

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 Mirian Osweidy TOVAR PEREZ
CI/RIF V-023427199
FECHA NAC. 1994-10-03
EDAD 31 años

Asegurado

PÓLIZA No 007665
SUMA ASEGURADA USD 20.000,00
VIGENCIA DESDE 2026-01-21 (inicio de cobertura)
VIGENCIA HASTA 2027-01-21 (fin de cobertura)
PAGO USD 31,42 (pago cuotas) 1/12
ASEGURADO MIRIAN TOVAR , No identificación 23427199, residente de Venezuela
NACIMIENTO 1994-10-03 (Inicia la cobertura con 31 años)
PERFIL Sexo: Femenino Fuma: No
CONTACTO Email: flormartinezseguros@gmail.com Teléfono: +584124087357
INTERMEDIARIO 319 FLOR YOICE MARTINEZ CASTELLANOS

Detalles de cobertura

La Mundial de Seguros indemnizará los Costos Razonables cubiertos en que incurra el Asegurado por atenciones médicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas, como consecuencia de enfermedad, accidente o patología ocurrida durante la vigencia de la Póliza que constituya una emergencia médica y que sean ocasionados por las patologías descritas y Amparadas en las Condiciones Particulares de la póliza. La cantidad por indemnizar será como máximo la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo por asegurado y año póliza.

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.

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

Rif-J000846448

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

Traslado en Ambulancia: Traslado al centro de salud

Póliza de Seguro de Vida Temporal 1 año para el titular: Suma asegurada USD. 5.000

Puede hacer uso de su póliza llamando al 05005526256 y WhatsApp 04122029026 para ordenes médicas y laboratorios (Lunes a Viernes horario de oficina)

Beneficiarios

NOMBRE Y APELLIDO	No IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PORCENTAJE
FLOR MARTINEZ	19108986	Socio(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 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: Diagnóstico, Fecha de inicio, Médico Tratante, Estado de salud actual - Declaró que No

Rif-J000846448

¿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	2026-01-21	2026-02-21	31.42	0.00	31.42	2026-01-21	bancoactivo133501	Pagada	022227
2	2026-02-21	2026-03-21	31.42					Por Pagar	022228
3	2026-03-21	2026-04-21	31.42					Por Pagar	022229
4	2026-04-21	2026-05-21	31.42					Por Pagar	022230
5	2026-05-21	2026-06-21	31.42					Por Pagar	022231
6	2026-06-21	2026-07-21	31.42					Por Pagar	022232
7	2026-07-21	2026-08-21	31.42					Por Pagar	022233
8	2026-08-21	2026-09-21	31.42					Por Pagar	022234
9	2026-09-21	2026-10-21	31.42					Por Pagar	022235
10	2026-10-21	2026-11-21	31.42					Por Pagar	022236
11	2026-11-21	2026-12-21	31.42					Por Pagar	022237
12	2026-12-21	2027-01-21	31.42					Por Pagar	022238

Este Certificado ha sido APROBADO, EMITIDO Y REFRENDEDADO 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-I -1-0655, de fecha 28/12/2022

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

Firma: _____

