

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL
RENOVABLE ANUALMENTE CON BENEFICIOS ADICIONALES
"SEGURO MÚLTIPLE"**

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante
Resolución Administrativa APS/DS/N° 685-2013 con Código de Registro N° 209-934615-2012 06 002

CONDICIONES PARTICULARES

DATOS DE LA PÓLIZA:			
TIPO DE PÓLIZA	:	Seguro de Vida en Grupo Temporal	
CÓDIGO DE REGISTRO	:	209934615-2012 06 002	
N° DE PÓLIZA	:	CRS-MULT-004	
MONEDA DEL CONTRATO	:	Bolivianos ó Dólares Americanos dependiendo de la moneda de las cuentas de los Asegurados	
PLAZO DE CONTRATACIÓN	:	Anual	
FECHA DE EMISIÓN	:	05/10/2015	
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	:	00:00 horas del 01/10/2015	
FECHA DE FIN DE VIGENCIA	:	23:59 horas del 30/09/2016, renovable automáticamente hasta el 30/09/2017.	
INFORMACION DEL TOMADOR, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:			
TOMADOR	:	Banco de Crédito de Bolivia S.A.	
NIT	:	1020435022	
DIRECCIÓN	:	Calle Colón esquina Mercado N° 1308, zona Central de la ciudad de La Paz	
ASEGURADOS	:	Personas naturales clientes de EL TOMADOR, es decir, titulares de cuentas de ahorro, que hayan solicitado su afiliación al seguro y que se encuentren dentro de los rangos de edad establecidos en la Póliza. La información específica de cada ASEGURADO se detalla en el Certificado de Cobertura Individual.	
BENEFICIARIO	:	Los designados por el ASEGURADO en el Certificado de Cobertura Individual o Talón de Beneficiarios, o en su defecto, los herederos instituidos de acuerdo a la Ley.	
PRIMAS:			
PRIMA INDIVIDUAL	:	Hasta US\$ 2,50 mensual o su equivalente en moneda nacional. Esta Prima aplica para todas las coberturas mostradas en el presente documento. Para todas las cuentas de ahorro afiliadas por EL TOMADOR antes de la fecha de vigencia de este documento, se mantendrán las Primas de Seguro pactadas entre EL TOMADOR y el ASEGURADO.	
PRIMA COLECTIVA	:	Suma de las Primas individuales.	
FRECUENCIA DE PAGO	:	Mensual	
OPORTUNIDAD DE PAGO	:	La Prima será cargada mensualmente en la cuenta afiliada al seguro, ya sea en forma total o parcial (cuando el saldo de la cuenta sea insuficiente para efectuar el cobro de la Prima). Nota.- El ASEGURADO contará con cobertura, mientras sus cuotas mensuales se encuentren pagadas.	
COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS			
Coberturas	Suma Asegurada en US\$	Edad Límite de afiliación	Carencia 30 días

Descripción	Según Saldo Promedio(1) hasta la Suma Asegurada máxima	Suma Asegurada Máxima	Suma Asegurada Mínima	y permanencia	
Cobertura Principal					
Muerte Natural	3 veces el Saldo Promedio	US\$ 30.000	US\$ 1.500	60 años	Si
Muerte Accidental	6 veces el Saldo Promedio	US\$ 30.000	US\$ 1.500	75 años	No
Gastos de sepelio (2)	1 vez el Saldo Promedio	US\$ 1.000	US\$ 500	75 años	Si
Invalidez Total y Permanente por Accidente	6 veces el Saldo Promedio	US\$ 30.000	US\$ 1.500	75 años	No
Coberturas Adicionales					
Emergencia Médica por Accidente	Gastos incurridos en las 48 horas siguientes al Accidente hasta la Suma Asegurada máxima (2)	1 vez el Saldo Promedio con un límite máximo de US\$ 2.500 (3)	US\$ 150 (3)	75 años	No
Reembolso por Gastos Oncológicos (4)	Gastos realizados hasta la Suma Asegurada máxima (2)	3 veces el Saldo Promedio con un límite máximo de US\$ 30.000 (5)	US\$ 500 (5)	60 años	Si
Renta Hospitalaria (6)	10% del Saldo Promedio por cada día de hospitalización (2)	US\$ 50 por día, máximo 50 días	US\$ 10 por día, máximo 50 días.	60 años	Si
Adelanto por Enfermedad Terminal.	Equivalente al 20% del Saldo Promedio	US\$ 1.000	US\$ 300	60 años	Si

(1) (Saldo Promedio): Es el equivalente al promedio de los saldos de la(s) cuenta(s) afiliada(s) en los últimos seis (6) meses. En el caso de ASEGURADOS con más de una cuenta afiliada al seguro, los beneficios y las Primas se pagarán de forma independiente por cada cuenta afiliada del ASEGURADO, siendo el beneficio máximo por todas las cuentas afiliadas, el indicado como Suma Asegurada Máxima.

(2) Sustentados con factura(s) original(es). Este beneficio será pagadero a la persona que incurrió en estos gastos.

(3) En esta cobertura, si el Saldo Promedio es inferior a US\$ 150, el reembolso, sobre los gastos efectivamente incurridos, se otorga el beneficio hasta un tope máximo de US\$ 150.

(4) Si el tratamiento se prolonga por más de un (1) año, se reembolsará solo por un (1) año adicional los gastos hasta un máximo de US\$ 1.500.

(5) En esta Cobertura, si el Saldo Promedio es inferior a US\$ 500, el reembolso sobre los gastos efectivamente incurridos, se otorga hasta un tope máximo de US\$ 500.

(6) A partir del tercer día de hospitalización.

El pago de siniestro se hará en la moneda de la cuenta y si existiese cambio de moneda asociado, se tomará como referencia el tipo de cambio determinado por el Banco Central de Bolivia para las operaciones en ventanilla.

Se establece que la edad mínima de ingreso es de catorce (14) años, previa autorización de los padres o Tutor del menor

La descripción, definiciones y periodo de carencia de las coberturas, figuran en las Condiciones Generales de la Póliza.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES, en adelante "CREDISEGURO" o "LA COMPAÑÍA", con NIT 191310020, con domicilio en la Avenida José Ballivian N° 1059, tercer piso, zona Sur de la ciudad de La Paz, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares, así como las Adicionales contenidas en la presente Póliza, asegurará a cada una de las personas del grupo asegurado durante la vigencia de la misma por la cantidad pactada con EL TOMADOR.

LA COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada al BENEFICIARIO indicado en las Condiciones Particulares y el Certificado de Cobertura, después de haber sido recibidas y encontradas conformes las pruebas fehacientes del siniestro del ASEGURADO, siempre que este ocurriera perteneciendo al grupo a favor del cual se expide la presente Póliza y si su correspondiente seguro se encontrase en pleno vigor.

EL TOMADOR, recauda las Primas individuales de los ASEGURADOS y paga a LA COMPAÑÍA la Prima colectiva de toda la Suma Asegurada sujeta a cobertura, es decir, la suma de Primas que corresponde pagar por cada uno de los ASEGURADOS bajo esta Póliza, de acuerdo a la Prima establecida en el presente documento.

Forman parte de la presente Póliza: Certificado de Cobertura Individual, Formulario de Solicitud, Condiciones Particulares, Condiciones Generales con sus Cláusulas Adicionales y/o Coberturas Adicionales, así como los Anexos o Endosos que en su caso se emitan.

Para los casos de reticencia o inexactitud en las solicitudes que haga el ASEGURADO, LA COMPAÑÍA actuará de acuerdo a lo establecido en los Artículos 999 y 1138 del Código de Comercio.

EL ASEGURADO, autoriza expresamente a LA COMPAÑÍA a solicitar, obtener y dar información respecto a sus antecedentes financieros, de seguros y de salud, a través de él o terceras personas, en especial de centrales de información, burós de información y cualquier otro tipo de entidad relacionada que sea creada por norma legal o reglamentaria, quedando adicionalmente obligados al mismo fin a presentar, a requerimiento de LA COMPAÑÍA cualquier otro tipo de información respecto de su situación económica o de salud. Asimismo, autoriza su reporte a la Central de Riesgos del Mercado de Seguros, acorde a las normativas reglamentarias de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros vigentes.

EL ASEGURADO/BENEFICIARIO acepta la presentación, con calidad de Declaración Jurada, de la documentación de respaldo que solicitara LA COMPAÑÍA misma que será requerida en virtud a la obligación normativa regulatoria que éste mantiene respecto a los controles e informes que realiza por instrucción de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, Unidad de Investigaciones Financieras u otras entidades fiscalizadoras.

EN FE DE LO CUAL, la presente Póliza es firmada por EL TOMADOR y los representantes de CREDISEGURO, debidamente autorizados para ello.

CREDISEGURO

TOMADOR