EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA SOBRE AHORRO Y APORTACIONES
ANEXO 1

BENEFICIO POR MUERTE, DESMEMBRAMIENTO O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA DE ACCIDENTE

Anexo para adherirse y formar parte de la Póliza No. _____ emitida por esta Compañía a Favor del _____ en fecha _____

HACEMOS CONSTAR QUE: En consideración a la solicitud del Contratante y al pago anticipado de la prima estipulada**,** la Compañía conviene en pagar una indemnización adicional igual a la Suma Asegurada Principal, siempre y cuando el Asegurado falleciera a causa de accidente, o llegara a sufrir a causa del mismo, la pérdida de alguno de los miembros, órganos o funciones descritos en este anexo, y siempre que al ocurrir, el Asegurado no haya cumplido la edad máxima de renovación establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, y que el fallecimiento o desmembramiento se produzca dentro de los noventa (90) días a contar de la fecha de ocurrencia del accidente, todo de acuerdo con las siguientes condiciones:

CLÁUSULA No. 1. INDEMNIZACIÓN POR MUERTE, DESMEMBRAMIENTO O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA DE ACCIDENTE. Las indemnizaciones que pagará la Compañía en caso de accidente por este Anexo, se aplicarán en relación al saldo de los ahorros que mantenía el asegurado a la fecha del evento que ocasionó la pérdida objeto del reclamo, sin exceder de la suma máxima asegurada.

Pérdidas sufridas a causa de accidente	% de indemnización
La vida del Asegurado	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	50%
Amputación parcial de un pie, correspondiendo todos los dedos	30%
La audición de ambos oídos	25%
El dedo pulgar de la mano derecha	25%
El dedo pulgar de la mano izquierda	20%
El dedo índice de la mano derecha	10%
El dedo índice de la mano izquierda	8%
El dedo medio, anular o meñique de la mano derecha. c/u	5%
El dedo medio, anular o meñique de la mano izquierda	4%

Si el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización correspondientes.

A los afectados por este Convenio, únicamente se entenderá por pérdida de una mano o de un pie, la mutilación con separación por o más arriba de la articulación de la muñeca o del tobillo; por pérdida de la vista, la pérdida completa e irreparable del poder visual, la pérdida de los dedos la separación de dos falanges completas cuando menos, por pérdida de la audición de los oídos, la pérdida completa definitiva e irreparable de la audición de ambos oídos.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de las proporciones correspondientes a cada una, sin exceder la suma principal. Mientras no se haya pagado la totalidad de la suma principal, este Convenio continuará en vigor para el caso de fallecimiento por accidente hasta el próximo aniversario de la Póliza, por la diferencia entre la suma asegurada de este convenio y las indemnizaciones ya pagadas.

CLÁUSULA No. 2. DOBLE INDEMNIZACIÓN DEL BENEFICIO POR MUERTE, DESMEMBRAMIENTO Y/O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA DE ACCIDENTE

Es entendido y convenido que el pago de las indemnizaciones por muerte accidental o pérdida de miembros o de la vista, será el doble de las cantidades establecidas en la Cláusula anterior, si el accidente ocurriese:

a) Mientras el Asegurado cubierto por este Contrato Suplementario, se encuentre viajando como pasajero en un vehículo propulsado mecánicamente y operado por una Empresa de Transporte Público que con regularidad preste servicio de pasajeros de ruta comercial debidamente autorizada, con itinerario regular, entendiéndose como tal todo aquel que sea realizado en forma sistemática, independientemente de los lugares en que haya conexión, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello.
b) Mientras el Asegurado se encuentre en el interior de un ascensor de uso público (con excepción de ascensores de minas).
c) Como consecuencia de incendio de un teatro, hotel o cualquier otro edificio público, cuando el Asegurado, amparado por este Contrato, se encuentre en el interior del mismo y siempre que no sea el lugar de su trabajo.

Para los efectos de este Convenio, se entenderá por Accidente aquel que produzca al Asegurado una lesión corporal, debido a la acción directa y violenta por causas externas, imprevistas y ajenas a la voluntad del Asegurado o a la de un tercero, de cuya lesión exista evidencia en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en el caso de ahogamiento o de lesiones internas reveladas por la autopsia).

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente: 1. La asfixia o intoxicación por vapores o gases; 2. La asfixia por inmersión u obstrucción; 3. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado, siempre que no hayan sido suministrados intencionalmente; 4. El carbunclo o tétanos de origen traumático; 5. Las infecciones microbianas o intoxicaciones originadas mediante heridas externas producidas como consecuencia de lesiones accidentales; y, 6.La rabia.

La muerte o pérdida de miembros a causa de un accidente están cubiertas bajo este beneficio, toda vez que se produzcan dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

CLÁUSULA No.3. RIESGOS EXCLUIDOS. El presente Convenio no cubre la muerte o pérdida de miembros causados directa o indirectamente por:

a) Suicidio o tentativa de suicidio, cualquiera que sea el estado mental o físico de un Asegurado.
b) Accidente de navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero, en aviones de Empresas Comerciales, en vuelo regular, destinadas al servicio de pasajeros y mientras dichos aviones sean manejados por Pilotos de Planta, dentro o fuera del horario e itinerario fijo, o vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente;
c) Accidentes en que el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier clase de vehículo que esté participando en carreras, pruebas o contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia o velocidad;
d) Participación del Asegurado en riñas o al cometer o tratar de cometer algún asalto u otro crimen;
e) Accidentes que se produzcan en estado de embriaguez y que se verifique un consumo igual o superior a lo establecido en la Escala Internacional Prohibitiva a que hace referencia la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual, sonambulismo o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, a menos que se le hubieran administrado por prescripción médica.
f) Huelgas, paros o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares, en que participe el Asegurado;
g) Guerra o revolución o cualquier otro acto relacionado con ella, haya habido o no-declaración de guerra;
h) Dolencia corporal o mental o enfermedad que contribuye total o parcialmente con la muerte, a menos que la misma sea a consecuencia de accidente;
i) Por homicidio, se exceptúa cuando las autoridades correspondientes dictaminen que la muerte del Asegurado se dio de forma fortuita por encontrarse en el lugar del siniestro.
j) Lesiones causadas intencionalmente por cualquier persona;
k) Cualquier infección, excepto cuando ésta tuviese su origen por accidente; y,
l) Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, excepto si son necesarios para la curación de lesiones accidentales.

CLAUSULA No. 4. AVISO DE SINIESTRO. Al ocurrir un accidente, cubierto por este Convenio, deberá darse aviso escrito a la Compañía proporcionando los datos e informes que comprueben la pérdida y las circunstancias del accidente. Además, el Asegurado deberá someterse a los exámenes médicos que la Compañía estime conveniente, los que serán practicados por los médicos designados por ésta y por cuenta de la misma. Si el Asegurado no presenta las pruebas requeridas o no se sometieren a los exámenes indicados, la Compañía quedará liberada de responsabilidad en relación con este Convenio. En los casos que por razones ajenas o no imputables al Asegurado o los Beneficiarios (En caso de muerte del Asegurado), ocurran atrasos en la emisión de dictámenes o certificaciones por parte de las autoridades competentes y/o no se presenten los datos requeridos en el plazo otorgado, o si se demuestra ante la Compañía la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

Se harán efectivos los beneficios elegibles descritos en el presente convenio siempre que el Contratante presente los siguientes documentos:

a. Formulario de reclamo proporcionado por la Compañía.
b. Certificación de nacimiento o copia Documento de Identidad Nacional (DNI) del Asegurado.
c. Copia del RTN del Asegurado y beneficiarios.
d. Certificación médica que indique la causa y miembro afectado.
e. Estados de cuenta de ahorro y/o aportaciones del Asegurado.
f. Formulario de identificación del beneficiario final.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la ciudad de _____, el día____ de _____ del 20____.

FIRMA AUTORIZADA

EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA SOBRE AHORRO Y APORTACIONES

Anexo 2

GASTOS FÚNEBRES

Anexo para adherirse y formar parte de la Póliza No. _____ emitida por esta Compañía a Favor del _____, el _____

HACEMOS CONSTAR QUE: En consideración a la solicitud del Contratante y al pago anticipado de la prima estipulada, la Compañía garantiza el pago de una suma adicional equivalente a la totalidad de los saldos asegurables de cada Asegurado en su cuenta o cuentas individuales al momento de la muerte, por concepto de gastos fúnebres hasta un máximo de L._____, sin afectar la cobertura máxima.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la ciudad de _____, el día____ de _____ del 20____.

FIRMA AUTORIZADA

EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

ANEXO 3

SEGURO COLECTIVO DE VIDA SOBRE AHORRO Y APORTACIONES

COBERTURA OPCIONAL BENEFICIO DE ENFERMEDAD CATASTRÓFICA Y ENFERMEDAD TERMINAL DESPUÉS DE LOS 70 AÑOS, PARA MIEMBROS DEL SEGURO DE AHORROS Y APORTACIONES.

Anexo para adherirse y formar parte de la Póliza No. _____ emitida por esta Compañía.

El objetivo del presente beneficio adicional (adendum) correspondiente al Seguro de Ahorros, es ofrecer a aquellos ahorrantes de las cooperativas o instituciones financieras afines a la economía social - mayores a 60 años y que han tenido una permanencia continua dentro de Seguro de Ahorros de por lo menos 10 años- un determinado monto económico en caso de que llegaren a ser afectados por una Enfermedad Catastrófica o una Enfermedad Terminal.

Así entonces, con este adendum, se le estaría posibilitando a los cooperativistas ahorrantes que han tenido una lealtad con la cooperativa y la aseguradora, el tener un beneficio en vida en los momentos críticos que durante la tercera edad pudieren verse afectados por una enfermedad catastrófica o terminal y a la vez, ampliar los programas de responsabilidad social de la aseguradora.

HACEMOS CONSTAR QUE: En consideración a la solicitud del Contratante y al pago anticipado de la prima estipulada, la Compañía garantiza el pago del Beneficio como se detalla a continuación:

Contratante:	
Período de Vigencia del Presente Beneficio:	Desde: _____ Hasta: _____
Monto Asegurado del Presente Beneficio:	L. _____
Tasa:	_____ ☐ Anual ☐ Mensual

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la ciudad de _____, el día____ de _____ del 20____.

FIRMA AUTORIZADA