

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** gfdsf sfsf  
**CI/RIF** V-006464564  
**FECHA NAC.** 1993-01-01  
**EDAD** 32 años

## Asegurado

**PÓLIZA No** 001079  
**SUMA ASEGURADA** USD 1.000,01  
**VIGENCIA DESDE** 2025-04-09 (inicio de cobertura)  
**VIGENCIA HASTA** 2026-04-09 (fin de cobertura)  
**PAGO** USD 31,25 (pago cuotas) 1/1  
**ASEGURADO** dsdvsf sfdadsad , No identificación 543535, residente de Venezuela  
**NACIMIENTO** 1993-01-01 (Inicia la cobertura con 32 años)  
**PERFIL** Sexo: Masculino Fuma: No  
**CONTACTO** Email: jtorrealba@lamundialdeseguros.com Teléfono: +583532523  
**INTERMEDIARIO** La Mundial De Seguros

## Detalles de cobertura

<u>Coberturas</u>	<u>Sumas Aseguradas 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**

**Descripción:** Cinco (5) Procedimientos al año por persona que pueden ser seleccionados del siguiente grupo de tratamientos:

- **Historia Clínica:** contempla la evaluación clínica para determinar diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
- **Tartrectomía simple:** contempla 1 (una) sesión para eliminar el cálculo dental supragingival que se forma alrededor de los dientes.
- **Pulido dental** 1 (una) sesión de pulido para conseguir una superficie lisa y brillante y evitar la formación de placa bacteriana y cálculo dental.
- **Exodoncia simple:** contempla la extracción del diente de su alveolo de forma simple, sin intervención quirúrgica.
- **Exodoncia quirúrgica:** contempla un procedimiento quirúrgico para la extracción de un diente que no puede ser extraído de una forma simple.
- **Exodoncia de terceros molares:** contempla la extracción de terceros molares (cordales) erupcionados o incluidos.
- **Operatoria:** contempla la restauración de dientes posteriores (molares y premolares) 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.
- **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.

## **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

Rif-J000846448

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	31.25	0.00	31.25	2025-04-09	54057	Pagada	003121

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: \_\_\_\_\_

