



**EQUIDAD**  
Compañía de Seguros S. A.

## **SEGURO COLECTIVO DE VIDA SOBRE AHORRO Y APORTACIONES**

### **PÓLIZA No.**

Equidad Compañía de Seguros, S.A. que en adelante se denominará “la Compañía” emite esta Póliza en atención a la solicitud presentada por \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_, que en adelante se denominará “Contratante”, por el término de un año contado a partir del \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_, que en lo sucesivo se llamará fecha de vigencia del contrato. La primera prima vencerá y será pagada en la fecha de vigencia de cada certificado.

La Compañía pagará al Contratante, siempre que esta Póliza se encuentre en pleno vigor, al recibo de las pruebas fehacientes del deceso de cualquiera de las personas amparadas en esta Póliza, la Suma Asegurada, de acuerdo con los términos aquí establecidos.

Las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, la solicitud y anexos si los hubiere, consignadas en las páginas siguientes, forman parte de esta Póliza y quedan amparadas por las firmas aquí suscritas.

En fe de lo cual la Compañía emite la presente Póliza con duplicado, siendo un ejemplar para el Contratante y otro para el archivo de la Compañía.

Dado en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

**FIRMA AUTORIZADA**



**EQUIDAD**  
Compañía de Seguros S. A.

## **SEGURO COLECTIVO DE VIDA SOBRE AHORRO Y APORTACIONES CONDICIONES PARTICULARES**

Póliza No. \_\_\_\_\_ del Seguro Colectivo de Vida Sobre Ahorro y Aportaciones, suscrito a nombre de \_\_\_\_\_ con vigencia desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_, ambas fechas a las 12.00 M.

En anexo a lo establecido en las Condiciones Generales de esta Póliza, la Compañía conviene amparar mediante las siguientes Condiciones Particulares los riesgos protegidos bajo esta Póliza.

### **1- COBERTURA**

Cobertura Básica

- a) Muerte
- b) Muerte por Suicidio

Coberturas adicionales

- c) Muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa de accidente
- d) Doble indemnización del beneficio por muerte, desmembramiento y/o pérdida de la vista por causa de accidente
- e) Gastos Fúnebres

Cobertura opcional

- f) Beneficio de Enfermedad Catastrófica y Enfermedad Terminal después de los 70 Años, para Miembros del Seguro de Ahorros y Aportaciones.

### **2- SUMA ASEGURADA MÁXIMA**

La Suma Asegurada máxima de la Póliza es de \_\_\_\_\_ (L. \_\_\_\_\_)

### **3- TASA**

La tarifa de este seguro es de L. \_\_\_\_\_ anual, por cada mil de suma asegurada.

### **4- FORMA DE PAGO Y PERIODICIDAD DE LAS PRIMAS**

Anual

☐

Mensual

☐



**EQUIDAD**  
Compañía de Seguros S. A.

## 5- . DETALLE DE PRIMAS

Prima Comercial	L. _____
Impuesto sobre Ventas	L. _____
Gastos de Emisión	L. _____
Prima Anual total de Seguros	L. _____

## 6- EDADES DE ELIGIBILIDAD POR COBERTURA

Cobertura	Edad ingreso	Edad máxima de renovación
<b>Cobertura Básica</b>		
Muerte	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____
Muerte por Suicidio	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____
<b>Coberturas Adicionales</b>		
Muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa de accidente	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____
Doble indemnización del beneficio por muerte, desmembramiento y/o pérdida de la vista por causa de accidente	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____
Gastos Fúnebres	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____
<b>Cobertura opcional</b>		
Beneficio de Enfermedad Catastrófica y Enfermedad Terminal después de los 70 Años, para Miembros del Seguro de Ahorros y Aportaciones	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____

En testimonio de lo cual, la Compañía emite las presentes condiciones en la ciudad de \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

**FIRMA AUTORIZADA**