

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** AURIBEL DEL CARMEN PEREZ OCHOA  
**CI/RIF** V-011924238  
**FECHA NAC.** 1975-11-04  
**EDAD** 49 años

### **Asegurado**

**PÓLIZA No** 006019  
**SUMA ASEGURADA** USD 1.000,00  
**VIGENCIA DESDE** 2025-10-31 (inicio de cobertura)  
**VIGENCIA HASTA** 2026-10-31 (fin de cobertura)  
**PAGO** USD 8,39 (pago cuotas) 1/1  
**ASEGURADO** PABLO HERIBERTO PEREZ GONZALEZ , No identificación 3587392, residente de Venezuela  
**NACIMIENTO** 1951-08-17 (Inicia la cobertura con 74 años)  
**PERFIL** Sexo: Masculino Fuma: No  
**CONTACTO** Email: auribelperez11@gmail.com Teléfono: +5804142115158  
**INTERMEDIARIO** 215 MANMAR SOCIEDAD DE CORRETAJE

### **Detalles de cobertura**

**Servicio Funerario:** El Asegurador se compromete a pagar los gastos incurridos por concepto de la prestación del Servicio Funerario al Asegurado Titular o a quien demuestre fehacientemente haber pagado los gastos hasta la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo o a prestar el servicio funerario en caso de fallecimiento del Asegurado Titular o de cualquier miembro de su grupo familiar inscrito ocurrido, durante la vigencia de la Póliza y que de acuerdo a las Condiciones de esta Póliza se encuentre cubierto

A los efectos de esta Póliza, se consideran servicios funerarios los gastos referentes a:  
Traslado del difunto a nivel nacional o local (del lugar del fallecimiento a la funeraria-cementerio).  
Preparación normal de los fallecidos.  
Ataúd adecuado para exequias  
Servicio de sala velatoria (24 horas) en capilla o a domicilio.  
Una (1) Carroza y dos (2) vehículos de acompañamiento.  
Servicio de cafetería.

Rif-J000846448

Arreglo floral.

Oficios religiosos (si son solicitados).

Asesoría de diligencias de ley (registros civiles, prefectura, hospitales, clínicas, medicatura forense).

Servicio crematorio, en aquellos casos que así lo soliciten.

Una parcela de un puesto en un cementerio municipal o privado.

Plazo de espera : 30 días

## **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

¿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**

Rif-J000846448

#	F.Inicio	F.Fin	Precio USD	IGTF (3%)	Monto USD	Fecha.Pago	Transaccion	Status	Recibo
1	2025-10-31	2026-10-31	8.39	0.00	8.39	2025-10-31	banesco17761	Pagada	018179

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-1-1-0433-2022 de fecha 21/9/2022

LA MUNDIAL DE SEGUROS, C.A.

Nombre y Apellido: **Humberto Martínez**

Firma: \_\_\_\_\_



**LA MUNDIAL**  
*de Seguros*