



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA FAMILIAR CONDICIONES PARTICULARES

Para formar parte y adherirse a la Póliza No. _____ del Seguro de Vida Colectivo de Vida Familiar, 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- COBERTURAS

- Muerte
- Suicidio
- Muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa de accidente
- Doble indemnización del beneficio por muerte, desmembramiento y/o pérdida de la vista por causa de accidente
- Pago anticipado de la suma asegurada por incapacidad total y permanente

2 - SUMA ASEGURADA MÁXIMA

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

GRUPO ASEGURADO (MÁXIMO 6 PERSONAS)	COBERTURAS				
	Muerte	Muerte y Desmembramiento por Causa Accidental (cubre hasta los 65 años)			Incapacidad Total y Permanente (cubre hasta 65 años)
		Muerte Accidental	Muerte Calificada	Desmembramiento	
Asegurado Directo	100%	200%	300%	% conforme a tabla de C. Generales	100%
Cónyuge	50%	100%	150%	0%	0%
Hijos	30%	0%	0%	0%	0%

3- TASA

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

4- FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

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 Y GRUPO FAMILIAR

6.1 Grupo Familiar

GRUPO ASEGURADO (MÁXIMO 6 PERSONAS)	RANGO DE EDAD	
	Ingreso	Renovación
Asegurado Directo	15 a 65	75
Cónyuge	15 a 65	75
Hijos	1 a 18	18

6.2 Coberturas

Cobertura	Edad ingreso	Edad máxima de renovación
Muerte	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____
Muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____
Pago anticipado de la Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____

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

GERENCIA GENERAL