

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 vdsffds sfd sada
CI/RIF V-000463443
FECHA NAC. 1993-01-01
EDAD 32 años

Asegurado

PÓLIZA No 001078
SUMA ASEGURADA USD 1.000,00
VIGENCIA DESDE 2025-04-09 (inicio de cobertura)
VIGENCIA HASTA 2026-04-09 (fin de cobertura)
PAGO USD 18,36 (pago cuotas) 1/1
ASEGURADO gdfsafsafa gffsafsafa , No identificación 3532532, residente de Venezuela
NACIMIENTO 1993-01-01 (Inicia la cobertura con 32 años)
PERFIL Sexo: Masculino Fuma: No
CONTACTO Email: jtorrealba@lamundialdeseguros.com Teléfono: +583432532
INTERMEDIARIO La Mundial De Seguros

Detalles de cobertura

<u>Coberturas</u>	<u>Sumas Aseguradas</u> <u>USD.</u>
Asistencia Médica en caso de Accidente	1.500,00
Asistencia Médica en caso de Enfermedad No Preexistente	1.500,00
Medicamentos Recetados	100,00

Rif-J000846448

Plan Odontológico

Urgencia odontológica:

Se define como un evento inesperado o repentino que dé lugar a tratamientos odontológicos amparados por este servicio, con la finalidad de tratar situaciones

originadas por las siguientes causas: Dolor, infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia, que requiera asistencia inmediata, cuya causa pueda ser

resuelta en una (1) sola consulta para tratar los síntomas y mitigar el daño, en un consultorio odontológico de manera ambulatoria. En horario nocturno se brindará

orientación telefónica para el manejo de los síntomas, para posteriormente ser atendido por un profesional en un consultorio odontológico.

ALCANCE DEL SERVICIO.

El alcance de los servicios a ser prestados (1) una vez al año por nuestro SISTEMA COORDINADO de Proveedores, es de acuerdo al siguiente detalle:

SERVICIO DE URGENCIA:

a) Restauración de dientes posteriores (molares y premolares) con amalgama (aleación de color gris) y dientes anteriores (caninos e incisivos) con resina (material estético

del mismo color del diente) por caries, fracturas o caída parcial o total de restauraciones que involucren una o dos caras del diente. No contempla reconstrucciones, las cuales

están indicadas cuando hay pérdida de la mayor parte del diente. No incluye recubrimientos pulpares ni bases cavitarias.

b) Eliminación de la pulpa (nervio) ubicada en la corona del diente (no raíces) dañada por una caries avanzada o por traumatismo (que cause dolor agudo y/o inflamación) y

obturbación temporal (limpieza y desinfección del diente, no incluye tratamiento de conductos).

c) Eliminación simple de cálculo y placa bacteriana localizada (no generalizada) que causen dolor, inflamación y/o abscesos en la encía.

d) Drenaje de absceso causado por lesiones en los dientes o encía.

e) Prescripción de medicamentos como tratamiento para atender dolor, inflamación o

infección causados por lesiones bucales.

f) Evaluación de dientes flojos o caídos por accidentes. No incluye ferulización.

g) Resolución temporal de daños o desajustes de prótesis dentales (coronas, puentes, removibles o totales) que imposibiliten su uso y que puedan ser atendidos en el

consultorio (no contempla arreglos en laboratorios).

h) Restauración de vidrio ionomérico en el cuello de los dientes por sensibilidad severa.

i) Extracción simple (no quirúrgica) de dientes temporales (dientes de leche) y permanentes (dientes definitivos). No incluye cordales que requieran extracción quirúrgica.

j) Una (1) radiografía periapical y/o coronal del diente o zona afectada como estudio complementario siempre y cuando sea necesario para el diagnóstico, tomada en el consultorio.

Rif-J000846448

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 no conozco, ni he sido diagnosticado con alguna enfermedad o condición grave de salud que ponga en riesgo mi integridad física o mi vida. Por lo afirmo que me encuentro en buen Estado de Salud.- Declaró que Sí

Declaro que no practico deportes o actividades recreativas o profesionales u ocupación de riesgo que pongan en peligro mi integridad física o mi vida - Declaró que Sí

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

Es usted o alguien de su círculo cercano una persona expuesta políticamente. [Ver concepto](#)

- Declaró que No

Declaro que acepto todos los mecanismos electrónicos dispuestos por La Mundial de Seguros C.A., para la contratación de la presente póliza. [Ver términos y condiciones](#)

- Declaró que Sí

Cuotas

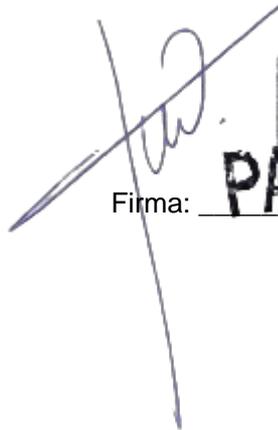
#	F.Inicio	F.Fin	Precio USD	IGTF (3%)	Monto USD	Fecha.Pago	Transaccion	Status	Recibo
1	2025-04-09	2026-04-09	18.36	0.00	18.36	2025-04-09	21206	Pagada	003120

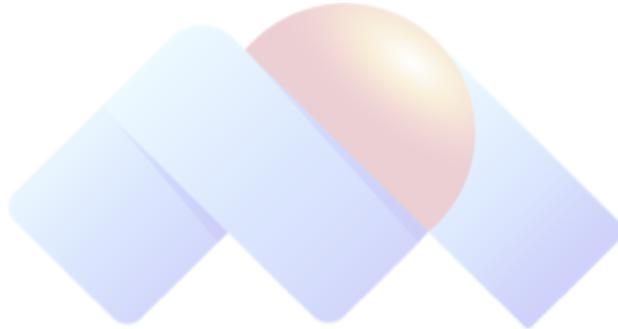
Este Certificado ha sido APROBADO, EMITIDO Y REFRENDADO electrónicamente en su Fecha de Efectividad.

LA MUNDIAL DE SEGUROS, C.A, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (SUDEASEG) BAJO EL No.73

APROBADO MEDIANTE OFICIO FSAA-1-1-0438-2022

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

Firma:  



LA MUNDIAL
de Seguros