

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 IVETTE ELENA MONTERO DE COSTA
CI/RIF V-006255547
FECHA NAC. 1966-05-14
EDAD 58 años

Asegurado

PÓLIZA No 002701
SUMA ASEGURADA USD 50.000,00
VIGENCIA DESDE 2024-12-18 (inicio de cobertura)
VIGENCIA HASTA 2025-12-18 (fin de cobertura)
PAGO USD 136,48 (pago cuotas) 4/4
ASEGURADO OSWALDO JOSE COSTA MIRANDA , No identificación 6502442, residente de Venezuela
NACIMIENTO 1965-11-25 (Inicia la cobertura con 59 años)
PERFIL Sexo: Masculino Fuma: No
CONTACTO Email: tokio20020@gmail.com Teléfono: +584140771539
INTERMEDIARIO 205 DEYANIRA ESTHER CAICEDO COHEN

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.

Rif-J000846448

Coberturas

Sumas Aseguradas USD.

Cobertura Básica	50.000,00
Asistencia Médica Primaria	Incluida
Asistencia Médica Domiciliaria	Incluida
Covid-19	Incluida

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).

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

Traslado en Ambulancia: Traslado al centro de salud

Puede hacer uso de su póliza llamando al 05005526256 y Wthatsapp 04241452314

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 Sí

Detalles: 0

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 Sí

Rif-J000846448

Detalles: 0

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: 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	2024-12-18	2025-03-18	136.48	0.00	136.48	2024-12-18	021458994967	Pagada	010068
2	2025-03-18	2025-06-18	136.48	0.00	136.48	2025-03-17	021941577624	Pagada	010069
3	2025-06-18	2025-09-18	136.48	0.00	136.48	2025-06-17	022514902733	Pagada	010070
4	2025-09-18	2025-12-18	136.48	0.00	136.48	2025-08-25	022973201361	Pagada	010071

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

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

Firma: _____

