



Compañía Anónima Inscrita en la Superintendencia de Seguros. Ministerio de Finanzas, bajo el No. 107  
RIF J-30052236-9

## **ANEXO DE COBERTURA**

### **POR MUERTE ACCIDENTAL**

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad Colectiva Nro. \_\_\_\_\_ Contratada por \_\_\_\_\_ emitida a favor de \_\_\_\_\_.

El presente Anexo es válido únicamente para las personas a las que se les haya incluido la cobertura en la casilla correspondiente en el Cuadro Recibo de Póliza.

#### **CLÁUSULA 1.- OBJETO.**

Mediante el presente Anexo se hace constar que **LA COMPAÑÍA** conviene en cancelar la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Póliza para este Anexo, si **EL ASEGURADO** fallece a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del Territorio de la República Bolivariana de Venezuela y de acuerdo a la definición descrita en la Cláusula 2.- de este Anexo.

#### **CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES.**

A los efectos de este Anexo, queda expresamente convenido que cada uno de los siguientes términos sólo tendrá la acepción que a continuación se le asigna:

**ACCIDENTE:** Es toda acción fortuita, repentina y violenta originada por un agente externo independiente de la voluntad de **EL ASEGURADO**, que le cause lesiones o daños físicos corporales.

**CLÁUSULA 3.-** Todas las definiciones, condiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, serán aplicables al presente Anexo a menos que surjan contradicciones entre ellas, en cuyo caso se aplicarán las condiciones específicas de éste. En caso de duplicidad de cobertura, los gastos amparados en las Condiciones Generales o Particulares de la Póliza no serán objeto de cobertura por este Anexo.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza arriba indicada permanecen vigentes y sin alteración.

Las indemnizaciones derivadas de las prestaciones de este Anexo tendrán en todo caso, carácter complementario de las que puedan corresponder a **EL ASEGURADO** por otros seguros de cualquier clase que tenga contratados.

Entrará en vigencia a partir de la fecha de su inclusión en el Cuadro Recibo de Póliza y una vez pagada la Prima correspondiente en la forma y tiempo convenidos.

**CLÁUSULA 4.-** El presente Anexo es válido únicamente si ha sido firmado por **LA COMPAÑÍA** y el Tomador.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_.

**EL TOMADOR**

**LA COMPAÑÍA**

Dirección de la Sede de la Compañía: Avenida Libertador con Calle Negrín, Centro Comercial Av. Libertador, Pisos 1,2,3 y PH, Urb. La Florida, Caracas, Distrito Capital.

Aprobada por la Superintendencia de Seguros, Ministerio de Finanzas, mediante Oficio Nro. 5916, de fecha 20 de Julio de 2006.



Compañía Anónima Inscrita en la Superintendencia de Seguros. Ministerio de Finanzas, bajo el No. 107  
RIF J-30052236-9

## **ANEXO DE COBERTURA**

### **POR MUERTE ACCIDENTAL**

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad Individual Nro. \_\_\_\_\_ Contratada por \_\_\_\_\_ emitida a favor de \_\_\_\_\_.

El presente Anexo es válido únicamente para las personas a las que se les haya incluido la cobertura en la casilla correspondiente en el Cuadro Recibo de Póliza.

#### **CLÁUSULA 1.- OBJETO.**

Mediante el presente Anexo se hace constar que **LA COMPAÑÍA** conviene en cancelar la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Póliza para este Anexo, si **EL ASEGURADO** fallece a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del Territorio de la República Bolivariana de Venezuela y de acuerdo a la definición descrita en la Cláusula 2.- de este Anexo.

#### **CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES.**

A los efectos de este Anexo, queda expresamente convenido que cada uno de los siguientes términos sólo tendrá la acepción que a continuación se le asigna:

**ACCIDENTE:** Es toda acción fortuita, repentina y violenta originada por un agente externo independiente de la voluntad de **EL ASEGURADO**, que le cause lesiones o daños físicos corporales.

**AMPUTACIÓN:** Cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o porción de él.

**CLÁUSULA 3.-** Todas las definiciones, condiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, serán aplicables al presente Anexo a menos que surjan contradicciones entre ellas, en cuyo caso se aplicarán las condiciones específicas de éste. En caso de duplicidad de cobertura, los gastos amparados en las Condiciones Generales o Particulares de la Póliza no serán objeto de cobertura por este Anexo.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza arriba indicada permanecen vigentes y sin alteración.

Las indemnizaciones derivadas de las prestaciones de este Anexo tendrán en todo caso, carácter complementario de las que puedan corresponder a **EL ASEGURADO** por otros seguros de cualquier clase que tenga contratados.

Entrará en vigencia a partir de la fecha de su inclusión en el Cuadro Recibo de Póliza y una vez pagada la Prima correspondiente en la forma y tiempo convenidos.

**CLÁUSULA 4.-** El presente Anexo es válido únicamente si ha sido firmado por **LA COMPAÑÍA** y el Tomador.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_.

**EL TOMADOR**

**LA COMPAÑÍA**

Dirección de la Sede de la Compañía: Avenida Libertador con Calle Negrín, Centro Comercial Av. Libertador, Pisos 1,2,3 y PH, Urb. La Florida, Caracas, Distrito Capital.  
Aprobada por la Superintendencia de Seguros, Ministerio de Finanzas, mediante Oficio Nro. 5916, de fecha 20 de Julio de 2005.