

**DATOS DEL TOMADOR**

**NOMBRE :** CONDOMINIO VILLAGE EL TUCAN **CÉDULA / RIF :** J-308717622

**DIRECCIÓN :** CARRETERA EL HATILLO CON BOCA DE UCHIRE- CALLE VILLA G- EL TUCAN N 64- EL HATILLO. **TELÉFONO :** 0281-1111111  
**ZONA POSTAL :** 000

**DIRECCIÓN COBRO :** CARRETERA EL HATILLO CON BOCA DE UCHIRE- CALLE VILLA G- EL TUCAN N 64- EL HATILLO. **TELÉFONO :** 000-0000000  
**ZONA POSTAL :** 000

**ESTADO :** Anzoategui **CIUDAD :** Boca De Uchire **MUNICIPIO :** San Juan De

**DATOS DE LA PÓLIZA Y DEL RECIBO**

**No. PÓLIZA :** 001326 **No. PÓLIZA ANTERIOR :** **No. RECIBO :** 002370 **VIGENCIA DE LA POLIZA**  
**No. FACTURA :** 002370 **CERTIFICADO :** **DESDE :** 01-06-2025  
**FECHA EMISIÓN :** 01-06-2025 **FECHA EMISIÓN :** 23-05-2025 - 15:49 **HASTA :** 01-06-2026  
**SUCURSAL EMISIÓN :** CARACAS **FREQ. PAGO :** TRIMESTRAL **VIGENCIA DEL RECIBO**  
**DESDE :** 01-06-2025  
**HASTA :** 01-09-2025  
**MONEDA :** DL

**INTERMEDIARIO :** 626 - ANTONIO JOSE CABRERA MESA **% PARTIC. :** 100.00

**DETALLE DEL RAMO - COBERTURAS**

RAMO - COBERTURA - DESCRIPCIÓN	SUMA ASEGURADA	PRIMA
06 - 0048 MUERTE ACCIDENTAL	2,000.00	172.80
06 - 0049 INVALIDEZ PERMANENTE	2,000.00	172.80
06 - 0052 FUNERARIO COLECTIVO	2,000.00	172.80
06 - 0069 GASTOS MEDICOS Y DE FARMACIA POR ACCIDENTE	1,000.00	172.80
06 - 0088 ATENCION MEDICA PRIMARIA	0.00	0.00
06 - 0089 TELEMEDICINA	0.00	0.00

\_\_\_ EN MONEDA : DL \_\_\_ TOTAL APORTES COBERTURAS : 691.20

**FORMAN PARTE DE LA POLIZA LAS CLAUSULAS Y ANEXOS:**

**FECHA DE COBRO** **FIRMA DEL COBRADOR** **No. DE CHEQUE** **BANCO**

Para tener validez, este Recibo debe ser sellado y firmado por la Persona Autorizada.



Firma del Asegurado / Tomador

Firma por La Empresa

El Asegurador entregará al Tomador este Cuadro Póliza Recibo, junto con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, copia de la Solicitud de Seguro y demás documentos que forman parte del Contrato. En las Renovaciones la Obligación se mantendrá si se modifican las condiciones originalmente contratadas.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario de la Póliza, que sienta vulneración de sus Derechos, y requieran presentar cualquier denuncia, queja, reclamo solicitud escrita; surgida con ocasión de este contrato de seguros, puede acudir a la Oficina de la Defensoría del Asegurado de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, o comunicarlo a través de la página web <http://sudeaseg.gob.ve/>

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio Nro. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_  
Avenida Francisco de Miranda, Centro Lido, Torre B, piso 13, Oficina 131-B, Master: +58 212-7726767, [info@lamundialdeseguros.com](mailto:info@lamundialdeseguros.com)

RFPINT000COL