

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
ANEXO DE COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE**

Póliza N°:

Contratante:

Asegurado:

Vigencia de este Anexo:

Queda entendido y convenido que, sujeto a los términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidas en la póliza arriba citada, a la cual se adhiere este Anexo y, sujeto al pago de la prima extra por parte del Contratante y/o Asegurado, el seguro se extiende a cubrir los gastos de incapacidad total y permanente del Asegurado, bajo las siguientes estipulaciones:

1. COBERTURA:

Una vez iniciada la vigencia de este Anexo y estando la póliza en pleno vigor, si antes de que el Asegurado cumpla la edad límite indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, éste quedare incapacitado en forma total y permanente, que le impida en forma total y de por vida desarrollar actividades lucrativas por sus propios medios, de las que pudiera derivar sustento o ganancia, la Compañía pagará al Asegurado el monto del seguro contratado, luego de ciento ochenta (180) días consecutivos de haber sido declarada la incapacidad por el médico de la Compañía.

A no ser que se estipule lo contrario en las condiciones particulares, la cobertura por incapacidad total y permanente no es acumulable al seguro por muerte y, por tanto, pagada la cobertura por incapacidad, la Compañía queda liberada de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de muerte del Asegurado incapacitado.

2. EXCLUSIONES:

Queda excluida de la cobertura que proporciona este seguro, la incapacidad que provenga de, o tenga su origen en, uno de los siguientes hechos:

- a. Tentativa de suicidio, o lesiones infringidas a si mismo voluntariamente, aun cuando los cometa en estado de enajenación mental.
- b. Intervención en cualquier tipo de competencias, carreras o participación deportiva de manera profesional.
- c. Práctica de deportes de alto riesgo.
- d. Guerra (declarada o no), cualquier acto de guerra o insurrección, huelga, motín, conmoción civil, asalto, servicio en cualquier fuerza militar de cualquier país, o desempeñando funciones como agente de policía de cualquier organización.
- e. Servicio militar del Asegurado en las fuerzas armadas de cualquier país o cuerpo internacional, ya sea en tiempo de guerra o de paz, o desempeñando funciones como agente de policía de cualquier organización, o cualquier otro tipo de fuerzas del orden. En estos casos, la Compañía al ser notificada por el Asegurado, devolverá la prima correspondiente a esta cobertura al periodo que falte hasta el vencimiento de este Anexo.
- f. Viajes aéreos que se realicen en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros y que no operen sobre una ruta establecida, así como también como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- g. Ejecución de acciones o actos delictivos, infracciones a leyes, ordenanzas o reglamentos públicos o privados relacionados con la seguridad de las personas, o al estar comprometido en cualquier actividad ilegal.
- h. Actos ejecutados a consecuencia de la influencia de drogas y/o alcoholismo.
- i. Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales y los causados estando bajo la influencia de drogas o alcohol.
- j. Enfermedades, accidentes, lesiones orgánicas o trastornos funcionales originados con anterioridad al ingreso a este seguro.
- k. Enfermedad corporal o mental o tratamiento médico o quirúrgico de tales enfermedades, hernias o infecciones por potomanía o bacterianas, excepto infecciones piogénicas resultantes de heridas sufridas accidentalmente.

3. DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Por incapacidad total y permanente se entenderá el estado de salud por el cual el Asegurado se encuentra impedido de ejercer alguna ocupación que le proporcione una remuneración pecuniaria acorde con su capacidad, fuerza laboral y formación práctica o teórica.

4. MONTO DEL SEGURO:

El monto por el cual el Asegurado se encuentra amparado bajo este seguro queda estipulado en las condiciones particulares de la póliza

5. AVISO DEL SINIESTRO:

La ocurrencia del accidente causante de las lesiones corporales mencionadas en este Anexo deberá ser notificada dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de tal evento. El Asegurado o beneficiario podrá justificar la imposibilidad de dar aviso del siniestro en el término señalado o pactado, en tanto hubiere estado imposibilitado físicamente, por caso fortuito o fuerza mayor, para cumplir con este deber. En ningún caso el aviso de ocurrencia del siniestro podrá exceder el tiempo señalado en el Art. 729 del Código de Comercio.

6. REVISIÓN MÉDICA:

La Compañía podrá examinar al Asegurado cuando y tantas veces fueren necesarias, antes y después de efectuar el pago de la cobertura.

7. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO:

La Compañía pagará la cobertura bajo el presente seguro una vez que tenga en su poder los siguientes documentos:

- a. Formulario de reclamación firmado por el Asegurado,
- b. Copia a color de la cédula de ciudadanía del Asegurado,
- c. Certificado del médico principal del Asegurado detallando causas y fecha de la incapacidad total y permanente e historia clínica completa,
- d. Certificado de discapacidad emitido por la autoridad competente
- e. Informe del médico auditor de la Compañía certificando la incapacidad total y permanente del deudor asegurado.

8. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO OTORGADO POR ESTE ANEXO

Durante la vigencia de la presente Póliza, el Asegurado podrá solicitar unilateralmente la terminación anticipada de esta Póliza, en caso de no existir reclamaciones presentadas la Compañía reembolsará la prima no devengada a prorrata; por su parte, la Compañía podrá dar por terminado el seguro por falta de pago de primas en el tiempo indicado en estas condiciones, por incumplimiento de notificar la modificación del riesgo durante la vigencia de la póliza en cuanto se refiere a la actividad que desempeña el Asegurado, por dolo o mala fe del Asegurado y en caso de liquidación, teniendo la Compañía el derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido. En cualquiera de los casos, las partes deberán notificar su decisión por escrito e incluso por medios electrónicos.

Ciudad, xx de xxxxxxx de 20xx

Solicitante

La Compañía

El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo el registro número SCVS-1-2-CA-670-370004425-31102025