



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO

ANEXO No.

AYUDA OFTLAMOLOGICA

HACEMOS CONSTAR QUE: Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura adicional y en consideración a la solicitud del Contratante _____, la Compañía conviene pagar al Asegurado Titular y/o dependientes, un límite máximo anual, en la póliza No. _____, vigencia desde _____ hasta _____, bajo las condiciones a continuación descritas:

1. Se incluye hasta un máximo anual de L. ____ para el Asegurado principal y cada dependiente en ayuda oftalmológica, aplicando coaseguro, esta suma será un máximo vitalicio. Con período de espera de ____ meses para nuevos asegurados.

Máximo a Reembolsar:

- a. Evaluaciones Optométricas.....80%
- b. Compra de aros y lentes.....80%

- Este beneficio aplica solo cuando exista una variación de 0.25 de Dioptrías en la graduación.
- Se excluyen los lentes de contacto o cosméticos y lentes de sol

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

Firma Autorizada