

POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
NUMERO DE POLIZA A6301125
Código Asignado: 204 - 934922 - 2016 06 090

CONDICIONADO PARTICULAR

LA BOLIVIANA CIACRUZ SEGUROS PERSONALES S.A. EN ADELANTE LLAMADA LA COMPAÑIA, 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 Credito Abierta
Trinidad Ltda.

ASEGURADOS : Prestatarios (Titulares y sus conyugues) de la
"Cooperativa de Ahorro y Credito Abierta
Trinidad Ltda", que mantienen operaciones
crediticias respaldadas por contratos o registros
de operaciones de la cooperativa, sin distinción
de sexo, ocupación o domicilio, siempre que
cumplan los requisitos, establecidos en la
presente póliza.

INICIO DE VIGENCIA : Desde Hrs. 12:01 de Mayo 29 de 2017

FIN DE VIGENCIA : Hasta Hrs. 12:01 de Marzo 31 de 2020

DIRECCIÓN TOMADOR : Av. Cochabamba N° 100 zona Central

CIUDAD : Trinidad – Beni – Estado Plurinacional de
Bolivia

TELÉFONO (S) : 4620143

LUGAR DE PAGO : Trinidad

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

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

DIRECCIÓN : Av/ Cipriano Barace Esq. Calle Felix Sattori s/n - Trinidad

TELÉFONO : (591-3) 4652100- 4652242

FAX : (591-3) 4621829

E-MAIL : gustavo.vargas@lbc.bo

PAGINA WEB : www.lbc.bo

ACTIVIDAD DEL CONTRATANTE

Entidad financiera de ahorros y Créditos, depósitos a plazo fijo, giros y otros servicios propios de su actividad.

BENEFICIARIOS: A título oneroso:

COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA TRINIDAD LTDA.

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.

COBERTURAS:

COBERTURAS BASICAS (Considerando las exclusiones de la póliza)

RIESGOS CUBIERTOS:

1. Muerte por cualquier causa (Natural o Accidental), incluyendo suicidio después del primer año de vigencia ininterrumpida de la cobertura individual a cada asegurado.
2. Pago anticipado del capital asegurado en caso de Invalidez Total y/o Permanente, habiéndose determinado en un grado del 60% de Invalidez Total y/o permanente ya sea por accidente o enfermedad.

Las coberturas se encuentran sujetas a lo establecido en el condicionado general.

ASEGURADOS Y LIMITE DE EDAD.

Personas Naturales que se encuentren dentro de los siguientes rangos:

Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad:

Mínima de ingreso 18 años y Máxima hasta 65 años y 364 días al momento de inicio de la cobertura y con permanencia de hasta los 70 años y 364 días.

Muerte por cualquier causa:

Se aclara y establece que la edad requerida para ser incluido en la póliza se computará a partir de la fecha en que el asegurado cumpla los 18 a 70 años y 364 días al momento de la obtención del préstamo e inicio de la cobertura, en función de la duración del préstamo, hasta el aniversario del cumpleaños de los 75 años y 364 días en el caso de permanencia, según lo establecido en el párrafo anterior.

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.



La Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A.

Invalidez:

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

Permanencia: Hasta cumplir los 70 años y 364 días.

El contratante deberá presentar a la Aseguradora en forma mensual un listado de las personas a asegurar y serán aprobados de acuerdo a lo siguiente:

Los préstamos hasta \$us. 10.000.- (Diez mil con 00/100 dólares Americanos) o su equivalencia en cualquier otra moneda, serán aceptados PREVIO LLENADO DEL FORMULARIO DE SEGURO, teniendo el Contratante que entregar el certificado de cobertura individual a cada uno de los prestatarios, debiendo estar debidamente firmados por éstos, los cuales deberán ser enviados a la Aseguradora.

Los préstamos de \$us. 10.001.- (Diez Mil Uno con 00/100 dólares Americanos) hasta \$us. 50.000.- (Cincuenta mil con 00/100 dólares Americanos) o su equivalencia en cualquier otra moneda, deberán llenar un formulario de solicitud de seguro de vida, declaración de salud y estarán sujetos a la evaluación de la Aseguradora, para su aceptación con o sin extra prima o rechazo de ingreso a la póliza.

No se requerirán exámenes médicos para capitales inferiores a \$us. 150.000.- (Ciento cincuenta mil con 00/100 Dólares americanos) o su equivalencia en cualquier otra moneda, con excepción de aquellos que tengan enfermedad grave o terminal y que la Aseguradora vea por necesario requerir los mismos.

Requisitos de Admisibilidad: No podrán asegurarse personas que sean menores de 18 años y las personas mayores a los límites de permanencia establecidos en el presente condicionado particular.

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

Procedimiento de Control de formularios: Conforme a lo acordado con el tomador de seguro en el marco del reglamento de Desgravamen Hipotecario.

Procedimiento de control de asegurados: Conforme a lo acordado con el tomador de seguros en el marco del reglamento de Desgravamen Hipotecario.

Condiciones de transferencia de cartera: Conforme al reglamento de seguro de Desgravamen Hipotecario.

CAPITALES ASEGURADOS:

Para Muerte e Invalidez Total y/o Permanente:

El capital asegurado será el saldo insoluto de la deuda(s) que el asegurado mantenga pendiente de pago con el contratante al momento del siniestro, incluyendo intereses corrientes que se contarán desde la fecha del último pago de la cuota, hasta la fecha del siniestro del asegurado, el cálculo de estos intereses en ningún caso excederán de 30 días.

Para líneas de crédito, y se indemnizará el saldo utilizado más intereses corrientes que se contarán desde la fecha del último pago de la cuota, hasta la fecha del siniestro del asegurado.

No se considerará como parte del capital asegurado los intereses por mora, penales ni gastos legales.

FORMA DE DECLARACION: El capital asegurado será declarado por el Contratante a través de listados mensuales que serán proporcionados a la Aseguradora a mes vencido.

FORMA DE CÁLCULO Y DE PAGO DE PRIMAS:

La prima mensual será calculada basándose en los montos que figuren en los listados que proporcione el contratante a la aseguradora de forma mensual a mes vencido, aplicando la tasa resultante del proceso de licitación.

Las primas serán pagadas por el Contratante de forma mensual a mes vencido, según liquidación mensual enviada por la aseguradora, teniendo un plazo de pago de primas hasta 30 días posteriores a la recepción de la liquidación mensual emitida por la aseguradora.

MONEDA DEL CONTRATO:

La moneda de pago será en Bolivianos.

COMISIÓN DE SERVICIOS DE COBRANZA.

La COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA., Recibirá una comisión del 10% de la tasa neta.

TASA MENSUAL:

Para Muerte, Invalidez Total y/o Permanente:

TASAS NETAS TOTALES	TITULAR	CON 1 CODEUDOR	CON 2 CODEUDORES	CON 3 CODEUDORES
TASA NETA TOTAL (POR CIENTO MENSUAL)	0,022%	0,040%	0,059%	0,074%
TASA NETA TOTAL (POR CIENTO ANUAL)	0,264%	0,480%	0,708%	0,888%

CONDICIONES ESPECIALES:

PRESTAMOS EN MORA:

La póliza se extiende a cubrir los saldos de la deuda por concepto de préstamos aun en el caso que exista mora en el pago de una o más amortizaciones por parte de los prestatarios asegurados u operaciones ejecutadas por la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA., sin embargo estos saldos solo comprenden el monto del capital adeudado, no reconociéndose

montos por intereses u otros recargos que pudieran existir como consecuencia de la mora antes citada.

PRESTAMOS A FAVOR DE DOS O MÁS PERSONAS RESPONSABLES SOLIDARIA MANCOMUNADAMENTE:

En estas operaciones crediticias, los siniestros serán indemnizados todos y/o cualquiera de los codeudores al 100% de la suma asegurada, dejando claramente establecido que para esto cada uno de los prestatarios ya sea el principal como los codeudores, cada uno de ellos, deberá cancelar la prima mensual que corresponda de acuerdo a normativa vigente para poder gozar de ésta cobertura, por lo que el contratante deberá incluirlos en los listados mensuales a cada uno.

DECLARACIONES JURADAS DE SALUD:

El tiempo de validez de las Declaraciones Juradas de Salud y/o solicitud de Seguro llenados por los propuestos asegurados para su aprobación serán de un mes a partir de la fecha indicada en éste, pasado este tiempo el propuesto asegurado deberá llenar una nueva solicitud de seguro en el formulario que corresponde.

AMPLIACIÓN DE AVISO DE SINIESTRO:

El término de aviso de siniestro, se amplía a 15 días calendario a partir de que el Contratante tenga conocimiento del mismo, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO:

Por ser un seguro colectivo, en el presente contrato de seguro, se emitirán certificados individuales de seguro.

FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO:

- **OPERACIONES NUEVAS:** Se inicia la cobertura en la fecha de desembolso del crédito o reprogramación del préstamo por parte del contratante, siempre y cuando se haya cumplido con los requisitos de asegurabilidad establecidos en el presente contrato y la Aseguradora haya dado su aceptación por escrito.

CARTERA ANTERIOR: La compañía Aseguradora reconocerá la cartera pre-existente de "LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA.", al momento de iniciarse la cobertura de la presente póliza sin requisito alguno, limitación o restricción.

- **REPROGRAMACIONES:** Las reprogramaciones (modificación del término de pago y/o moneda y/o tasa de interés) cuyo monto asegurado no varíe mantiene la cobertura sin perder antigüedad.

En las reprogramaciones de créditos en los cuáles existe un incremento en el valor asegurado, el postulante deberá cumplir los requisitos de asegurabilidad para el nuevo monto a asegurar, permaneciendo amparado el capital asegurado aceptado inicialmente, sin pérdida de antigüedad. Estarán cubiertas todas las operaciones efectuadas por la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA. desde la última declaración mensual, hasta la inmediata siguiente, pudiendo ser comprobada a través del registro contable; lo que significa que las operaciones efectuadas entre las fechas de presentación de los listados y su recepción estarán cubiertas por el presente seguro.

FECHA DE EXPIRACION AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO:

Se establece que la cobertura del seguro por cada asegurado terminará de forma automática cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos, el que ocurra primero, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigencia:

- La fecha en que el asegurado individual llegue a la edad límite.

La fecha en que finalice la obligación contraída por el Prestatario (Asegurado) con la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA. (Contratante).

La fecha en que la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA. (Contratante) deje de pagar la prima correspondiente al asegurado individual.

- Fallecimiento del asegurado o invalidez total y permanente igual o superior al 60%.

PLAZO DE PRONUNCIAMIENTO: La compañía debe pronunciarse sobre el derecho del Asegurado, Contratante o Beneficiario dentro de los 30 días de recibida la información y las evidencias.

PLAZO DE PAGO DE INDEMNIZACIONES: En caso de una eventualidad contemplada y cubierta por la póliza, el plazo máximo para indemnización de siniestros, después de presentada toda la documentación y definida la aceptación del mismo, será de 15 días.

ALCANCE TERRITORIAL: Negocios suscritos en el Estado Plurinacional de Bolivia con cobertura Mundial.

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.

Trinidad, 29 de mayo de 2017

LA BOLIVIANA CIACRUZ SEGUROS PERSONALES S.A.

FIRMA DEL ASEGURADO



Ana María Araúz Durán
APODERADO
La Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A.

FIRMA POR LA COMPAÑIA



Ana María Araúz Durán
APODERADO
La Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A.