

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** FABIANA CAROLINA FERNANDEZ MORALES  
**CI/RIF** V-016363118  
**FECHA NAC.** 1982-07-24  
**EDAD** 43 años

## **Asegurado**

**PÓLIZA No** 005495  
**SUMA ASEGURADA** USD 75.000,00  
**VIGENCIA DESDE** 2025-09-25 (inicio de cobertura)  
**VIGENCIA HASTA** 2026-09-25 (fin de cobertura)  
**PAGO** USD 76,80 (pago cuotas) 1/4  
**ASEGURADO** FABIANA CAROLINA FERNANDEZ MORALES , No identificación 16363118, residente de Venezuela  
**NACIMIENTO** 1982-07-24 (Inicia la cobertura con 43 años)  
**PERFIL** Sexo: Femenino Fuma: No  
**CONTACTO** Email: moasayala77@gmail.com Teléfono: +5804144641312  
**INTERMEDIARIO** 215 MANMAR SOCIEDAD DE CORRETAJE

## **Detalles de cobertura**

Muerte Accidental USD. 75.000\*

Invalidez Total y Parcial USD. 75.000\*

Vida - Muerte Cualquier causa USD. 30.000\*

Servicio Funerario USD 3.000\*

Gastos médicos por accidente USD. 500\*

Servicios Adicionales incluidos en la póliza\*\*:

Telemedicina : Consulta médica telefónica 24 horas ilimitado.

3 Consulta preventiva al año: Medicina Interna, Cardiología, Ginecología, Pediatría, Urología.

1 Laboratorio al año: Hematología completa, Glicemia, Urea, Creatina, Colesterol, Triglicéridos, Orina y Heces

RX: 1 estudio al año según patología.

**Rif-J000846448**

La consulta Ginecológica incluye, la Citología y el Eco Transvaginal  
La consulta Cardiológica incluye, el Electrocardiograma

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

\* Sólo para el Titular

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

## **Beneficiarios**

<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>No IDENTIFICACIÓN</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
LUCRECIA MORALES	5158649	Padre/Madre	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

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 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

Av. Francisco de Miranda, C.C. Centro Lido, Nivel 13, Ofic. 132B, Urb El Rosal, Caracas (Chacao), Miranda, Zona Postal 1060.

Teléfono: +582127726767

email: info@lamundialdeseguros.com

web: https://lamundialdeseguros.com/

**Rif-J000846448**

¿Ha padecido enfermedades Hematológicas? En caso de afirmativo, proporcione detalles: Diagnóstico, Fecha de inicio, Médico Tratante, Estado de salud actual - Declaró que No

¿Consumo: 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	2025-09-25	2025-12-25	76.80	0.00	76.80	2025-09-25	005098195098	Pagada	016975
2	2025-12-25	2026-03-25	76.80					Por Pagar	016976
3	2026-03-25	2026-06-25	76.80					Por Pagar	016977
4	2026-06-25	2026-09-25	76.80					Por Pagar	016978

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: 

