

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** LADIS RIZO RUIDIAZ  
**CI/RIF** V-015664607  
**FECHA NAC.** 1954-01-30  
**EDAD** 71 años

### **Asegurado**

**PÓLIZA No** 005872  
**SUMA ASEGURADA** USD 50.000,00  
**VIGENCIA DESDE** 2025-10-23 (inicio de cobertura)  
**VIGENCIA HASTA** 2026-10-23 (fin de cobertura)  
**PAGO** USD 85,50 (pago cuotas) 1/4  
**ASEGURADO** LADIS RIZO RUIDIAZ , No identificación 15664607, residente de Venezuela  
**NACIMIENTO** 1954-01-30 (Inicia la cobertura con 71 años)  
**PERFIL** Sexo: Femenino Fuma: No  
**CONTACTO** Email: carmenflorezr@gmail.com Teléfono: +584142645604  
**INTERMEDIARIO** 759 CARMEN CRISTINA FLOREZ RIZO

### **Detalles de cobertura**

Muerte Accidental USD. 50.000\*

Invalidez Total y Parcial USD. 50.000\*

Vida - Muerte Cualquier causa USD. 20.000\*

Servicio Funerario USD 3.000\*

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.

**Rif-J000846448**

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 Watsapp 04241452314

\* Sólo para el Titular

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

## Beneficiarios

NOMBRE Y APELLIDO	NO IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PORCENTAJE
CARMEN FLOREZ	82073635	Hijo(a)	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

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

Rif-J000846448

## Cuotas

#	F.Inicio	F.Fin	Precio USD	IGTF (3%)	Monto USD	Fecha.Pago	Transaccion	Status	Recibo
1	2025-10-23	2026-01-23	85.50	0.00	85.50	2025-10-23	banesco703028	Pagada	017851
2	2026-01-23	2026-04-23	85.50					Por Pagar	017852
3	2026-04-23	2026-07-23	85.50					Por Pagar	017853
4	2026-07-23	2026-10-23	85.50					Por Pagar	017854

Este Certificado ha sido APROBADO, EMITIDO Y REFRENDOADO 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: \_\_\_\_\_

