

**POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**

**NUMERO DE POLIZA M0005806**

**Código Asignado: 204 - 934922 - 2016 06 090**

**CONDICIONES PARTICULARES**

LA BOLIVIANA CIACRUZ SEGUROS PERSONALES S.A. EN ADELANTE LLAMADA LA COMPAÑÍA, DE CONFORMIDAD A LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL INTERESADO, EN ADELANTE DENOMINADO EL ASEGURADO, MISMA QUE FORMA PARTE INTEGRANTE E INDIVISIBLE DEL CONTRATO, Y DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y ANEXOS DE ESTA PÓLIZA, OTORGA EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CONFORME A LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SEGUIDAMENTE SE EXPRESAN:

**TOMADOR:** COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO ABIERTA "EDUCADORES GRAN CHACO" LTDA

**ASEGURADOS:** Clientes del Tomador del seguro para créditos hipotecarios de vivienda, de vivienda de interés social y automotores

**INICIO DE VIGENCIA:** Desde las 12:01 Hrs. Del día 01 de abril de 2017

**FIN DE VIGENCIA:** Hasta las 12:01 Hrs. Del día 01 de abril de 2020

**DIRECCION TOMADOR:** Calle Campero No. 140

**CIUDAD:** Yacuiba - Tarija

**TELEFONOS:** 4- 6822225

**VIGENCIA DE LA POLIZA:** 3 Años

**INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA**

**RAZÓN SOCIAL:** La Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A.

**DIRECCIÓN:** Av. Víctor Paz Estenssoro No. 370

**TELÉFONO:** 4-6642293

**FAX:** 4-6113535

**E-MAIL:**

**PAGINA WEB:** [www.lbc.bo](http://www.lbc.bo)



**Contratante**

COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO ABIERTA "EDUCADORES GRAN CHACO" LTDA

**Plazo de contratación**

Tres años computables a partir del 1 de abril del 2017

**Cobertura**

- Fallecimiento por cualquier causa
- Pago Anticipado del capital Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente

**Cobertura Adicional**

- Sepelio hasta Bs. 3.480,00 por persona a reembolso
- Seguro de Cesantía, hasta máximo 3 cuotas

**Beneficiario**

Beneficiario a título oneroso:

COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO ABIERTA "EDUCADORES GRAN CHACO" LTDA

**Asegurados**

Personas Naturales que se encuentren dentro los siguientes rangos:

Muerte por cualquier causa

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 70 años y 364 días

Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días

ITP x Accidente o Enfermedad

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 65 años y 364 días

Edad máxima de permanencia: 70 años y 364 días

### Requisitos de Admisibilidad

No podrán asegurarse personas que sean menores de 18 años y las personas mayores a los límites de permanencia establecidos.

Cuando se traten de casos de mayor riesgo, la admisibilidad podrá requerir el cumplimiento de requisitos establecidos por la entidad aseguradora.

Los requisitos de admisibilidad variarán de acuerdo a los siguientes rangos:

Edad	Rango USD	Req
Hasta 45 años	Hasta 10,000	Afiliación automática con Formulario de Solicitud de Seguro + Declaración de
	10.001,00 – 50.000,00	Declaración de Salud.
	50.001,00 – 150.000,00	Declaración de Salud
	150,001 – 250,000	Declaración de Salud + Test HIV
De 46 a 55 años	Hasta 10,000	Afiliación automática con Formulario de Solicitud de Seguro + Declaración de
	10.001,00 – 50.000,00	Declaración de Salud.
	50.001,00 – 150.000,00	Declaración de Salud
	150,001 – 250,000	Declaración de Salud + Examen Médico + Test HIV
De 56 a 70 años	Hasta 10,000	Afiliación automática con Formulario de Solicitud de Seguro + Declaración de Salud.
	10.001,00 – 50.000,00	Examen Medico
	50.001,00 – 150.000,00	Examen Médico+ Análisis Químico y Microscópico de orina de Laboratorio+ ECG de reposo a 12 derivaciones
	150,001 – 250,000	Examen Médico+ Análisis Químico y Microscópico de orina de Laboratorio+ ECG de reposo a 12 derivaciones + Hemograma Eritrosedimentación + Perfil Lipídico

### **Vigencia de Cobertura**

La Póliza iniciará su vigencia con la Cooperativa en la fecha que se indique en el Condicionado Particular. La vigencia individual de la cobertura será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento del desembolso del Préstamo por parte de la Cooperativa a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizando en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

### **Suma Asegurada**

El saldo insoluto del crédito otorgado al asegurado a la fecha del siniestro considerando tanto el capital como los intereses corrientes que se devenguen.

### **Periodo de Carencia**

No aplica periodo de carencia.

### **Exclusiones**

- a) Enfermedad pre-existente que no fue comunicada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- b) Intervención directa o indirecta del Asegurado en actos criminales, que le ocasionen el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente,
- c) Guerra internacional o civil (declarada o no), revolución, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad del Estado.
- d) Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- e) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso no declarada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud,

considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.

- f) Suicidio causado dentro de los dos primeros años a partir del desembolso del préstamo.

### Indemnización

Una vez que la Aseguradora haya recibido la documentación que respalda el pago del siniestro, se deberá proceder a la cancelación del monto a indemnizar en un solo pago dentro de los plazos de ley.

### Tasa

La tasa a aplicarse será la resultante del proceso de licitación. La tasa podrá ser individual y/o mancomunada.

#### Tasa Titular:

Tasa Total mensual	0.029%
Tasa Total anual	0.348%

#### Tasa Mancomunada (un codeudor):

Tasa Total mensual	0.052%
Tasa Total anual	0.627%

#### Tasa Mancomunada (dos codeudores):

Tasa Total mensual	0.077%
Tasa Total anual	0.920%

#### Tasa Mancomunada (tres o más codeudores):

Tasa Total mensual	0.096%
Tasa Total anual	1.157%

**Moneda del contrato**

La moneda de pago será en Bolivianos.

**Forma de Pago**

La forma de pago de primas es mensual

**Comisión de Servicio de Cobranza**

La Cooperativa recibirá una comisión del 10% de la tasa neta por la recaudación de la prima de tarifa.

**Costos de Adquisición**

Los costos de adquisición corresponden al 15% sobre la prima de tarifa.

**Observaciones:**

Las primas de este seguro no constituyen hecho generador de tributo según el Art. N° 54 de la Ley de Seguros 1883 del 25 de junio de 1998.

**FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA:**

- Condicionado Particular.
- Condicionado General.
- Certificados de Cobertura Individual.
- Cláusulas.
- Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Asegurado.

Tarija, 31 de marzo de 2017

**LA BOLIVIANA CIACRUZ SEGUROS PERSONALES S.A.**

**FIRMA DEL ASEGURADO**

**FIRMA POR LA COMPAÑÍA**

*(Firma manuscrita)*

*(Firma manuscrita)*

ALVARO GALARZA OROZA  
DIRECTOR EJECUTIVO COMERCIAL  
CIACRUZ SEGUROS PERSONALES S.A.

Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A.