

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 SORVEY JOSEFINA FERNANDEZ VARGAS
CI/RIF V-008937436
FECHA NAC. 1963-08-28
EDAD 61 años

Asegurado

PÓLIZA No 005081
SUMA ASEGURADA USD 100.000,00
VIGENCIA DESDE 2025-08-26 (inicio de cobertura)
VIGENCIA HASTA 2026-08-26 (fin de cobertura)
PAGO USD 92,00 (pago cuotas) 1/4
ASEGURADO SORVEY JOSEFINA FERNANDEZ VARGAS , No identificación 8937436, residente de Venezuela
NACIMIENTO 1963-08-28 (Inicia la cobertura con 61 años)
PERFIL Sexo: Femenino Fuma: No
CONTACTO Email: sorveyf@gmail.com Teléfono: +5804144363811
INTERMEDIARIO 215 MANMAR SOCIEDAD DE CORRETAJE

Detalles de cobertura

Muerte Accidental USD. 100.000*

Invalidez Total y Parcial USD. 100.000*

Vida - Muerte Cualquier causa USD. 40.000*

Servicio Funerario USD 5.000*

Gastos médicos por accidente USD. 500*

Servicios Adicionales incluidos en la póliza**:

Telemedicina : Consulta médica telefónica 24 horas ilimitado.

3 Consulta preventiva al año: Medicina Interna, Cardiología, Ginecología, Pediatría, Urología.

1 Laboratorio al año: Hematología completa, Glicemia, Urea, Creatina, Colesterol, Triglicéridos, Orina y Heces

RX: 1 estudio al año según patología.

Rif-J000846448

La consulta Ginecológica incluye, la Citología y el Eco Transvaginal

La consulta Cardiológica incluye, el Electrocardiograma

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

* Sólo para el Titular

** Para el grupo familiar, previo el pago de prima adicional

Beneficiarios

NOMBRE Y APELLIDO	No IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PORCENTAJE
BRANDO JOSE BASTIDAS FERNANDEZ	24815635	Hijo(a)	33
GERARDO LUCIANO NAVAS FERNANDEZ	17998247	Hijo(a)	33
SORVEY ALEJANDRA BASTIDAS FERNANDEZ	19755703	Hijo(a)	34

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 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

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

Rif-J000846448

¿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	2025-08-26	2025-11-26	92.00	0.00	92.00	2025-08-26	ubii01/07/86735 2	Pagada	015821
2	2025-11-26	2026-02-26	92.00					Por Pagar	015822
3	2026-02-26	2026-05-26	92.00					Por Pagar	015823
4	2026-05-26	2026-08-26	92.00					Por Pagar	015824

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-1-1-0433-2022, FSAA-1-1-0438-2022 y FSAA-1-1-0468-2022

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

Firma: _____

