al centro de salud

Puede hacer uso de su póliza llamando al 05005526256 y Wthatsapp 04241452314

* Sólo para el Titular

** Para el grupo familiar, previo el pago de prima adicional

Beneficiarios

NOMBRE Y APELLIDO	No IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PORCENTAJE
ALEJANDRO PEREZ MORENO	17979606	Hijo(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 Sí

Detalles: 0

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

¿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

Rif-J000846448

Cuotas

#	F.Inicio	F.Fin	Precio USD	IGTF (3%)	Monto USD	Fecha.Pago	Transaccion	Status	Recibo
1	2025-02-26	2025-03-26	20.17	0.00	20.17	2025-02-26	001340252186	Pagada	010940
2	2025-03-26	2025-04-26	20.17	0.00	20.17	2025-03-27	001346600541	Pagada	010941
3	2025-04-26	2025-05-26	20.17	0.00	20.17	2025-04-25	001353285612	Pagada	010942
4	2025-05-26	2025-06-26	20.17	0.00	20.17	2025-04-25	001353285612	Pagada	010943
5	2025-06-26	2025-07-26	20.17	0.00	20.17	2025-04-25	001353285612	Pagada	010944
6	2025-07-26	2025-08-26	20.17	0.00	20.17	2025-07-22	001372657886	Pagada	010945
7	2025-08-26	2025-09-26	20.17	0.00	20.17	2025-07-22	001372657886	Pagada	010946
8	2025-09-26	2025-10-26	20.17	0.00	20.17	2025-09-19	2196132	Pagada	010947
9	2025-10-26	2025-11-26	20.17	0.00	20.17	2025-09-19	2196132	Pagada	010948
10	2025-11-26	2025-12-26	20.17	0.00	20.17	2025-09-19	2196132	Pagada	010949
11	2025-12-26	2026-01-26	20.17	0.00	20.17	2025-12-06	000497982492	Pagada	010950
12	2026-01-26	2026-02-26	20.17	0.00	20.17	2025-12-06	000497982492	Pagada	010951

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-1-1-0433-2022, FSAA-1-1-0438-2022 y FSAA-1-1-0468-2022

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

Firma: _____

