

**PÓLIZA DE SEGURO DE  
DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**  
Cod. S.P.V.S.: 204-934904-2007 07 049

CONDICIONES PARTICULARES

POLIZA No. 36

LA BOLIVIANA SEGUROS PERSONALES S.A. EN ADELANTE LLAMADA LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD A LAS SOLICITUDES DE SEGURO PRESENTADA POR LOS INTERESADOS, EN ADELANTE LLAMADOS LOS ASEGURADOS, LAS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE E INDIVISIBLE DEL CONTRATO Y DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES ANEXAS, DE ESTA POLIZA, OTORGA EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CONFORME A LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SEGUIDAMENTE SE EXPRESAN:

CONTRATANTE : COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA EDUCADORES  
GRAN CHACO RL.

DIRECCION : CALLE CAMPERO Nº 140 ENTRE CALLE MARTIN BARROSO Y AV.  
SAN MARTIN, ZONA CENTRAL - TARIJA

MONEDA : BOLIVIANOS

-----  
C O B E R T U R A S Y V A L O R E S A S E G U R A D O S  
-----

| NOMBRE DE LA COBERTURA                              | VALOR ASEGURADO       |
|---|-----------------------|
| Muerte  | Saldo Insoluto + Int. |
| Pago Anticipado por Invalidez<br>Total y Permanente | Saldo Insoluto + Int. |
| Gastos de Sepelio                                   | USD. 1.000.-          |
| Cesantía  | Hasta 6 cuotas        |

CLAUSULAS Y ANEXOS: Forman parte del presente contrato de seguro, las siguientes cláusulas y anexos:

- [Cláusulas]
  - Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente.
  - Sepelio
  - Cesantía
  - Errores y Omisiones
  - Uso de motocicleta
  - Alcoholemia Permitida
  - Periodo de gracia
  - Ampliación de vigencia
  - Aviso de Siniestro

- Edad Límite
- Cláusula de Ampliación a Créditos Mancomunados
- Suicidio
- Cláusula de Arbitraje

VIGENCIA : DESDE LAS 12:01 DE 01 de mayo de 2023  
HASTA LAS 12:01 DE 30 de abril de 2026

PRIMA TOTAL:

FORMA DE PAGO: CONTADO

**OBSERVACIONES:**

**CONTRATANTE:** COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA EDUCADORES GRAN CHACO RL.

**ASEGURADOS:** Prestatarios de COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO EDUCADORES GRAN CHACO RL., sin distinción de sexo, ocupación domicilio, con edades entre 18 a 70 años al momento de la obtención del préstamo e inicio de la cobertura. Renovación garantizada en función de la duración del préstamo, hasta los 75 años de permanencia.

Cobertura para el conyugue, la indemnización será a una sola cabeza al primero que fallezca.

**BENEFICIARIO:** COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA EDUCADORES GRAN CHACO RL., a título oneroso

**TOTAL CARTERA:** 58,542,083.47

**PROMEDIO DE EDAD: 43 AÑOS**

**VIGENCIA:** Por 3 años a partir de la emisión de la póliza

**MODALIDAD DE LA POLIZA:**

Flotante sujeta a declaraciones mensuales a ser presentadas por el contratante. Serán asegurados de la presente póliza todos los prestatarios titulares debiendo llenar el respectivo formulario de solicitud

Asimismo, los seguros del mes serán **cobrados a prorrata** a partir del día de la aceptación.

### **RIESGOS CUBIERTOS:**

- a) Muerte por cualquier causa, incluyendo el suicidio después de UN año de vigencia ininterrumpida, **SIN EXCLUSION POR CIRROSIS PRE-EXISTENTE Y COVID-19**
- b) Pago por anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez, Total y Permanente por accidente o por enfermedad (60% del menoscabo de capacidad del asegurado) desde que se declara la incapacidad.
- c) Sepelio: Independiente de la aprobación o rechazo de las dos primeras coberturas por un valor asegurado de \$US. 1000.- Esta cobertura no será a reembolso, se deberá indemnizar el 100% del capital asegurado.
- d) Cobertura adicional para Cesantía:

Este seguro cubre el pago de las cuotas del crédito de los seguros que sean empleados y figuren en la planilla de personal de una empresa legalmente establecida en el país, con relación laboral indefinida de dependencia, que por razones involuntarias hayan perdido su empleo. Por tanto, no cubre el desempleo por finalización de contrato a plazo fijo. La indemnización proveniente de esta cobertura deberá cubrir hasta seis (6) meses cuotas mensuales de capital e intereses, de acuerdo a su plan de pagos, siempre que no haya sido contratado por otra empresa y una vez cumplido el periodo de eliminación (carencia) de tres meses.

Queda claramente establecido que el límite máximo a indemnizar por cada cuota las y establecidas en su plan de pagos a la fecha del despido involuntario.

### **CAPITALES ASEGURADOS:**

Hasta **USD 80.000** el monto del préstamo, que adeude el prestatario o su equivalente en Bolivianos.

El capital asegurado comprende el saldo insoluto de la deuda que el asegurado mantenga pendiente de pago con el tomados al momento del siniestro, más los intereses corrientes hasta la fecha del fallecimiento y/o Invalidez del prestatario y/o cónyuge.

### **REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:**

**CARTERA VIGENTE:** Sin ningún tipo de requisitos

**COBERTURA DE FREE COVER PARA TODA LA CARTERA:** de 1 a USD 5.000 o su equivalente en bolivianos los solicitantes llenarán el formulario de declaración jurada de salud, sin embargo no se tomarán en cuenta los parámetros de asegurabilidad (Cuestionario de Salud, Índice de Masa Corporal, Actividad), **por lo tanto la aceptación**

**y pago de siniestros es automático;** los prestatarios ingresarán automáticamente al seguro siempre y cuando estén reportados en las planillas mensuales de asegurados declarados por el Tomador, estén dentro de los límites de edad establecidos, y hayan firmado el certificado de cobertura individual en señal de aceptación y adhesión al seguro.

**COBERTURA AUTOMATICA: de 5.001 a USD 10.000** o su equivalente en bolivianos, serán aprobados en forma automática solo con el llenado del formulario de salud, y cumpliendo la relación  $\pm 15$  de diferencia ante la ecuación (Peso + 100) – Estatura y que las respuestas del cuestionario de salud a excepción de la N° 1 sean negativas, en caso de que no se cumpliera la misma se debe solicitar la tarificación por el medio estándar. Se aclara que estas aprobaciones se aplican a los créditos nuevos.

Desde **USD 10.001 Hasta USD 50.000** no se requerirán exámenes médicos sólo formulario de solicitud de seguro y declaración jurada de salud, siempre y cuando no exceda los 65 años de edad.

Desde **USD 50.001 adelante** sólo formulario de solicitud de seguro y declaración jurada de salud y exámenes médicos si la compañía lo requiere.

| <i>Capital asegurado</i> | <i>Edad alcanzada</i> |                     |                   | <i>66 años en adelante</i> |
|--------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|----------------------------|
|                          | <i>hasta 45 años</i>  | <i>46 a 55 años</i> | <i>56-65 años</i> |                            |
| 0-5.000                  | FREE COVER            | FREE COVER          | FREE COVER        | FREE COVER                 |
| 5.001-10.000             | A                     | A                   | A                 | A                          |
| 10.001 – 50.000          | A                     | A                   | A                 | B                          |
| 50.001 – 80.000          | A                     | A                   | B                 | BCD                        |

Aclaraciones:

- A: Formulario de Declaración de Salud
- B: Revisión Médica
- C: Análisis de Orina completa
- D: ECG Electrocardiograma a 12 derivaciones

**COMIENZO DE LA COBERTURA:**

La cobertura para los nuevos asegurados comenzará a partir de la fecha de aceptación por parte de la compañía de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad, quien comunicará por escrito la aceptación y/o exclusiones al Contratante.

La compañía tendrá dos días hábiles desde la recepción del formulario para hacer conocer al contratante si la solicitud ha sido aceptada, rechazada, o si el prestatario precisa someterse a exámenes complementarios.

Para solicitudes “Urgentes” la compañía deberá responder en el día.

## **LIMITES DE EDADES**

### **Fallecimiento:**

Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 70 años y 364 días

Permanencia: Hasta cumplir los 75 años y 364 días

### **Invalidez:**

Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 65 años y 364 días

Permanencia: Hasta cumplir los 70 años y 364 días

## **PAGO DE PRIMAS:**

Las primas de cada prestatario, así como del total del grupo, serán pagadas por **COOPERTIVA**, en forma mensual por mes vencido hasta el día 15 de cada mes, en base al listado de cartera vigente a cada mes. Este listado será enviado por la Cooperativa en forma mensual.

## **AVISO DE SINIESTRO:**

En caso de fallecimiento o invalidez del asegurado, la Cooperativa tendrá 30 días a partir del conocimiento del siniestro para dar aviso a la Compañía.

## **PAGO DE INDEMNIZACION:**

Una vez recibidos los documentos probatorios del fallecimiento del Asegurado, la Compañía, en caso de conformidad, pagará el Capital Asegurado correspondiente al Beneficiario. La obligación de pagar el Capital Asegurado deberá ser cumplida por la Compañía en un solo acto, por su valor total y en dinero. Y quedará sujeta a los términos y condiciones establecidos en los Artículos 1031, 1033 y 1034 del Código de Comercio.

**MORA:** Se cubre mora hasta 3 meses, excepto intereses penales, gastos legales y otros incrementos relacionados con la mora, **siempre y cuando sean declarados por el tomador o contratante dentro del valor asegurado** y hasta el límite máximo aprobado por la Compañía.

## **PERIODO DE GRACIA:**

La oferta deberá contemplar un período de gracia en el pago de las primas de 30 días, período en el cual se mantiene en vigencia la cobertura del seguro

## **CONDICIONES ESPECIALES:**

1. Las reprogramaciones cuyo número de operación, titular del crédito, garantes, garantías y monto asegurado no varían mantienen la cobertura sin perder la antigüedad.

2. En caso de que el prestatario y/o cónyuge no se encuentre en los rangos de aceptación según normas de la compañía estos podrán ser aceptados mediante cobro de extra prima.
3. Serán aceptadas las solicitudes que tengan un recargo del 50% sin cobro del mismo.
4. La compañía deberá otorgar Certificados Individuales a cada prestatario
5. Los documentos deberán tener la siguiente validez:
  - 6 meses los formularios de salud
  - 9 meses exámenes médicos
  - 3 meses exámenes de laboratorio
  - Vigencia de formularios aprobados hasta 90 días
6. La presente cláusula ampara errores u omisiones en la declaración mensual como en la declaración jurada, siempre y cuando estos errores y omisiones no impliquen una agravación de riesgo para la compañía aseguradora extendiendo a los titulares, codeudores y beneficiarios.  
Así también esta cláusula se amplía a cubrir errores operativos de algún funcionario de la entidad que no incluya en las listas mensuales a todos los asegurados y/o codeudores y no les debite el costo de la prima. Aclarando que, la Compañía considerará como un error operativo la omisión de datos solamente por el periodo de 1 mes, en caso que el error persista por 2 o más meses, o que sea reincidente no será considerado "error operativo".
7. Extensión de cobertura para el uso de motocicletas como medio transportador, pasajero y/o conductor.
8. Establecido el derecho del Asegurado o Beneficiario conforme a lo dispuesto en la presente póliza, la entidad Aseguradora debe pagar la Indemnización dentro de los quince **(15)** días siguientes, establecidos en los Artículos 1031, 1033 y 1034 del Código de Comercio.
9. Accidentes que se produzcan en situación de estado de embriaguez del asegurado están cubiertos.
10. Periodo de gracia hasta 30 días para el pago de primas por parte del prestatario
11. Independientemente de que sea una obligación de la cooperativa proporcionar las declaraciones juradas de salud de los prestatarios (titular, cónyuge o codeudor) para todas y cada una de las nuevas operaciones queda convenido que la ausencia del cuestionario de la declaración jurada de salud no constituye por sí solo causal de rechazo en caso de siniestro, es una obligación de la cooperativa proporcionar las declaraciones juradas de salud de los prestatarios (titular, cónyuge o codeudor), para todas y cada una de las nuevas operaciones,

considerar que hoy día utilizamos la herramienta digital, misma que se genera directamente desde la Entidad Financiera, con eso se evitan de ausencia de presentación de formularios..

12. Se declarará invalidez total permanente a partir del 60% de incapacidad de trabajo.

- El grado de Incapacidad sea reconocido y formalizado por el Instituto nacional de Salud Ocupacional (INSO) o la Entidad Encargada de calificar (EEC) o por un médico calificador debidamente registrado en la APS, asimismo, se considerará al médico Forense ante la ausencia del médico Calificador.

13. Para el pago del beneficio de **sepelio** SOLO precisaran los siguientes documentos:

- Fotocopia del Certificado de Nacimiento o Certificado de Cédula de Identidad.
- Certificado de Defunción original.
- En caso de no existir beneficiario se procederá al pago del beneficio, depositando en la caja de ahorro del prestatario.

14. Ampliación de vigencia manteniendo las mismas condiciones y tasas hasta 120 días.

**TASA:** A primer fallecimiento

|                               | <b>Mensual</b>           | <b>Anual</b>           |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------|
| <b>TITULAR</b>                | 0,5200‰ por mil mensual  | 6,2400‰ por mil anual  |
| <b>TITULAR Y 1 CODEUDOR</b>   | 0,9400 ‰ por mil mensual | 11,2800‰ por mil anual |
| <b>TITULAR Y 2 CODEUDORES</b> | 1,37‰ por mil mensual    | 16,4400‰ por mil anual |
| <b>TITULAR Y 3 CODEUDORES</b> | 1,73‰ por mil mensual    | 20,7600‰ por mil anual |
| <b>TITULAR Y 4 CODEUDORES</b> | 2,16‰ por mil mensual    | 25,9200‰ por mil anual |

**COMISION DE COBRANZA:** NO INCLUYE

El asegurado autoriza a la Compañía su reporte a la Central de Riesgos del Mercado de Seguros, acorde las normativas reglamentarias de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros.

LUGAR Y FECHA: Tarija, 01 de mayo de 2023

**LA BOLIVIANA CIACRUZ  
Seguros Personales S.A.**

**FIRMA DEL ASEGURADO**

**POR LA COMPAÑÍA**