

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO PROTECCIÓN COVID PLUS

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y SOLICITUD DE SEGURO

Registrada por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DS/N°640/2020 del 13 de Julio de 2020

Código de Registro N° 206-934660-2020 07 088 3001

El interesado solicita a Nacional Seguros Vida y Salud S.A, un seguro de vida, basado en las declaraciones que siguen a continuación, las mismas que formaran parte integrante e indivisible de la póliza:

1. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO:

Nombre del Asegurado: _____ Apellidos: _____
 Nacionalidad: _____ País de Residencia: _____ Fecha de Nacimiento: _____ N° Documento de Identidad _____
 Extensión: _____ Dirección Domicilio: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfonos: _____
 Estado Civil: _____ Lugar de trabajo: _____ Profesión/Ocupación: _____ Cargo: _____
 Fecha de Ingreso: _____ Dirección Comercial: _____ Zona: _____

2. ELECCION DEL PLAN

Plan 1 Plan 2

3. PERIODICIDAD Y FORMA DE PAGO

Pago anual

4. BENEFICIARIOS

Beneficiarios	Nombre Completo	Parentesco	Carnet de Identidad	Proporción %
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				

5. CUESTIONARIO: (Marque con una X si corresponde)

Cáncer	<input type="checkbox"/>	HIV SIDA	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cerebro Vasculares	<input type="checkbox"/>
COVID-19	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Pulmonar Crónica Obstructiva	<input type="checkbox"/>

Declaro que todas las respuestas en esta solicitud son ciertas según leal saber y entender, y comprendo que: (a) todas las respuestas en esta solicitud serán usadas para determinar la asegurabilidad y la emisión de la póliza; (b) una falsificación o tergiversación anula la póliza desde su fecha de emisión; y (c) ningún agente de seguros, examinador médico tiene la autoridad para eximir la respuesta a cualesquiera de las preguntas en la solicitud, aprobar asegurabilidad, eliminar cualesquiera de los requisitos o derechos de la Compañía, o hacer o alterar ningún contrato. La póliza entrará en vigor sólo cuando: (1) la solicitud sea aprobada en las oficinas de la Nacional Seguros Vida y Salud S.A. (2) se entregue la póliza; (3) la prima inicial haya sido pagada; y (4) cada una de las tres condiciones previas se hayan cumplido mientras el solicitante esté vivo y la salud y asegurabilidad del solicitante sean como se describen en la solicitud.

Las declaraciones de salud que hacen anulable el Contrato de Seguros y por las que el asegurado pierde su derecho a indemnización, se enmarcan en los artículos 992: OBLIGACION DE DECLARAR; 993: RETICENCIA O INEXACTUD; 994: AUSENCIA DE DOLO; 999: DOLO O MALA FE; 1038: PERDIDA AL DERECHO DE LA INDEMNIZACION; 1138: IMPUGNACION DEL CONTRATO; 1140: ERROR EN LA EDAD DEL ASEGURADO, del Código de Comercio.

Por la presente acepto que esta solicitud no es un contrato de seguro y que este solo existirá si se emite y entrega el Certificado de Cobertura de acuerdo con esta solicitud y los reglamentos de Seguros Masivos autorizados por la APS.

Asimismo, autorizo mi 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

Autorizo a Médicos, Clínicas e Institutos de Salud para suministrar a Nacional Seguros Vida y Salud S.A., todos los datos que requiera sobre mi estado de salud antes o después de mi fallecimiento.

Intermediario:

Fecha: _____ Firma: _____

SOLICITANTE Y/O ASEGURADO

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO PROTECCIÓN COVID PLUS

Registrada por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DS/N° 640/2020 del 13 de Julio de 2020
 Código de Registro N° 206-934660-2020 07 088 4001

CERTIFICADO DE COBERTURA N°

NACIONAL Seguros Vida y Salud S.A., (denominada en adelante "La Compañía"), por el presente CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO hace constar que (denominado en adelante el "Asegurado"), está protegido por la Póliza de Seguro de Vida en Grupo Protección Covid Plus arriba mencionada y de acuerdo con la misma está asegurado bajo las siguientes condiciones:

DATOS DE LA PÓLIZA

TIPO DE PÓLIZA: Seguro de Vida en Grupo Protección Covid Plus
N° DE PÓLIZA:
MONEDA DEL CONTRATO: Bolivianos
PLAZO DE CONTRATACIÓN: Anual
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA:
FECHA DE FIN DE VIGENCIA: Renovable hasta el.....

INFORMACION DEL TOMADOR, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:

TOMADOR: FUNDACIÓN PRO MUJER IFD
NIT: 173342029
DIRECCIÓN: Calle 8, Edificio Ignacio de Loyola II, Piso PB, Nro.5411 Obrajes.
ASEGURADOS: Cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurado, satisface las condiciones de adhesión y figura en la relación de personas incluidas en el seguro. El conjunto de asegurados forma el grupo de asegurados.
BENEFICIARIOS: Los designados por el ASEGURADO en la Solicitud de Seguro, o en su defecto, los herederos instituidos de acuerdo a la Ley.
PRIMAS INDIVIDUAL: Bs.....anual por ASEGURADO. Esta Prima aplica para todas las coberturas mostradas en el presente documento.
FRECUENCIA DE PAGO: Anual
 El asegurado contará con cobertura, mientras su cuota anual se encuentre pagada.
FORMA DE PAGO: Pago al Contado

INFORMACION DE LA ENTIDAD ASEGURADORA:

RAZÓN SOCIAL: Nacional Seguros Vida y Salud S.A.
DIRECCIÓN: Av. Santa Cruz Esq. Calle Jaurú N° 333 (2° Anillo entre Canal Cotoca y Paraguá)
E-MAIL: nacionalseguros@nacionalseguros.com.bo
PÁGINA WEB: www.nacionalseguros.com.bo

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

 Plan 1

 Plan 2

Expresado en Bolivianos	PLAN 1	PLAN 2
COBERTURAS	CAPITALES ASEGURADOS	
COBERTURA PRINCIPAL	PLAN 1	PLAN 2
Muerte por Cualquier Causa Incluye a consecuencia de COVID 19 (SARS-COV-2)	Bs. 10,000	Bs. 4,000
COBERTURAS ADICIONALES	PLAN 1	PLAN 2
Renta Diaria por Hospitalización por COVID-19 (SARS-COV-2) (1) El límite máximo de rentas diarias por hospitalización con y sin unidad de terapia intensiva es de 10 días.	Bs. 200 por día por Hospitalización sin unidad de terapia intensiva; Bs. 400 por día por hospitalización en unidad de terapia intensiva (UTI). Con un máximo de hasta Bs.2,000.-	Bs. 150 por día por Hospitalización sin unidad de terapia intensiva; Bs. 300 por día por hospitalización en unidad de terapia intensiva (UTI). Con un máximo de hasta Bs. 1,500-
Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Enfermedad Grave COVID 19 (SARS-COV-2) (2)	Bs. 3,000	Bs. 2,000

- (1) Tres (3) días de franquicia. Se cubre las rentas a partir del cuarto día de hospitalización. El límite máximo de rentas diarias por hospitalización con y sin unidad de terapia intensiva es de 10 días.
- (2) 30 días de periodo de carencia a partir del inicio de vigencia de la póliza de seguro. (Se considerará la fecha de toma de muestra para computo de tiempo de diagnóstico COVID-19)

Descripción de Coberturas

Renta Diaria por Hospitalización COVID-19 (SARS-COV-2)

En caso de ser diagnosticado por la enfermedad de COVID-19 (SARS-CoV-2), siempre y cuando esta haya sido diagnosticada con la Prueba de Diagnóstico PCR Molecular Positiva realizada en centros autorizados por las autoridades competentes Ministerio de Salud / SEDES y que haya ocurrido durante la vigencia de la presente Cláusula Adicional.

Se aclara que el límite máximo de rentas diarias por hospitalización con y sin unidad de terapia intensiva es de hasta 10 días.

Pago Anticipado del Capital Asegurado de la Cobertura Principal en caso de diagnóstico de Enfermedad Grave COVID 19 (SARS-COV-2).

La compañía indemnizará siempre y cuando esta haya sido diagnosticada con la Prueba de Diagnóstico PCR Molecular Positiva realizada en centros autorizados por las autoridades competentes Ministerio de Salud / SEDES y ocurrida durante la vigencia de la presente Cobertura Adicional.

Para el periodo de carencia se considerará la fecha de toma de muestra para computo de tiempo de diagnóstico COVID-19 (SARS-COV-2).

LÍMITES DE EDAD

COBERTURAS	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad de Permanencia
COBERTURA PRINCIPAL			
Muerte por Cualquier Causa Includiendo a consecuencia de COVID 19 (SARS-COV-2)	0 años	59 años y 364 días	60 años y 364 días
COBERTURAS ADICIONALES			
Renta Diaria por Hospitalización COVID-19 (SARS-COV-2)	0 años	59 años y 364 días	60 años y 364 días
Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Enfermedad Grave COVID 19 (SARS-COV-2)	0 años	59 años y 364 días	60 años y 364 días

EXCLUSIONES, RIESGOS NO CUBIERTOS:

Descripción	Coberturas	Exclusiones, Riesgos No Cubiertos
Cobertura Principal	Muerte por cualquier causa, incluye COVID-19 (SARS-COV-2)	a) De participación del Asegurado en actos de guerra, declarada o no, sedición, rebelión, asonada, conspiración, motín, tumulto, o cualquier acto que tenga relación con ellos, salvo comprobación de que el Asegurado no haya participado, o formado parte activa de dichos actos; b) De participación del Asegurado en carreras de velocidad o resistencia, concursos o desafíos; c) De suicidio durante los dos primeros años de haber estado asegurado ininterrumpidamente. d) Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación.
Coberturas Adicionales	Renta Diaria por Hospitalización COVID-19 (SARS-COV-2)	a) No cubre ninguna otra enfermedad que no sea la descrita en el Artículo N° 2 de la Cláusula Adicional. b) En caso de haber sido diagnosticado por COVID-19 (SARS-COV-2) con fecha anterior al inicio de vigencia del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación.
	Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Enfermedad Grave COVID 19 (SARS-COV-2)	c) No cubre ninguna otra enfermedad que no sea la descrita en el Artículo N° 2 de la Cláusula Adicional. d) En caso de haber sido diagnosticado por COVID-19 (SARS-COV-2) con fecha anterior al inicio de vigencia del seguro y durante el periodo de carencia, siempre que haya sido de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación.

REQUISITOS PARA SOLICITAR EL PAGO DEL SINIESTRO:

Descripción	Coberturas	Requisitos para Solicitar el Pago del Siniestro
Cobertura Principal	Muerte por cualquier causa, incluye COVID-19 (SARS-COV-2)	a) Certificado de Defunción original b) Certificado Médico de Defunción o Certificado de Defunción emitido por el Instituto de Investigaciones Forenses original o Copia legalizada. c) Historia Clínica (Si corresponde). d) Fotocopia simple del Documento de Identidad del Asegurado. e) Declaratoria de Herederos si no existiera beneficiarios (Si corresponde). f) Fotocopia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios.
Coberturas Adicionales	Renta Diaria por Hospitalización COVID-19 (SARS-COV-2)	a) Fotocopia simple Resultado de la Prueba de Diagnóstico de COVID 19 PCR Molecular Positiva realizada en centros autorizados por las autoridades competentes Ministerio de Salud / SEDES. b) Para verificación de las fechas y días de hospitalización y el tipo de servicio recibido: Historia Clínica y/o Estado de Cuenta detallado donde se incluyan los días de internación emitido por el Centro Médico donde fue hospitalizado.

		c) Informe de Epicrisis con sello y firma del médico tratante. d) Fotocopia simple del Documento de Identidad.
	Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Enfermedad Grave COVID 19 (SARS-COV-2).	a) Fotocopia simple Prueba de Diagnostico de COVID 19 PCR Molecular Positivo realizado en centros autorizados por las autoridades competentes Ministerio de Salud / SEDES, b) Fotocopia Simple del Documento de Identidad.
<p>La Compañía deberá pronunciarse sobre el derecho del asegurado o beneficiario dentro de los treinta días de recibidas la información y evidencia citadas en el artículo 1031 del Código de Comercio.</p> <p>La Compañía procederá al pago de la Suma Asegurada en el plazo máximo de 15 días posteriores al aviso del siniestro o tan pronto sean llenados los requerimientos señalados en el artículo 1031 del Código de Comercio.</p>		

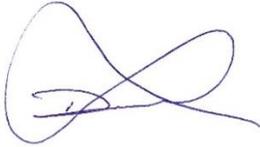
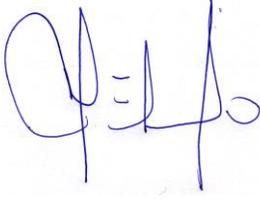
ADHESION VOLUNTARIA AL SEGURO

Se deja expresamente establecido que el asegurado que figura en el presente certificado, ha aceptado voluntariamente su inclusión en la presente Póliza de Seguro de Vida en Grupo Protección Covid Plus.

LA COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada al BENEFICIARIO indicado en 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.

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 994, 999 y 1138 del Código de Comercio.

EN FE DE LO CUAL, se emite el presente Certificado y se da por aceptado por el ASEGURADO, EL TOMADOR y los representantes de NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD S.A.

		
Rafael Loayza Sagárnaga Gerente Nacional de Seguros Masivos Nacional Seguros Vida y Salud S.A	Maria Elena Arévalo Guzmán Gerente Nacional Técnico Nacional Seguros Vida y Salud S.A.	<i>Aclaración de Firma</i>
Representante Legal – Compañía	Representante Legal - Compañía	Firma del Asegurado o Apoderado