



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
MUERTE, DESMEMBRAMIENTO O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA DE ACCIDENTE
ANEXO No.1**

Para formar parte y adherirse a las Condiciones Generales de la Póliza No. _____ de Seguro Colectivo de Vida suscrita a favor de _____ con domicilio en _____ y vigencia desde el _____ hasta el _____ ambas fechas a las 12.00 M.

En anexo a lo establecido en las Condiciones Generales, Equidad Compañía de Seguros, S.A. en adelante La Compañía, conviene proteger los riesgos que son objeto de seguro, mediante las siguientes condiciones:

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 superado 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. PAGO DE BENEFICIOS: Las indemnizaciones que pagará la Compañía en caso de accidente por este Anexo se aplicarán con base en la suma asegurada para cada asegurado que se denominará la SUMA PRINCIPAL, en las proporciones que indican en la siguiente tabla:

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 (2) 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 carbunco 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.

CLÁUSULA No. 4. 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 de la tarjeta de identidad del Asegurado.
- c) Certificación médica o constancia de la autoridad competente que certifique el deceso o desmembramiento.
- d) Certificado de defunción.
- e) Copia de tarjeta de identidad o acta de nacimiento de los beneficiarios

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la Ciudad de _____, el día _____
de _____ del 20 _____

GERENCIA GENERAL

FIRMA AUTORIZADA



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
GASTOS FÚNEBRES
ANEXO No.2**

Anexo para adherirse y formar parte de la Póliza No. _____ del seguro Colectivo de Vida, emitida por esta Compañía a favor de _____, el ____ de _____ de 20__.

HACEMOS CONSTAR QUE: En consideración a la solicitud del Contratante y al pago anticipado de la prima estipulada, la Compañía garantiza un pago adicional al monto de la Suma Asegurada indemnizada en la cobertura de muerte, en concepto de Gastos Fúnebres por la cantidad de L. _____

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

GERENCIA GENERAL

FIRMA AUTORIZADA

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
ANEXO No.3**

Para formar parte y adherirse a las Condiciones Generales de la Póliza No. _____ de Seguro Colectivo de Vida suscrita a favor de _____ con domicilio en _____ y vigencia desde el _____ hasta el _____ ambas fechas a las 12.00 M.

En anexo a lo establecido en las Condiciones Generales, Equidad Compañía de Seguros, S.A. en adelante la Compañía, conviene proteger los riesgos que son objeto de seguro, mediante las siguientes condiciones:

CLÁUSULA No. 1 PAGO DE BENEFICIOS: De conformidad con las condiciones que a continuación se mencionan, La Compañía, pagará al Asegurado una indemnización igual a la suma asegurada para el caso de fallecimiento, según lo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, en caso de que al Asegurado le sobreviniere una Incapacidad Total y Permanente, a consecuencia de enfermedad o lesiones accidentales y una vez transcurridos por lo menos seis (6) meses continuos desde la fecha de la declaración de dicha incapacidad, o antes si así lo aceptara expresamente La Compañía considerando el dictamen médico.

Para los efectos de este Convenio, se entenderá por Incapacidad TOTAL, cuando el Asegurado esté incapacitado para dedicarse a su trabajo u ocupación habitual o cualquier otro remunerado, compatible con sus conocimientos o aptitudes y posición social; y se considerará PERMANENTE cuando no pueda esperarse la recuperación de la capacidad del Asegurado para el resto de su vida.

CLÁUSULA No. 2 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN: La indemnización se pagará al Asegurado en una sola exhibición a partir de la comprobación de la incapacidad total y permanente y de acuerdo a los plazos establecidos en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA No. 3 PRUEBAS ADICIONALES DE INCAPACIDAD: La Compañía, podrá requerir pruebas adicionales para la determinación y comprobación de la incapacidad. El Asegurado se obliga a someterse a cuantos exámenes médicos le sean requeridos, para tal objeto, por cuenta de La Compañía.

CLÁUSULA No. 4 TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS BENEFICIOS: Los efectos de este Convenio concluirán al terminar el período de vigencia cubierto por el pago de las primas de la Póliza; o, por negarse el Asegurado a someterse a los exámenes médicos requeridos para la comprobación de la incapacidad; o, en el aniversario más próximo a la fecha en que el Asegurado Supere la edad máxima de renovación establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA No. 5 EXCLUSIONES: Este Anexo queda sin valor y efecto alguno, cuando la incapacidad total y permanente sea consecuencia directa de los hechos y/o circunstancias siguientes:

- a) Accidentes que le sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre bajo la influencia de drogas a excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica, estupefacientes, o de bebidas alcohólicas siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la

sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual.

- b) Lesiones corporales causadas al Asegurado por sí mismo o por el Beneficiario de la Póliza.
- c) Huelgas, paros o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares en que participe el Asegurado.
- d) Riñas provocadas por el Asegurado y/o delitos cometidos por él mismo.
- e) Guerra civil o guerra internacional o cualquier acto relacionado con ella, haya habido o no declaración de guerra.
- f) Accidente de navegación aérea, salvo que el Asegurado viaje como pasajero en aviones de línea comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros con su respectivo boleto de pasaje incluido en un vuelo de itinerario regular.

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

- a) Formulario de reclamo proporcionado por la Compañía.
- b) Certificación de nacimiento o copia de la tarjeta de identidad del Asegurado.
- c) Certificación médica o constancia de la autoridad competente que certifique la Incapacidad.

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

GERENCIA GENERAL

FIRMA AUTORIZADA

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
COBERTURA REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES
ANEXO No.4**

Para formar parte y adherirse a las Condiciones Generales de la Póliza No. _____ de Seguro Colectivo de Vida suscrita a favor de _____ con domicilio en _____ y vigencia desde el _____ hasta el _____ ambas fechas a las 12.00 M.

En anexo a lo establecido en las Condiciones Generales, Equidad Compañía de Seguros, S.A. en adelante la Compañía, conviene proteger los riesgos que son objeto de seguro, mediante las siguientes condiciones:

CLÁUSULA No.1 PAGO DE BENEFICIOS: La Compañía se compromete a reembolsar los gastos médicos en que racionalmente haya incurrido el asegurado como consecuencia de un accidente amparado por la póliza, hasta la suma establecida en las Condiciones Particulares de la misma.

Queda convenido que esta suma no se aplicará por cada accidente separado, y que las indemnizaciones que se pagaren se irán acumulando, hasta llegar a la suma total asegurada bajo este riesgo, en cuyo caso podrá restablecer mediante el pago de la prima correspondiente. Calculada a prorrata, por el periodo que faltare para el vencimiento de la póliza.

Si el Asegurado sufre varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones previstas en esta cobertura se liquidarán en forma independientemente para cada accidente, esto significará una disminución de la suma asegurada para esta eventualidad, de modo que las indemnizaciones, en conjunto no podrán exceder del 100% de la suma asegurada de esta cobertura. El asegurado podrá beneficiarse de las prestaciones enumeradas, siempre que las consecuencias del accidente se manifiestaren a más tardar dentro de un año, a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.

CLÁUSULA No. 2 DEFINICIÓN DE ACCIDENTE: Para los efectos de este contrato, se entiende por accidente toda lesión corporal que pudiera ser determinada de una manera cierta, sufrida por el Asegurado, independientemente de su voluntad, por la acción repentina de un agente externo.

CLÁUSULA No. 3 RIESGOS QUE NO PUEDEN CUBRIRSE: Quedan excluidos los accidentes causados o derivados de:

- a) Inhabilitación proveniente de cualquier daño que intencionalmente se infiera al asegurado.
- b) Ninguna lesión, inhabilitación, desmembramiento o daño que tuviere por causa, directa o indirecta alguna enfermedad o afección mental, así como los que se produzcan en estado de embriaguez o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas.
- c) Los accidentes provocados por infracciones de las leyes y decretos relativos a la seguridad de las personas, así como por actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional.
- d) El suicidio o su tentativa, ya sea en estado de cordura o de demencia.
- e) Ninguna lesión, mortal o no, que fuere causada directa o indirectamente por motivos de guerra o revolución, o por movilizaciones y concentraciones preventivas, ya sea que el Asegurado esté o no prestando servicios militares, participación activa en motines, huelgas y tumultos populares.

- f) Cualquier clase de hernia.
- g) Cualquier enfermedad o dolencia que no fuese consecuencia de las lesiones ocasionadas accidentalmente.
- h) Aborto o cualquier complicación relacionada con el mismo.
- i) Infecciones que no sean las que sobrevengan simultáneamente y como consecuencia de lesiones accidentales.
- j) Lesiones que el Asegurado sufra mientras se encuentra tomando parte en competencia en cualquier clase de vehículo.
- k) La energía nuclear.
- l) Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
- m) Las lesiones producidas por la acción de los rayos X. El radium y sus componentes.
- n) Las infecciones producidas por picaduras o mordeduras de insectos.

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren ninguna modificación.

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

GERENCIA GENERAL

FIRMA AUTORIZADA



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
PAGO ANTICIPADO PARCIAL DE LA SUMA BÁSICA EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL
ANEXO No.5**

Para formar parte y adherirse a las Condiciones Generales de la Póliza No. _____ de Seguro Colectivo de Vida suscrita a favor de _____ con domicilio en _____ y vigencia desde el _____ hasta el _____ ambas fechas a las 12.00 M.

En anexo a lo establecido en las Condiciones Generales, Equidad Compañía de Seguros, S.A. en adelante la Compañía, conviene proteger los riesgos que son objeto de seguro, mediante las siguientes condiciones:

PAGO ANTICIPADO PARCIAL DE LA SUMA BASICA EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL

la Compañía se obliga a anticipar al Asegurado el 50% de la suma básica, con cargo a dicha suma asegurada siempre que se cumpla las siguientes condiciones:

1. Que el Asegurado se encuentre en un estado de enfermedad terminal cuyas expectativas de vida según informe médico no sean mayores a 12 meses.
2. Que la póliza se encuentre vigente al momento de declararse la enfermedad como terminal.

Exclusiones:

En ningún caso la Compañía estará obligada a pago alguno con cargo a este beneficio, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

1. Si la enfermedad terminal resulta a consecuencia de lesiones que se cause a sí mismo el Asegurado y tentativa de suicidio.
2. No se hará ningún pago si la enfermedad terminal se presenta antes de la fecha de emisión de la cobertura.
3. Si la enfermedad terminal resulta a consecuencia de alcoholismo o consumo de bebidas embriagantes, uso de drogas, estupefacientes y psicotrópicos.

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

GERENCIA GENERAL

FIRMA AUTORIZADA