

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 Yosmerlyn Galviz
CI/RIF V-027282777
FECHA NAC. 1999-09-21
EDAD 26 años

Asegurado

PÓLIZA No 005752
SUMA ASEGURADA USD 100.000,01
VIGENCIA DESDE 2025-10-16 (inicio de cobertura)
VIGENCIA HASTA 2026-10-16 (fin de cobertura)
PAGO USD 71,17 (pago cuotas) 1/12
ASEGURADO Yosmerlyn Galviz , No identificación 27282777, residente de Venezuela
NACIMIENTO 1999-09-21 (Inicia la cobertura con 26 años)
PERFIL Sexo: Femenino Fuma: No
CONTACTO Email: yosmerlyng@gmail.com Teléfono: +584142417868
INTERMEDIARIO 784 ANAHIS POMPA CARBALLO

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

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)

Datos del grupo familiar

Parentesco	Identificación	Nombre y Apellido	Fecha-Nac.	Sexo	Email	Telefono
Padres	6439860	Nelly Galviz	1965-03-04	F	—	—

Beneficiarios

NOMBRE Y APELLIDO	No IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PORCENTAJE
Galviz	Nelly	Padre/Madre	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 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

Rif-J000846448

¿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	2025-10-16	2025-11-16	71.17	0.00	71.17	2025-10-16	000000181389	Pagada	017620
2	2025-11-16	2025-12-16	71.17					Por Pagar	017621
3	2025-12-16	2026-01-16	71.17					Por Pagar	017622
4	2026-01-16	2026-02-16	71.17					Por Pagar	017623
5	2026-02-16	2026-03-16	71.17					Por Pagar	017624
6	2026-03-16	2026-04-16	71.17					Por Pagar	017625
7	2026-04-16	2026-05-16	71.17					Por Pagar	017626
8	2026-05-16	2026-06-16	71.17					Por Pagar	017627
9	2026-06-16	2026-07-16	71.17					Por Pagar	017628
10	2026-07-16	2026-08-16	71.17					Por Pagar	017629
11	2026-08-16	2026-09-16	71.17					Por Pagar	017630
12	2026-09-16	2026-10-16	71.17					Por Pagar	017631

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: _____

