

## ANEXO 1

### SOLICITUD DE SEGUROS PÓLIZA DE DESGRAVAMENDE CREDITO

**CONTRATANTE:**

COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA.

**DIRECCION LEGAL:**

Avenida Cochabamba No. 100 Zona Central – Trinidad – Beni – Estado Plurinacional de Bolivia.

**ACTIVIDAD DEL CONTRATANTE**

Entidad financiera de ahorros y Créditos, depósitos a plazo fijo, giros y otros servicios propios de su actividad.

**TELEFONO:**

Piloto 4620143 Int 107

**ASEGURADOS:**

Prestatarios (titulares y su cónyuge) del Contratante que mantienen operaciones crediticias respaldadas por contratos o registros de operaciones de la Cooperativa, sin distinción de sexo, ocupación o domicilio, siempre que cumplan los requisitos establecidos en la presente póliza.

**BENEFICIARIOS:**

COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA.

**VIGENCIA:**

29 de mayo del 2017 al 31 de marzo del 2020.

**RIESGOS CUBIERTOS:**

1. Muerte por cualquier causa (Natural o Accidental), incluyendo suicidio después del primer año de vigencia ininterrumpida de la cobertura individual a cada asegurado.
2. Pago anticipado del capital asegurado en caso de Invalidez Total y/o Permanente, habiéndose determinado en un grado del 60% de Invalidez Total y/o permanente ya sea por accidente o enfermedad.

**ASEGURADOS Y LIMITE DE EDAD.**

Personas Naturales que se encuentren dentro de los siguientes rangos:

**Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad:**

Mínima de ingreso 18 años y Máxima hasta 65 años y 364 días al momento de inicio de la cobertura y con permanencia de hasta los 70 años y 364 días.

**Muerte por cualquier causa:**

Se aclara y establece que la edad requerida para ser incluido en la póliza se computará a partir de la fecha en que el asegurado cumpla los 18 a 70 años y 364 días al momento de la obtención del préstamo e inicio de la cobertura, en función de la duración del préstamo, hasta el aniversario del cumpleaños de los 75 años y 364 días en el caso de permanencia, según lo establecido en el párrafo anterior.

**REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

No podrán ser asegurados los menores de 18 años y las personas mayores a los límites de permanencia establecidos.

El contratante deberá presentar a la Aseguradora en forma mensual un listado de las personas a asegurar y serán aprobados de acuerdo a lo siguiente:

Los préstamos hasta \$us. 10.000.- (Diez mil con 00/100 dólares Americanos) o su equivalencia en cualquier otra moneda, serán aceptados PREVIO LLENADO DEL FORMULARIO DE SEGURO, teniendo el Contratante que entregar el certificado de cobertura individual a cada uno de los prestatarios, debiendo estar debidamente firmados por éstos, los cuales deberán ser enviados a la Aseguradora.

Los préstamos de \$us. 10.001.- (Diez Mil Uno con 00/100 dólares Americanos) hasta \$us. 50.000.- (Cincuenta mil con 00/100 dólares Americanos) o su equivalencia en cualquier otra moneda, deberán llenar un formulario de solicitud de seguro de vida, declaración de salud y estarán sujetos a la evaluación de la Aseguradora, para su aceptación con o sin extra prima o rechazo de ingreso a la póliza.

No se requerirán exámenes médicos para capitales inferiores a \$us. 150.000.- (Ciento cincuenta mil con 00/100 Dólares americanos) o su equivalencia en cualquier otra moneda, con excepción de aquellos que tengan enfermedad grave o terminal y que la Aseguradora vea por necesario requerir los mismos.

**CAPITALES ASEGURADOS:**

**Para Muerte e Invalidez Total y/o Permanente:**

El capital asegurado será el saldo insoluto de la deuda(s) que el asegurado mantenga pendiente de pago con el contratante al momento del siniestro, incluyendo intereses corrientes que se contarán desde la fecha del último pago de la cuota, hasta la fecha del siniestro del asegurado, el cálculo de estos intereses en ningún caso excederán de 30 días.

Para líneas de crédito, y se indemnizará el saldo utilizado más intereses corrientes que se contarán desde la fecha del último pago de la cuota, hasta la fecha del siniestro del asegurado.

No se considerará como parte del capital asegurado los intereses por mora, penales ni gastos legales.

**FORMA DE DECLARACION:** El capital asegurado será declarado por el Contratante a través de listados mensuales que serán proporcionados a la Aseguradora a mes vencido.

**FORMA DE CÁLCULO Y DE PAGO DE PRIMAS:**

La prima mensual será calculada basándose en los montos que figuren en los listados que proporcione el contratante a la aseguradora de forma mensual a mes vencido, aplicando la tasa resultante del proceso de licitación.

Las primas serán pagadas por el Contratante de forma mensual a mes vencido, según liquidación mensual enviada por la aseguradora, teniendo un plazo de pago de primas hasta 30 días posteriores a la recepción de la liquidación mensual emitida por la aseguradora.

**MONEDA DEL CONTRATO:**

La moneda de pago será en Bolivianos.

**COMISIÓN DE SERVICIOS DE COBRANZA.**

La COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA., Recibirá una comisión del 10% de la tasa neta.

**TASA MENSUAL:**

Para Muerte, Invalidez Total y/o Permanente:

**CONDICIONES ESPECIALES:**

**PRESTAMOS EN MORA:**

La póliza se extiende a cubrir los saldos de la deuda por concepto de préstamos aun en el caso que exista mora en el pago de una o más amortizaciones por parte de los prestatarios asegurados u operaciones ejecutadas por la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA., sin embargo estos saldos solo comprenden el monto del capital adeudado, no reconociéndose montos por intereses u otros recargos que pudieran existir como consecuencia de la mora antes citada.

**PRESTAMOS A FAVOR DE DOS O MÁS PERSONAS RESPONSABLES SOLIDARIA MANCOMUNADAMENTE:**

En estas operaciones crediticias, los siniestros serán indemnizados todos y/o cualquiera de los codeudores al 100% de la suma asegurada, dejando claramente establecido que para esto cada uno de los prestatarios ya sea el principal como los codeudores, cada uno de ellos, deberá cancelar la prima mensual que corresponda de acuerdo a normativa vigente para poder gozar de ésta cobertura, por lo que el contratante deberá incluirlos en los listados mensuales a cada uno.

**DECLARACIONES JURADAS DE SALUD:**

El tiempo de validez de las Declaraciones Juradas de Salud y/o solicitud de Seguro llenados por los propuestos asegurados para su aprobación serán de un mes a partir de la fecha indicada en éste, pasado este tiempo el propuesto asegurado deberá llenar una nueva solicitud de seguro en el formulario que corresponde.

**AMPLIACIÓN DE AVISO DE SINIESTRO:**

El término de aviso de siniestro, se amplía a 15 días calendario a partir de que el Contratante tenga conocimiento del mismo, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.

**CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO:**

Por ser un seguro colectivo, en el presente contrato de seguro, se emitirán certificados individuales de seguro.

**FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO:**

- **OPERACIONES NUEVAS:** Se inicia la cobertura en la fecha de desembolso del crédito o reprogramación del préstamo por parte del contratante, siempre y cuando se haya cumplido con los requisitos de asegurabilidad establecidos en el presente contrato y la Aseguradora haya dado su aceptación por escrito.

**CARTERA ANTERIOR:** La compañía Aseguradora reconocerá la cartera pre-existente de " LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA.", al momento de iniciarse la cobertura de la presente póliza sin requisito alguno, limitación o restricción.

- **REPROGRAMACIONES:** Las reprogramaciones (modificación del término de pago y/o moneda y/o tasa de interés) cuyo monto asegurado no varíe mantiene la cobertura sin perder antigüedad.  
En las reprogramaciones de créditos en los cuáles existe un incremento en el valor asegurado, el postulante deberá cumplir los requisitos de asegurabilidad para el nuevo monto a asegurar, permaneciendo amparado el capital asegurado aceptado inicialmente, sin pérdida de antigüedad.

Estarán cubiertas todas las operaciones efectuadas por la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA. desde la última declaración mensual, hasta la inmediata siguiente, pudiendo ser comprobada a través del registro contable; lo que significa que las operaciones efectuadas entre las fechas de presentación de los listados y su recepción estarán cubiertas por el presente seguro.

**FECHA DE EXPIRACION AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO:**

Se establece que la cobertura del seguro por cada asegurado terminará de forma automática cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos, el que ocurra primero, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigencia:

- La fecha en que el asegurado individual llegue a la edad límite.  
La fecha en que finalice la obligación contraída por el Prestatario (Asegurado) con la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA. (Contratante).  
La fecha en que la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRINIDAD CACTRI LTDA. (Contratante) deje de pagar la prima correspondiente al asegurado individual.
- Fallecimiento del asegurado o invalidez total y permanente igual o superior al 60%.

**PLAZO DE PRONUNCIAMIENTO:** La compañía debe pronunciarse sobre el derecho del Asegurado, Contratante o Beneficiario dentro de los 3 días de recibida la información y las evidencias.

**PLAZO DE PAGO DE INDEMNIZACIONES:** En caso de una eventualidad contemplada y cubierta por la póliza, el plazo máximo para indemnización de siniestros, después de presentada toda la documentación y definida la aceptación del mismo, será de 15 días.