

## SEGURO COLECTIVO DE VIDA

### ANEXO DE COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y/O COBERTURA POR DESMEMBRACIÓN

**PÓLIZA No.:**  
**CONTRATANTE:**  
**ASEGURADO:**  
**VIGENCIA DE ESTE ANEXO:**

Por convenio entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, la Póliza de Seguro Colectivo de Vida, a la cual accede este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con pago de prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

#### CONDICIÓN PRIMERA COBERTURA

**Muerte Accidental.** - La Compañía pagará a los Beneficiarios, la suma consignada en las condiciones particulares, cuando la lesión corporal clínicamente comprobada, cause la muerte accidental del Asegurado, ocurrida dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente, proveniente de causas imprevistas, inesperadas, fortuitas y ocasionales, provocadas por una fuerza externa, en forma independiente a cualquier voluntad.

**Cobertura por Desmembración.** - La Compañía pagará al Asegurado, la cobertura de desmembración, si a consecuencia de un accidente sufre alguna de las siguientes pérdidas, dentro del ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente, de acuerdo a la tabla de indemnización que a continuación se detalla:

Ambos brazos o ambas manos	100%
Ambas piernas o ambos pies	100%
Un brazo o una mano junto con una pierna o un pie	100%
Un brazo o una mano o una pierna o un pie junto con la vista de un ojo	100%
La vista de ambos ojos	100%
Parálisis que impida trabajar	100%
Brazo derecho arriba del codo	65%
Mano derecha	60%
Brazo izquierdo arriba del codo	53%
Mano izquierda	48%
Pierna arriba de la rodilla	65%
Un pie	40%
Vista de un ojo	50%
Pérdida total e irrecuperable del habla	50%
Pérdida total e irrecuperable de los dos oídos	50%
Dos falanges del dedo pulgar de la mano derecha	20%
Dos falanges del dedo pulgar de la mano izquierda	20%
Tres falanges del dedo índice de la mano derecha	15%
Tres falanges del dedo índice	

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Cobertura de Muerte Accidental y/o Cobertura por Desmembración el número de registro SCVS-1-2-CA-75-22004420-21082020

de la mano izquierda 15%

**Doble Indemnización.** - La Compañía pagará el doble de la suma pagadera bajo este Anexo, si la pérdida ocurre:

- (a) Mientras el Asegurado viaja por tierra como pasajero en cualquier vehículo mecánico de transportación pública y dado el servicio regular de pasajeros incorporado y viajando en una ruta de transporte por tierra definitivamente establecida;
- (b) Mientras el Asegurado hace uso de un ascensor para pasajeros; y,
- (c) Por causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encuentre el Asegurado al comienzo del incendio.

Por pérdida se entenderá la inhabilitación funcional total y definitiva de un miembro, o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca o tobillo, según corresponda, o la privación total o irrecuperable de la visión o audición.

Un mismo accidente no dará derecho a acumular las indemnizaciones por muerte y desmembración. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por desmembración o inhabilitación funcional, la Compañía deducirá de la suma asegurada por muerte la indemnización pagada por desmembración o inhabilitación funcional.

## **CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES**

Las coberturas previstas en este Anexo no se harán efectivos si la muerte del La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Cobertura de Muerte Accidental y/o Cobertura por Desmembración el número de registro SCVS-1-2-CA-75-22004420-21082020

Asegurado o las lesiones que sufra se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- a) Cualquier enfermedad corporal o mental y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por este anexo.
- b) Cualquier condición o enfermedad de una persona Asegurada, incluyendo las enfermedades graves, catastróficas o degenerativas, que haya sido diagnosticada por un médico anteriormente a la fecha de efectividad de este anexo o la rehabilitación del mismo.
- c) Lesiones que sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra internacional (con o sin declaración) o conmoción civil, rebelión, invasión, huelgas, motín, terrorismo o tumulto popular, en actos delictuosos en que participe por culpa grave propia, así como tampoco en peleas o riñas salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- d) Lesiones causadas voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas intencionalmente.
- e) Accidentes por acciones o actos delictuosos y reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
- f) Accidentes aviatorios como miembro de la tripulación o cualquier actividad relacionada, de cualquier aeronave, salvo que

viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.

- g) Cualquier enfermedad o accidente causado por el "Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida" SIDA según la definición asignada por la Organización Mundial de la Salud.
- h) Infecciones bacterianas a menos que esté relacionada con una lesión de un accidente cubierto por este anexo

### **CONDICIÓN TERCERA OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO**

#### **Muerte Accidental. -**

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Contratante y/o Beneficiario podrá dar aviso del siniestro a la Compañía, dentro de tres (3) años, contados a partir de la ocurrencia del siniestro; y. presentará los siguientes documentos:

- (a) Formulario de reclamación
- (b) Cédula de identidad o ciudadanía del Asegurado y de los Beneficiarios (copia)
- (c) Acta de levantamiento de cadáver (original o copia certificada)
- (d) Parte policial (copia certificada) o certificado de la autoridad competente sobre el accidente del Asegurado.
- (e) Partida de defunción (original o copia certificada)
- (f) Certificado de autopsia (copia certificada)
- (g) Posesión efectiva de bienes (original o copia certificada)
- (h) Historia clínica

#### **Cobertura por Desmembración. -**

En caso de desmembración del Asegurado, el Contratante y/o Asegurado darán aviso del siniestro a la Compañía, dentro de los treinta días (30) días siguientes a la fecha en que tuvo conocimiento del accidente que ocasionó el siniestro; y. presentará los siguientes documentos:

- (a) Formulario de reclamación
- (b) Cédula de identidad o ciudadanía del Asegurado (copia)
- (c) Informe médico
- (d) Historia clínica completa y resultados radiológicos y de laboratorio

**Doble Indemnización. -** Para el cobro de esta cobertura, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, adicional a los documentos señalados anteriormente, según aplique, deberá demostrar que el accidente ocurrió a consecuencia de cualquiera de los accidentes mencionados en los literales (a), (b) y (c) de la condición primera de este Anexo.

### **CONDICIÓN CUARTA DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO**

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado, tantas veces como pudiere exigirlo razonablemente para comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas presentadas durante el trámite de una reclamación bajo este Anexo.

### **CONDICIÓN QUINTA PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

El Asegurado perderá todo derecho a la indemnización, en caso de que el Asegurado por sí o por interpuesta persona, emplea medios o documentos

engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar alguna cobertura del seguro contenido en el presente Anexo.

### **CONDICIÓN SEXTA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO**

La indemnización por pérdida accidental de la vida del Asegurado es pagadera a los Beneficiarios, si éstos sobreviven al Asegurado, caso contrario a los herederos del Asegurado.

La Compañía deducirá del monto a liquidar cualquier suma que se le adeude

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

**Lugar y fecha:**

**EL ASEGURADO**

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE  
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

por esta Póliza, así como también el monto de las primas aún no vencidas y pendientes de pago hasta completar la anualidad respectiva.

Los pagos de dichas indemnizaciones deberán hacerlo mediante transferencias, medios de pago electrónicos y mecanismos avalados por las autoridades en materia de seguros.

### **CONDICIÓN SÉPTIMA TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO**

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito.