

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 BEATRIZ COROMOTO BADILLO BRICEÑO
CI/RIF V-003482859
FECHA NAC. 1951-03-21
EDAD 74 años

Asegurado

PÓLIZA No 005649
SUMA ASEGURADA USD 100.000,00
VIGENCIA DESDE 2025-10-09 (inicio de cobertura)
VIGENCIA HASTA 2026-10-09 (fin de cobertura)
PAGO USD 92,00 (pago cuotas) 1/4
ASEGURADO BEATRZ COROMOTO BADILLO BRICEÑO , No identificación 3482859, residente de Venezuela
NACIMIENTO 1951-03-21 (Inicia la cobertura con 74 años)
PERFIL Sexo: Femenino Fuma: No
CONTACTO Email: cisbb1926@gmaiil.com Teléfono: +5804143414878
INTERMEDIARIO 215 MANMAR SOCIEDAD DE CORRETAJE

Detalles de cobertura

Muerte Accidental USD. 100.000*

Invalidez Total y Parcial USD. 100.000*

Vida - Muerte Cualquier causa USD. 40.000*

Servicio Funerario USD 5.000*

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

NOMBRE Y APELLIDO	No IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PORCENTAJE
buvat de virginy badillo sofia beatriz	12313902	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 No

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 No

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 Sí

Detalles: HTA DESDE HACE 15 AÑOS CON TRATAMIENTO DE AMLODIPINA DE 0,5 MG DOSIS 1 DIARIA, MEDICO TRATANTE DR. IBRAHIM RODRIGUEZ CENTRO CLINICO PREBO FRACTURA DE CRANEO POR ACCIDENTE AUTOMOVLISTICO EN EL 2004 ACTUALMENTE EN BUEAS CONDICIONES

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

Rif-J000846448

Declaró que No

¿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	2025-10-09	2026-01-09	92.00	0.00	92.00	2025-10-09	9282514830 11	Pagada	017315
2	2026-01-09	2026-04-09	92.00					Por Pagar	017316
3	2026-04-09	2026-07-09	92.00					Por Pagar	017317
4	2026-07-09	2026-10-09	92.00					Por Pagar	017318

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: _____

