

**PÓLIZA DE SEGUO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL  
RENOVABLE ANUALMENTE CON BENEFICIOS ADICIONALES  
"COBERTURA COMPLETA"**

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante  
Resolución Administrativa APS/DS/N° 481-2016 con Código de Registro N° 209-934642-2016 04 021

**CONDICIONES PARTICULARES**

DATOS DE LA PÓLIZA:			
TIPO DE PÓLIZA	:	Seguro de Vida en Grupo Temporal	
CÓDIGO DE REGISTRO	:	209-934642-2016 04 021	
N° DE PÓLIZA	:	CRS-VSPR-002	
MONEDA DEL CONTRATO	:	Bolivianos	
PLAZO DE CONTRATACIÓN	:	Anual	
FECHA DE EMISIÓN	:	01/09/2023	
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	:	00:00 horas del 01/09/2023	
FECHA DE FIN DE VIGENCIA	:	23:59 horas del 31/08/2024 (Renovable automáticamente)	
INFORMACION DEL TOMADOR, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:			
TOMADOR	:	BANCO DE CREDITO DE BOLIVIA S.A.	
NIT	:	1020435022	
DIRECCIÓN ASEGURADOS	:	Calle Colon esq. Mercado N° 1308, Zona Central, Zona Central. La Paz - Bolivia	
BENEFICIARIO	:	Clientes o usuarios (personas naturales) de la Entidad Financiera (Tomador), que hayan solicitado su afiliación al seguro. Los Beneficiarios de las coberturas de Muerte por Cualquier Causa y Gastos de Sepelio, son los Herederos de Ley. Los Beneficiarios de las coberturas de Indemnización por Cáncer y Renta Hospitalaria, es el Asegurado (Titular) de la póliza.	
PRIMAS:			
PRIMA INDIVIDUAL	:	BOB 650.00	
MODALIDAD DE PAGO	:	Transferencia/Cheque	
TIPO DE PAGO	:	Al Contado	
PERIODICIDAD DE DECLARACIONES DE ALTAS Y BAJAS	:	Mensual	
LÍMITES DE EDAD:			
Edad Mínima para ingresar al seguro	:	0 años.	
Edad Máxima para ingresar al seguro	:	65 años y 364 días.	
Edad Máxima de permanencia en el seguro	:	66 años y 364 días.	
COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS			
Coberturas	Suma Asegurada (BOB)	Periodo de Carencia	Observaciones/Aclaraciones
Muerte por Cualquier Causa	7.000.-	30 días	Hasta 2 eventos por familia al año
Gastos de Sepelio	3.000.-	30 días	Hasta 2 eventos por familia al año
Renta Hospitalaria	150.-	15 días	Hasta 10 días por evento y máximo 2 eventos por año
Indemnización por Cáncer	10.000.-	30 días	Hasta 2 eventos por familia al año
CLAUSULAS Y ANEXOS ADICIONALES			
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cláusula de ampliación de aviso de siniestro hasta 15 días.</li> <li>➤ Cláusula de rescisión de contrato (plazos cortos)</li> <li>➤ Cláusula de extensión de cobertura para los miembros de la familia del asegurado</li> </ul>			
CONDICIONES ESPECIALES			
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se amplía la cobertura para los miembros de la familia del asegurado bajo el siguiente detalle: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Titular</li> <li>• Beneficiario o asegurado adicional (mayor de 18 años) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Padres del titular</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>			

- Hermanos del titular
- Hijos mayores de 18 años
- Cónyuge
- Pareja
- Hijos menores de 18 años
- En el caso de muerte de un menor de edad que no haya cumplido los catorce años o de una persona sujeta a interdicción, solo se cubrirá una suma que no exceda los gastos funerarios.
- Se aclara que la presente póliza cubrirá fallecimiento y/u hospitalización a consecuencia de COVID-19.
- Se levanta la exclusión de "Epidemias declaradas como tal por las entidades gubernamentales competentes"
- La presente póliza cubre hospitalizaciones según está definida en el presente contrato, NO cubre aislamiento, inclusive si el aislamiento es dentro de un hospital, clínica o cualquier otro centro médico similar
- Para considerarse hospitalización, el paciente debe permanecer internado más de 24 hrs.
- Se aclara el alcance de la cobertura de Renta Hospitalaria, de acuerdo con lo siguiente:
  - El valor por indemnización en hospitalización incluye hospitalización por UTI
  - La cobertura de Renta Hospitalaria otorga cobertura por la cantidad de días máximas enunciadas en el presente condicionado en el agregado anual.
  - No se permitirán rehabilitaciones de suma asegurada para esta cobertura.
- Carencias:
  - Sin carencia para hospitalizaciones por accidentes ocurridos luego de la fecha de inicio de contrato.
  - No aplica para Muerte por Accidente.
- Los asegurados bajo la presente póliza, cuentan con el beneficio adicional de atención médica preventiva brindada por INNOVASALUD SERVICIOS EN SALUD S.A.; mayor información en: [www.crs.com.bo](http://www.crs.com.bo)
- Los Certificados de Cobertura Individuales (firmados por el titular) derivados de la contratación del presente seguro, permanecerán en custodia de BANCO DE CREDITO DE BOLIVIA S.A., y los mismos, deberán ser remitidos a Crediseguro S.A. Seguros Personales, en los siguientes casos:
  - Siniestro
  - Solicitud de Auditoría Interna y/o externa.
  - Solicitud expresa de La Compañía.

La cobertura inicia desde el momento en que el cliente solicita la emisión de la póliza, paga la prima correspondiente y firma el Certificado de Cobertura. La vigencia termina a solicitud del Asegurado, según lo establecido en la póliza, o cuando no se haya pagado la prima correspondiente.

El pago del beneficio será entregado al Tomador después de quince (15) días calendario de haberse dado el aviso de pronunciamiento de pago. Se efectuará en la moneda definida en el presente Condicionado Particular y si existiese cambio de moneda asociado, se tomará como referencia el tipo de cambio oficial del Banco Central de Bolivia, a la fecha de siniestro.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES, en adelante "Crediseguro" o "La Compañía", con NIT 191310020, con domicilio en la Av. Hernando Siles esquina calle 10 # 5555, Torre Empresarial ESIMSA, Zona Obrajes de la ciudad de La Paz, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares, Cláusulas, Anexos y Certificados de Cobertura contenidos en la presente Póliza, otorgará cobertura de seguro a los miembros declarados del grupo, durante la vigencia de la misma, a cambio de la prima pactada con el Tomador.

La Compañía pagará la Suma Asegurada al(los) Beneficiario(s) indicado(s) en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Cobertura, después de haber sido recibidas y encontradas conformes las pruebas fehacientes del siniestro, siempre que este ocurriera mientras el Asegurado forme parte del grupo en favor del cual se emite la presente Póliza y su cobertura se encuentre en pleno vigor.

El Tomador recaudará las primas individuales de los Asegurados y pagará a la Compañía la prima colectiva del grupo asegurado, es decir, la sumatoria de primas que corresponde pagar por cada uno de los Asegurados bajo la presente Póliza, de acuerdo a lo establecido en el presente documento.

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

En caso de reticencia o inexactitud en las declaraciones del Asegurado, la Compañía actuará según 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.

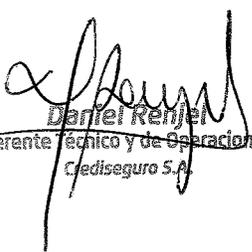


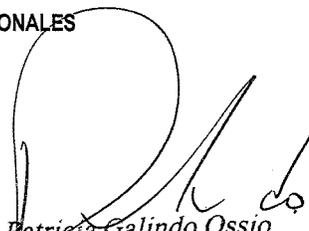
El Asegurado y/o el(los) Beneficiario(s) aceptan la presentación, en calidad de Declaración Jurada, de la documentación de respaldo que solicitará la Compañía, misma que será requerida en virtud a la obligación normativa regulatoria que éste mantiene respecto a los controles e informes que realiza por 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.

La Paz, 01 de septiembre de 2023

**CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES**

  
Daniel Renjel  
Gerente Técnico y de Operaciones  
Crediseguro S.A.

  
Patricia Galindo Ossio  
SUBGERENTE DE OPERACIONES  
CREDISEGURO S.A.

  
Denisse Alejandra Alarcón Barrios  
Gerente Servicio Productos  
Marketing  
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

  
Martín Bedoya Monroy  
Gerente Servicio Seguros e In-  
Marketing y Comunicación  
Banco de Crédito de Bolivia S.A.