

**A TU MEDIDA BCP  
PÓLIZA DE SEGURO 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-MCBS-030			
MONEDA DEL CONTRATO	:	Bolivianos y Dólares Americanos.			
PLAZO DE CONTRATACIÓN	:	Anual			
FECHA DE EMISIÓN	:	04/01/2021			
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	:	00:00 horas del 07/01/2021			
FECHA DE FIN DE VIGENCIA	:	23:59 horas del 06/01/2022 renovable automáticamente.			
INFORMACION DEL TOMADOR, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:					
TOMADOR	:	BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.			
NIT	:	1020435022			
DIRECCIÓN ASEGURADOS	:	Calle Colón Esquina Mercado N° 1308, Zona Central de la ciudad de La Paz - Bolivia			
BENEFICIARIO	:	Clientes (personas naturales), que hayan solicitado su afiliación al seguro, titulares de cajas de ahorro que cuenten con tarjeta de débito y/o crédito de la Entidad Financiera (Tomador), 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 será proporcionada a LA COMPAÑÍA y se detalla en el Certificado de Cobertura Individual.			
AVISO DE SINIESTRO	:	Los designados por el ASEGURADO en el Certificado de Cobertura Individual o en su defecto, los herederos instituidos de acuerdo a la Ley.			
	:	15 Días			
PRIMAS:					
PRIMA INDIVIDUAL	:	Se calculará de acuerdo a las coberturas y montos elegidos por el cliente.			
FRECUENCIA DE PAGO	:	Anual al Contado			
OPORTUNIDAD DE PAGO	:	Mediante transferencia/cheque.			
PERIODICIDAD DE LIQUIDACION, ALTAS Y BAJAS	:	Mensual.			
COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS					
Coberturas		Suma Asegurada		Edad Límite de afiliación y permanencia	Carencia días (Causa no accidental)
Descripción					
Cobertura Principal Muerte por cualquier causa(**)	NIVEL 1 – Hasta 55 años	NIVEL 2 – Entre 56 a 65 años	Edad mínima de ingreso 18 años Edad máxima de ingreso 60 años. Edad máxima de permanencia 65 años.	Si 30 Días	
	Hasta USD 20,000 / BOB 150,000	Hasta USD 10,000 / BOB 70,000		Si 30 Días	
Gastos de sepelio	10 % sobre suma asegurada principal	10 % sobre suma asegurada principal		N/A	
Gastos médicos por accidente	20 % sobre suma asegurada principal	20 % sobre suma asegurada principal		Si 30 Días	
Renta Hospitalaria (**)	2% por día, máximo 15 días	2% por día, máximo 15 días			

**CONDICIONES ESPECIALES**

- (\*) La suma asegurada mínima es de USD 1,000 para muerte por cualquier causa.
- Ambito geográfico: Cubre 365 días del año, 24 horas del día en cualquier parte del mundo, Nacional e Internacional, siempre y cuando el asegurado tenga residencia en Bolivia.
- 15 días para aviso de siniestro.
- La presente póliza no otorga cobertura para el uso de armas de fuego ni punzo cortantes.
- Se aclara que, en caso de **acuerdo de partes** para una rescisión del contrato de seguro, la Compañía tendrá derecho a la prima por el tiempo corrido, según tabla de plazos cortos adjunta:

Tabla de plazos cortos	
Duración de la cobertura	% de la prima anual a cobrar
15 días (Duración mínima)	45%
1 Mes	45%
2 Meses	45%
3 Meses	45%
4 Meses	50%
5 Meses	60%
6 Meses	70%
7 Meses	75%
8 Meses	85%
9 Meses	90%
10 Meses	100%
11 Meses	100%
12 Meses	100%

- La presente póliza cubre hospitalizaciones según está definida en el presente contrato, no cubre aislamiento, fuera de un hospital, clínica o cualquier otro centro médico debidamente autorizado.
- Se aclara que la presente póliza cubrirá fallecimiento y/u hospitalización a consecuencia de COVID-19.
- En consecuencia, considerando lo establecido en los párrafos anteriores, los requisitos para solicitar el beneficio (Cláusula Cuarta) de "Cobertura Adicional Renta Hospitalaria", son los siguientes:
  - Documento de Identidad
  - Certificado médico o documento que establezca los siguientes datos: fecha de internación, fecha de alta y diagnóstico de internación y alta.
- (\*\*\*) Se aclara el alcance de la cobertura de Renta Hospitalaria, de acuerdo a 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:
  - 30 días de carencia para la cobertura de Renta Hospitalaria por causas no accidentales, con la aclaración que no se cubre hospitalizaciones por enfermedades preexistentes adquiridas antes de la fecha inicio del contrato y/o excluidas en el contrato.
  - Sin carencia para hospitalizaciones por accidentes ocurridos luego de la fecha de inicio de contrato.
  - 30 días de carencia para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa. No aplica para Muerte por Accidente.
- Requisitos para solicitar el beneficio en caso de Muerte Accidental:
  - Certificado de Defunción original.
  - Certificado Médico de Defunción o Certificado Médico Original o documento equivalente (cuando corresponda)
  - Fotocopia simple del Documento de Identidad.
  - Informe de la Autoridad Competente que certifique las circunstancias del Accidente (en caso que haya tomado acción en el siniestro) en copia legalizada.
  - Examen toxicológico y/o de alcoholemia en copia legalizada (cuando corresponda)
  - Formularios requeridos por la UIF (si aplica).

La cobertura inicia desde el momento en que el cliente paga la prima correspondiente por el seguro y firma el Certificado de Cobertura, la vigencia termina a solicitud del ASEGURADO o cuando no se haya pagado la prima correspondiente.

El pago del beneficio será entregado al TOMADOR en quince (15) días calendario de haberse dado el aviso de pronunciamiento de pago, se hará en la moneda definida en el presente Condicionado Particular y si existiese cambio de moneda asociado, se tomará como referencia el tipo de cambio de

compra determinado por el Banco Central de Bolivia para las operaciones en ventanilla a la fecha de siniestro. El TOMADOR se encargará de entregar el beneficio al ASEGURADO/BENEFICIARIO.

Se establece que la edad mínima de ingreso es de diez y ocho (18) años.

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

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES, en adelante "CREDISEGURO" o "LA COMPAÑIA", con NIT 191310020, con domicilio en la Avenida José Ballivian N° 1059, 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 COMPAÑIA 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 COMPAÑIA 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 COMPAÑIA actuará de acuerdo a lo establecido en los Artículos 999 y 1138 del Código de Comercio.

El ASEGURADO, autoriza expresamente a LA COMPAÑIA 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 COMPAÑIA 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 solicitará LA COMPAÑIA y de sus allegados, 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, 04 de enero de 2021

  
**Claudia Peñaranda Irahola**  
SUB GERENTE COMERCIAL  
ALIANZAS Y BANCA SEGUROS  
CREDISEGURO S.A.  
SEGUROS PERSONALES

  
**Diego Noriega Palenque**  
GERENTE GENERAL  
CREDISEGURO S.A.  
SEGUROS PERSONALES

  
**Sergio Torrelío Sostres**  
Gerente División Marketing y Comunicación  
División Marketing y Comunicación  
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

**TOMADOR**

  
**Ricardo Vargas Brockmann**  
Gerente División Banca Minorista  
División Banca Minorista  
Banco de Crédito de Bolivia S.A.