

**PÓLIZA DE SEGURO COBERTURA COMPLETA  
CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL - GF**

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante  
Resolución Administrativa APS/DS/N° 1123-2021 con Código de Registro N° 209-934642-2016 04 021 4004

**POLIZA N° CRS-VSPR-001**

Lugar y Fecha: SANTA CRUZ, xx/xx/xxxx

N° Certificado: CRS-PROVSP

Inicio de Vigencia: xx/xx/xxxx

Fin de Vigencia: xx/xx/xxxx (Renovación Automática)

Nombre del Asegurado (Titular): \_\_\_\_\_

N° de CI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: xx/xx/xxxx

**Miembros de la Familia (Declarados por el Asegurado / Titular)**

Nombres y Apellidos	Carnet de Identidad	Fec de Nacimiento	Parentesco	Estado	Fec. inicio vigencia
	-			ACTIVO	xx/xx/xxxx

**CRDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES**, domiciliada en Av. José Ballivian No. 1059 (Calacoto), zona Sur de la ciudad de La Paz, teléfono 2175900, (Compañía), certifica que la(s) persona(s) indicada(s) en el presente documento se encuentra(n) asegurada(s) bajo la presente Póliza (Asegurado(s)), contratada por la Entidad/Empresa Fundación Pro Mujer – Institución Financiera De Desarrollo que suscribe el presente contrato (Tomador), quien a nombre y cuenta de/los Asegurado(s) contrata con la Compañía, la(s) cobertura(s) detalladas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:**

CoBERTURAS	Suma Asegurada (Bs.)	Periodo de Carencia	Observaciones/Aclaraciones
Muerte por Cualquier Causa	7.000.-	30 días	Hasta 2 eventos por familia (incluyendo al asegurado titular)
Gastos de Sepelio	3.000.-	30 días	Hasta 2 eventos por familia (incluyendo al asegurado titular)
Renta Hospitalaria	150.-	15 días	Hasta 10 días por evento y máximo 2 eventos por vigencia
Indemnización por Cáncer	10.000.-	30 días	Hasta 2 eventos por familia (incluyendo al asegurado titular)

**Descripción de Coberturas**

**Muerte por cualquier causa**

Cubre el fallecimiento del Asegurado/miembro de la familia durante la vigencia de la Póliza, por cualquier causa, sean en territorio nacional o extranjero (siempre y cuando el Asegurado/miembro de la familia tenga residencia en el Estado Plurinacional de Bolivia). La Compañía pagará al Asegurado/Beneficiario el monto establecido en el cuadro precedente, siempre que se cumpla lo siguiente: (i) que la Póliza se encuentre vigente; (ii) que el Tomador/Asegurado hubiera efectuado el pago de la Prima a la Compañía, (iii) que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de Póliza, (iv) que el Asegurado/miembro de la familia no haya superado la edad máxima de permanencia de 65 años.

**Descripción de Coberturas Adicionales**

**Gastos de Sepelio**

LA COMPAÑÍA reembolsará hasta el límite máximo establecido en el cuadro precedente a los Herederos Legales sujeto a la presentación del documento correspondiente.

**Renta Hospitalaria**

LA COMPAÑÍA otorga una renta diaria al Asegurado/miembro de la familia, en caso de hospitalización o internación ininterrumpida y por un periodo máximo determinado en el cuadro precedente

**Indemnización por Cáncer**

La Compañía ampara al Asegurado/miembro de la familia pagando una indemnización correspondiente a la enfermedad diagnosticada como Cáncer, hasta el límite establecido en el cuadro precedente por persona. Es requisito para que se active este beneficio adicional, que la enfermedad esté diagnosticada y sustentada con el correspondiente Informe Anatómico Patológico Histológico con resultado positivo para Cáncer. Para determinar si procede la cobertura, se tendrá en cuenta la fecha del diagnóstico de Cáncer.

La enfermedad de Cáncer que se inicie o se detecte durante el periodo de carencia, no se encontrará cubierto bajo este beneficio.

**ANEXO DE CONDICIONES ESPECIALES**

- La edad de ingreso para la presente póliza podrá ser de 0 años a 65 años y 364 días, y de permanencia hasta 64 años de edad y 364 días de edad. 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.
- El Asegurado/miembro de la familia 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)
- El Asegurado (titular) y su grupo familiar (miembros de la familia declarados) autorizan a LA COMPAÑÍA compartir su información reflejada en este documento con INNOVA SALUD, empresa proveedora del beneficio adicional de Salud Preventiva.

**EXCLUSIONES (Riesgos no cubiertos)**

No se cubrirán los siniestros que fuera a consecuencia de:

**Para la Cobertura Principal de Muerte por cualquier Causa**

No cubre el fallecimiento del Asegurado/miembro de la familia cuando el deceso se produjera como consecuencia de: **a)** Enfermedad preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del Asegurado/miembro de la familia y se encuentre dentro del plazo de impugnación de dos años **b)** Suicidio, salvo que el Asegurado/miembro de la familia haya mantenido ininterrumpidamente la cobertura por al menos dos años; **c)** Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular; **d)** Participación en acto delictivo; **e)** Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra; **f)** Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado/miembro de la familia hubiera participado como elemento activo; **g)** Participar en: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; parapente; artes marciales, boxeo u otros deportes o disciplinas de peleas; equitación; carreras de caballo. Asimismo, la participación del Asegurado/miembro de la familia como conductor o acompañante, profesionalmente o como aficionado, en competencias o ensayos de velocidad o resistencia, en cualquier clase de vehículo, terrestre, acuático o aéreo, a motor o no; **h)** Participar en: actos y riesgos políticos y/o terrorismo; atentar contra la propia vida y la de terceros al manipular armas corto punzantes, armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas; **i)** VIH/SIDA; **j)** Cuando el Asegurado/miembro de la familia esté bajo los efectos de alcohol y/o drogas ilícitas; **k)** La participación del Asegurado/miembro de la familia en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas; **l)** Daños autoinflingidos; **m)** Los ocasionados por los denominados "accidentes médicos", tales como: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos.

**Para las coberturas Adicionales:**

**Gastos de Sepelio**

Las mismas exclusiones de la cobertura principal de Muerte por Cualquier causa

**Cobertura Adicional de Renta Hospitalaria**

No cubre el pago del Beneficio del Asegurado/miembro de la familia cuando la hospitalización se produjera como consecuencia de las exclusiones de la cobertura principal de talladas en el Condicionado General de la Póliza y las detalladas a continuación: **a)** Hospitalización por uso o adicción a drogas ilícitas, estupefacientes o alcohol. **b)** Embarazo y maternidad. **c)** Tratamiento de infertilidad, obesidad o esterilización. **d)** Enfermedades contagiosas epidémicas que requieren aislamiento, chequeos médicos o despistajes. **e)** Cirugía estética o plástica con fines de embellecimiento. **f)** Curas de reposo. **g)** Surmenaje y enfermedades emocionales.

**Cobertura Adicional de Indemnización por Cáncer**

**a)** Cualquier enfermedad que no sea diagnosticada como Cáncer, tal como se define en este Anexo y aquellas que no han sido debidamente sustentadas con el correspondiente examen confirmatorio del Informe Anatómico Patológico Histológico. **b)** Cáncer que se haya detectado durante el periodo de carencia. **c)** Cáncer detectado antes del inicio del seguro **d)**

Contaminación nuclear, así como actividades o enfermedades ocupacionales. e) Enfermedad preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del Asegurado/miembro de la familia y se encuentre dentro del plazo de dos años de impugnación. f) Cáncer de Piel (excepto melanoma maligno) g) Cáncer como consecuencia de acciones de guerra h) Carcinoma in situ o estadio 0 y/o lesiones precancerosas

**PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:**

El Asegurado/miembro de la familia deberá presentar la Carta de Aviso de Siniestro al Tomador tan pronto y a más tardar dentro de los 3 (tres) días de conocido el mismo. La Compañía debe pronunciarse sobre el derecho del Beneficiario dentro de los 30 (treinta) días de recibidos todos los informes, evidencias, documentos y/o requerimientos adicionales acerca de los hechos y circunstancias del siniestro (el plazo no será mayor al establecido en la normativa vigente). La solicitud de La Compañía no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias debiendo la Compañía pronunciarse dentro del plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del Asegurado/miembro de la familia después de la entrega por parte del Asegurado/miembro de la familia del último requerimiento de información en base a lo establecido en el Código de Comercio y sus modificaciones. La Compañía procederá al pago del Beneficio en el plazo máximo de 15 días de haberse pronunciado favorablemente.

**REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO:**

El Asegurado/miembro de la familia deberá presentar la Carta de Aviso de Siniestro y la siguiente documentación:

**Para la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa:**

a) Certificado de Defunción original; b) Certificado Médico de Defunción o Certificado Médico o documento equivalente en original o copia legalizada (cuando corresponda); c) Fotocopia simple del Documento de Identidad del Asegurado/miembro de la familia y Beneficiario; d) Formularios requeridos por la UIF (si aplica); e) Si corresponde Informe de la Autoridad Competente que certifique las circunstancias del Accidente (en caso que haya tomado acción en el siniestro) en copia legalizada, f) Si corresponde Examen toxicológico y/o de alcoholemia en copia legalizada.

**Para las Coberturas Adicionales:**

**Gastos de Sepelio**

a) Certificado de Defunción Original. b) Fotocopia simple del Documento de Identidad. c) Fotocopia de los documentos de identidad de los beneficiarios d) Declaratoria de Herederos Legales (si aplica) e) Formularios requeridos por la UIF (si aplica)

**Cobertura Adicional de Renta Hospitalaria**

a) Informe médico indicando las causas, diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta original o copia legalizada. b) Facturas o recibos originales que sustenten la hospitalización exclusivamente donde se confirmen los días de hospitalización. c) Fotocopia simple del Documento de Identidad. d) Formularios requeridos por la UIF (si aplica)

**Cobertura Adicional de Indemnización por Cáncer**

a) En original el Informe Anatómico Patológico Histológico positivo para Cáncer, extendido por un profesional médico especialista. b) Documentación original que sustente el diagnóstico de Cáncer: exámenes, análisis, radiografías y procedimientos realizados. c) Encontrarse al día en el pago de las primas. d) Fotocopia simple del Documento de Identidad.

Para todas las Coberturas, el Asegurado/miembro de la familia proporcionará a la Compañía cualquier información que solicite para verificar la ocurrencia del siniestro y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

**TÉRMINO DEL SEGURO RESPECTO DE CADA ASEGURADO:**

La responsabilidad de la Compañía respecto a cada Asegurado cesará en la primera de los siguientes casos: 1) Por solicitud escrita del Asegurado, mencionando su voluntad de rescisión, motivo por el cual la terminación del seguro se hace efecto desde la notificación a la Compañía de acuerdo al artículo 1023 del Código de Comercio; 2) El primer día calendario luego de transcurridos treinta (30) días en que la Prima del seguro no se encuentre pagada de acuerdo a lo establecido en la presente Póliza. La Compañía rehabilitará la Póliza que hubiera concluido por falta de pago de Primas, en caso que el Tomador pueda volver a cargar el pago de la Prima, en cuyo caso se considerará como fecha de rehabilitación el día en que se efectúe el cargo de Prima. En este supuesto, sólo se otorgará cobertura a aquellos siniestros que ocurran o se diagnostiquen a partir de la fecha de rehabilitación de acuerdo al artículo 1026 del Código de Comercio. 3) Al cumplir el Asegurado la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares. 4) Cuando se hubiera presentado documentación o información adulterada, fraudulenta o inexacta para acceder a alguno de los beneficios del seguro. La retención o inexactitud en las declaraciones del Asegurado, sobre los hechos y circunstancias que, conocidas por la Compañía, la hubieran inducido a no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, hacen anulable el presente contrato de seguro y la Compañía podrá impugnar la nulidad del mismo durante los dos (2) primeros años de vigencia del contrato. Una vez transcurrido el plazo señalado, el contrato no podrá ser objeto de impugnación, salvo por el no pago de primas. 5) Cuando el Tomador/Asegurado incumpla con su obligación de pago de Primas. 6) Si se comprobare que la edad real del Asegurado/miembro de la familia no estuviera comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Compañía. Si se diera este caso, la Compañía actuará de acuerdo a lo establecido en la cláusula séptima del presente documento. 7) Si el siniestro se inicia dentro de la vigencia del seguro y continúa después de vencido el plazo del mismo la Compañía responde de la indemnización; pero si el siniestro se inició antes y continúa después de la asunción del riesgo por la Compañía, ésta no responde por el siniestro de acuerdo a lo establecido en el artículo 1026 del Código de Comercio.

**VIGENCIA:**

Las Coberturas otorgadas por esta Póliza respecto de cada Asegurado/miembro de la familia, entrarán en vigencia a partir de la emisión del presente certificado, salvo aquellas coberturas que tengan periodo de carencia señalado en el presente documento, en cuyo caso no surtirán efecto las mismas hasta que hubiere concluido dicho periodo.

**BENEFICIARIOS:**

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.

**PRIMA:**

**Bs. 650.-**

Las Primas tienen el objeto de garantizar la cobertura, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos. El no pago de la prima en la fecha determinada entre la Compañía y el Tomador, no dará derecho a cobertura aunque se haya emitido el Certificado de Cobertura correspondiente.

**FORMA DE PAGO:** Anual (al contado)

**ACLARACIÓN:** El presente documento, resume los términos y condiciones del contrato de seguro suscrito por la Compañía y el Tomador, cuyo texto original respalda éste documento. Los términos y condiciones de la Póliza pueden cambiar y que en todos los casos el Tomador informará oportunamente a los Asegurados.

**CONDICION DE ADHESIÓN, DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES:**

El Asegurado, se adhiere voluntariamente al presente Seguro.

El Asegurado, declara conocer y aceptar todas las Condiciones del Seguro.

El Asegurado, autoriza expresamente a La Compañía 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 vigente. Asimismo, el Asegurado autoriza expresamente a la Compañía a solicitar, obtener y dar información respecto a su información y antecedentes financieros, de seguros y de salud, a través de ellos o terceras personas. EL Asegurado acepta la presentación, con calidad de Declaración Jurada, de la documentación de respaldo que solicitara la Compañía, misma que será requerida antes y durante la vigencia y 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 otra entidad competente en el marco de la normativa vigente. Todos los beneficios a los cuales el Asegurado tiene derecho, se sujetan a lo estipulado en las Condiciones Generales, Particulares y/o Adicionales de la Póliza de Seguro Cobertura Completa de la cual el presente certificado forma parte integrante. El Asegurado/miembros de la familia podrá requerir a la Compañía o al Tomador cualquier información adicional que considere necesaria.

  
Diego Noriega Palenque  
Gerente General  
CREDISEGURO S.A.  
SEGUROS PERSONALES

  
Claudia Peñaranda Irahola  
Sub Gerente Comercial  
Alianzas y Banca Seguros  
CREDISEGURO S.A.  
SEGUROS PERSONALES

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado