

CERTIFICADO NRO. 27
POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
NRO. 34

CONDICIONES PARTICULARES

En consideración a la solicitud de Seguro presentada por el asegurado con sujeción a las Condiciones Generales y Anexos de la Póliza y en virtud del pago de la prima correspondiente, LA BOLIVIANA CIACRUZ SEGUROS PERSONALES S.A., ampara los riesgos cubiertos por los daños o pérdida que pudiera sufrir dicho Asegurado, en los términos y condiciones que más adelante se establecen:

SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

1. **TOMADOR:** COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ROQUE RL.
2. **ASEGURADOS:** CLIENTES DEL TOMADOR DEL SEGURO QUE HUBIERAN CONTRAÍDO CRÉDITOS CON GARANTÍA HIPOTECARIA DE VIVIENDA, CRÉDITOS DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y CRÉDITOS CON GARANTÍA HIPOTECARIA DE AUTOMOTORES CUBIERTO POR EL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.
3. **INICIO DE VIGENCIA:** 01/08/2021.
4. **FIN DE VIGENCIA:** 01/08/2022
5. **DIRECCIÓN TOMADOR:** CALLE CALVO N° 1 ESQUINA PLAZA 25 DE MAYO
6. **CIUDAD:** SUCRE
7. **TELÉFONO(S):** 64-40690
8. **VIGENCIA DE LA PÓLIZA.**
 - ALTERNATIVA 1 = 1 AÑO.
9. **VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO:** LA VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO SERÁ MENSUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE, INICIÁNDOSE EL MOMENTO DEL DESEMBOLSO DEL PRÉSTAMO POR PARTE DE LA ENTIDAD DE INTERMEDIACIÓN FINANCIERA 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. LOS REEMPLAZOS DE LA ENTIDAD ASEGURADORA QUE SE DIERAN DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DEL PRÉSTAMO, NO INTERRUMPIRÁN LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.
10. **CAPITAL ASEGURADO:** EL CAPITAL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA CORRESPONDERÁ, PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO, AL VALOR DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA MÁS LOS INTERESES DEVENGADOS; Y PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES, CORRESPONDERÁ AL VALOR ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL.

CERTIFICADO NRO. 27
POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
NRO. 34

11. DATOS DE LA CARTERA:

- VALOR TOTAL DE LA CARTERA A SER ASEGURADA: \$US. 5,000.000. -
- NÚMERO DE PERSONAS: 150
- EDAD PROMEDIO: 47 AÑOS
- CAPITAL MÁXIMO: \$US 200.000

12. TASA INDIVIDUAL MENSUAL: EXPRESADA EN MIL % CON TRES DECIMALES

0,910 %O (POR MIL)

13. TASA CODEUDORES MENSUAL: EXPRESADA EN MIL % CON TRES DECIMALES

TASA DEUDOR + 1 CODEUDOR	1.638 %O (POR MIL)
TASA DEUDOR + 2 CODEUDORES	2.402 %O (POR MIL)
TASA DEUDOR + 3 CODEUDORES	3.021 %O (POR MIL)

14. COBERTURAS:

COBERTURAS BÁSICAS:

- FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA
- INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

COBERTURAS ADICIONALES

- GASTOS DE SEPELIO: HASTA \$US 500

BENEFICIOS ADICIONALES:

- ACEPTACIÓN DE SOLICITUDES QUE TENGAN UN RECARGO HASTA EL 50% EN LA PRIMA, SIN COBRO DEL MISMO.
- APROBACIÓN AUTOMÁTICA BAJO LA MODALIDAD DE FREE COVER DESDE \$US 1 HASTA \$US 10.000
- APROBACIÓN AUTOMÁTICA SÓLO CON LLENADO DE LA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y SOLICITUD DE SEGURO CUMPLIENDO CON LA RELACIÓN DE PESO ESTATURA Y NO TENIENDO NINGUNA OBSERVACIÓN EN EL LLENADO DE LA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA CRÉDITOS DE \$US 10.001 HASTA \$US 25.000

15. BENEFICIARIOS A TITULO ONEROSO:

"COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ROQUE RL."

16. ALCANCE TERRITORIAL: NEGOCIOS SUSCRITOS EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA CON COBERTURA MUNDIAL.

CERTIFICADO NRO. 27
POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
NRO. 34

17. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

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

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 RIEGO 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.

18. DEFICINIONES

FALLECIMIENTO

MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL, INCLUYENDO MUERTE A CAUSA DE ACTOS DE TERRORISMO, HUELGA, CONMOCIONES CIVILES, DAÑO MALICIOSO, VANDALISMO, MOTÍN, TUMULTO POPULAR, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO PARTICIPE ACTIVAMENTE DE TALES ACTOS.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

SE CONSIDERARÁ INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SI POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD EL ASEGURADO SUFRIERE EL IMPEDIMENTO QUE LE OBLIGUE AL PRESTATARIO A ABANDONAR SU EMPLEO U OCUPACIÓN IMPIDIÉNDOLE EJERCER SU TRABAJO. CUMPLIÉNDOSE ESTA CONDICIÓN LA COBERTURA ES INDEMNIZABLE AL 100%. DE IGUAL FORMA, BASTARÁ LA CERTIFICACIÓN DE LOS MÉDICOS CALIFICADOS PARA QUE LA INVALIDEZ PROCEDA Y LA COMPAÑÍA INDEMNICE EN EL PLAZO CONVENIDO.

CERTIFICADO NRO. 27
POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
NRO. 34

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

1) NORMAS DE SELECCIÓN MÉDICA - VIDA DESGRAVAMEN (CAPITALES EN USD)

CAPITAL ASEGURADO	EDAD ALCANZADA			66 AÑOS EN ADELANTE
	HASTA 45 AÑOS	46 A 55 AÑOS	56-65 AÑOS	
1-10.000 (Free cover)	A	A	A	A
10.001 – 25.000 (Aceptación automática)	A	A	A	A
25.001 – 50.000	A	A	A	ABG
50.001 – 150.000	A	A	ABG	ABCDG
150.001 – 200.000	AF	ABF	ABCFG	ABCDGF

ACLARACIONES:

- A DECLARACIÓN DE SALUD
- B EXAMEN MÉDICO
- C ANÁLISIS QUÍMICO Y MICROSCÓPICO DE ORINA EN LABORATORIO
- D ECG DE REPOSO A 12 DERIVACIONES
- F TEST HIV
- G HEMOGRAMA, ERITROSEDIMENTACIÓN, PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL TOTAL EN EL PLASMA, HDL, LDL Y TRIGLICÉRIDOS EN EL PLASMA (TODOS EN AYUNAS)

A SOLICITUD EXPRESA DEL ASEGURADO, POR INTERMEDIO DE LOS SEÑORES PATRIA S.A. CORREDORES Y ASESORES DE SEGUROS., SE PROCEDE A LA RENOVACION DE LA PRESENTE POLIZA.

CENTRAL DE RIESGOS:

EL ASEGURADO AUTORIZA A LA COMPAÑÍA SU REPORTE A LA CENTRAL DE RIESGOS DEL MERCADO DE SEGUROS, ACORDE LAS NORMATIVAS REGLAMENTARIAS DE LA AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS.

LA BOLIVIANA CIACRUZ
SEGUROS PERSONALES S.A.

FIRMA DEL ASEGURADO

Recibí Conforme
 Fecha: _____

POR LA COMPAÑÍA

Manuel Sabag Prado
 EJECUTIVO COMERCIAL
 La Boliviana Ciacruz Seguros

Paola Rocha Saavedra
 APODERADO
 La Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A.