



**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
Código Asignado: 204 - 934922 - 2016 06 090**

Resolución Administrativa APS/DS/Nº 806-2016

PÓLIZA Nº : M0005796

TOMADOR : Cooperativa De Ahorro Y Crédito Abierta Inca Huasi R.L.

ASEGURADOS : Prestatarios de la Entidad de Intermediación Financiera

INICIO DE VIGENCIA : Desde Hrs. 00:01 de 01 de Abril de 2020

FIN DE VIGENCIA : Hasta Hrs. 24:00 de 31 de Marzo de 2023

DIRECCIÓN TOMADOR : C/ Pacheco Nº 372 – Quillacollo

CIUDAD : COCHABAMBA

TELÉFONO (S) : 4261217

LUGAR DE PAGO : Cooperativa De Ahorro Y Crédito Abierta Inca Huasi R.L.

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

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

DIRECCIÓN : Av. Uyuni Nº1041

TELÉFONO : 4488200

FAX : 4488201

E-MAIL : info@lbc.bo

PAGINA WEB : www.lbc.bo



MATERIA DEL SEGURO: CLIENTES DEL TOMADOR DEL SEGURO QUE HUBIERAN CONTRAÍDO UN PRÉSTAMO, LOS CUALES SE CONSIDERAN PARA EL PRESENTE SEGURO, COMO ASEGURADOS.

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.

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; y para las Coberturas Adicionales, corresponderá al valor establecido en el Certificado de Cobertura Individual.

PRIMA: El monto de la prima de tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado.

COBERTURAS

COBERTURAS BÁSICAS (considerando las exclusiones de la póliza)

- Fallecimiento por cualquier causa.
- Invalidez Total y permanente.

COBERTURAS ADICIONALES

- Gastos de Sepelio hasta Bs. 1.400
- Cláusula de Cobertura de Capital Adicional de Pago de Cuotas por Cesantía Involuntaria, máximo hasta 6 cuotas mensuales.
- Condiciones que puedan ser cubiertas con sobre tasa como ser:
 - o Sobrepeso
 - o Actividades notoriamente de alto riesgo como ser deportes de alto riesgo
 - o Ocupaciones notoriamente de alto riesgo como ser militares, mineros, policías, guardias de seguridad, pilotos, tripulantes de vuelo y otros.

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



BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO: COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA INCA HUASI L.R.

Beneficiario a Título Gratuito: BENEFICIARIOS NOMINADOS, a falta de nominación HEREDEROS LEGALES.

TASA MENSUAL TITULAR: 0,3100%
TASA MENSUAL TITULAR Y 1 CODEUDOR: 0,5580%
TASA MENSUAL TITULAR Y 2 CODEUDOR: 0,8184%
TASA MENSUAL TITULAR Y 3 CODEUDOR: 1,0292%
TASA MENSUAL TITULAR Y 4 CODEUDOR: 1,2865%
TASA MENSUAL TITULAR Y 5 CODEUDOR: 1,5438%
TASA MENSUAL TITULAR Y 6 CODEUDOR: 1,8011%
TASA MENSUAL TITULAR Y MAS DE 6 CODEUDORES: 2,0584%

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

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.

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.

La compañía realizará el requerimiento de exámenes médicos de acuerdo a lo siguiente:



Capital asegurado	Edad alcanzada			66 años en adelante
	hasta 45 años	46 a 55 años	56-65 años	
0 – 50.000	A	A	A	B
50.001 – 150.000	A	A	B	BCD
150.001 – 250.000	AF	BF	BCF	BCDGH
250.001 – 500.000	BCF	BCFH	BCDFH	BCDFH
500.001 – 1.000.000	BCDFHI	BCDEFHI	BCDEFGHI	BCDEFGHI
1.000.001 y más	BCDEFHI	BCDEFGHI	BCDEFGHI	BCDEFGHI

Donde:

- 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
- H Perfil lipídico (colesterol total en el plasma, HDL, LDL y triglicéridos en el plasma (todos en ayunas)

La Compañía se reserva el derecho de solicitar exámenes complementarios en caso de considerarlo necesario.

BENEFICIOS ADICIONALES

- Aceptación de solicitudes que tengan un recargo hasta el 50% en la prima sin cobro del mismo.
- Free cover desde \$us 1 hasta \$us 5.000 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.
- 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 hasta \$us 10.000



- Cláusula de errores u omisiones para los nombres y apellidos de los asegurados y beneficiarios, incluyendo que por error operativo de algún funcionario de la entidad no incluya en las listas mensuales a todos los asegurados y/o no les debite el costo de la prima.
- Suicidio causado dentro del primer año a partir del desembolso del préstamo.

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 SEGURO EN EL MARCO DEL REGLAMENTO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA: CONFORME AL REGLAMENTO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

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.

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.

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.



Lugar y Fecha: Cochabamba, 23 de Marzo de 2020.


Edward Bellido Castellón
APOYERADO
La Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A.


Alejandra Gil Davila
Firmas Autorizadas
ENTE SUCURSAL
La Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A.

FIRMA DEL ASEGURADO

Recibí Conforme:

Fecha: _____

POR LA COMPAÑIA