

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 Joannacelly Hernández
CI/RIF V-10.350.582
FECHA NAC. 1971-08-04
EDAD 53 años

Asegurado

PÓLIZA No 002932
SUMA ASEGURADA USD 100.000,01
VIGENCIA DESDE 2025-02-21 (inicio de cobertura)
VIGENCIA HASTA 2026-02-21 (fin de cobertura)
PAGO USD 140,42 (pago cuotas) 6/12
ASEGURADO Joannacelly Hernández , No identificación 10350582, residente de Venezuela
NACIMIENTO 1971-08-04 (Inicia la cobertura con 53 años)
PERFIL Sexo: Femenino Fuma: No
CONTACTO Email: juanadelcielo@gmail.com Teléfono: +5804127333322
INTERMEDIARIO La Mundial De Seguros

Detalles de cobertura

Grupo Familiar: **Hasta 5 personas (Titular + Carga familiar, sólo cónyuge e hijos hasta 25 años)**

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 por persona:

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.

Rif-J000846448

Ecografía: 1 año según patología - Eco simple.
Estudios Cardiológicos: 1 al año según patología: (Holter-electrocardiograma-Mapa-Ecocardiograma).
Rehabilitación Física: Según facultativo (10 sesiones al año).
Traslado en Ambulancia: Traslado al centro de salud
Cobertura de \$3.000 por año póliza para eventos no amparados (agota suma asegurada)

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 |
|-------------------|-------------------|------------|------------|
| Marco Paz | 11608347 | Cónyuge | 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 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 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

Rif-J000846448

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

¿Consume: 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 | 2025-02-21 | 2025-03-21 | 140.42 | 0.00 | 140.42 | 2025-02-21 | 0505216957 94 | Pagada | 010850 |
| 2 | 2025-03-21 | 2025-04-21 | 140.42 | 0.00 | 140.42 | 2025-03-25 | 0508462288 40 | Pagada | 010851 |
| 3 | 2025-04-21 | 2025-05-21 | 140.42 | 0.00 | 140.42 | 2025-04-25 | 0511525504 60 | Pagada | 010852 |
| 4 | 2025-05-21 | 2025-06-21 | 140.42 | 0.00 | 140.42 | 2025-05-26 | 0514639841 69 | Pagada | 010853 |
| 5 | 2025-06-21 | 2025-07-21 | 140.42 | 0.00 | 140.42 | 2025-07-02 | 0518363614 26 | Pagada | 010854 |
| 6 | 2025-07-21 | 2025-08-21 | 140.42 | 0.00 | 140.42 | 2025-07-17 | 0519848418 05 | Pagada | 010855 |
| 7 | 2025-08-21 | 2025-09-21 | 140.42 | | | | | Por Pagar | 010856 |
| 8 | 2025-09-21 | 2025-10-21 | 140.42 | | | | | Por Pagar | 010857 |
| 9 | 2025-10-21 | 2025-11-21 | 140.42 | | | | | Por Pagar | 010858 |
| 10 | 2025-11-21 | 2025-12-21 | 140.42 | | | | | Por Pagar | 010859 |
| 11 | 2025-12-21 | 2026-01-21 | 140.42 | | | | | Por Pagar | 010860 |
| 12 | 2026-01-21 | 2026-02-21 | 140.42 | | | | | Por Pagar | 010861 |

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-1-1-0655-2022 de fecha 28/12/2022

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



Firma: _____



LAMUNDIAL
de Seguros