

CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL – E
PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES GRUPO

Código Asignado: 204 - 935004 - 2009 11 066 2101

PÓLIZA N° 577800			
No. CERTIFICADO:			
INTERMEDIARIO	INTERNATIONAL INSURANCE BROKERS S.R.L.	TELÉFONO:	33888364
CONTRATANTE	INSTITUTO COOPERATIVA EDUCACIONAL FRANCO BOLIVIANO SANTA CRUZ		
DIRECCION	BARRIO SIRARI CALLE LOS CLAVELES ESQ. LOS GOMEROS NO. 115		
ASEGURADO			
CURSO			
VIGENCIA	Desde el 01 de febrero de 2026 hasta el 01 de febrero de 2027		

LA BOLIVIANA SEGUROS PERSONALES S.A., CERTIFICA QUE SE ENCUENTRA ASEGURADO (A) CON LAS SIGUIENTES COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO
MUERTE ACCIDENTAL	Bs. 21.000
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE	Bs. 21.000
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	Bs. 14.000
SEPELIO	Bs. 7.000

CONDICIÓN DE ADHESIÓN: El Asegurado se adhiere voluntariamente al Seguro de Accidentes Personales y declara conocer y aceptar todas las condiciones de la presente Póliza.

SERVICIOS INCORPORADOS:

1.- Para los estudiantes, docentes, administrativos que hayan pagado el seguro de accidentes personales, gozarán con el beneficio de enfermería en las instalaciones del Colegio para primeros auxilios.

Horarios de atención de enfermería: Durante horario de clases

2.- Lista de centros de salud dentro de la red del seguro. Los asegurados podrán atenderse en forma gratuita sin exceder de los límites asegurados por persona en las siguientes instituciones, según procedimientos preestablecidos:

- Centro de Traumaclínica
- Clínica Madrid
- Clínica Niño Jesús I
- Clínica Ángel Foianini
- Clínica Medicmel
- Clínica Figueroa
- Clínica Metropolitana de las Américas
- Clínica Sion Urbarí
- Clínica Incor
- Hospital Universitario Martín Dockweiler

No obstante lo indicado, los asegurados podrán atenderse en centros médicos o con médicos particulares a su elección, en cuyos casos la indemnización funcionará mediante reembolso, sujeto a la presentación de la documentación que la compañía considere pertinente.

EXCLUSIONES: Esta Póliza no cubre el fallecimiento y/o lesiones del Asegurado que directa o indirectamente sean ocasionados por, o resulten de, o sean consecuencia de, o se constituyan por:

- Suicidio o intento de suicidio del Asegurado, y/o se infrinja heridas y/o daños a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o con problemas mentales.
- Acto delictivo que atenta contra la vida del Asegurado, cometido, en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario, un heredero o un tercero que se pudiera beneficiar con el fallecimiento; si existieran varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho sobre la parte del Capital Asegurado que les corresponda.
- Accidentes causados por ataques epilépticos o cardíacos; o aquellos que ocurran como consecuencia de enfermedades vasculares, trastornos mentales o desvanecimientos; o los que se produzcan en estado de sonambulismo, embriaguez, o bajo la influencia de drogas o narcóticos.
- Guerra, guerra civil, invasión o acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea bajo declaración de guerra o no. Confiscación, nacionalización, requisición hecha u ordenada por cualquier gobierno o autoridad pública, nacional o local, ley marcial o estado de sitio, rebelión, revolución, insurrección, sedición, insubordinación, poder militar o usurpado.
- Huelgas, motines, asonada, conmoción civil o popular de cualquier clase, daño malicioso, vandalismo, sabotaje y/o terrorismo.
- Accidentes emergentes de fisión o fusión nuclear, atómica o contaminación radiactiva.
- La participación directa o indirecta en duelos; peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o con el objeto de salvar vidas humanas.
- La comisión de actos tipificados en el ordenamiento jurídico penal como delitos.

- i) Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentre prestando servicios en las Fuerzas Armadas, Fuerza Naval, Fuerza Aérea, Policía, Bomberos o Servicios de Seguridad Física de cualquier tipo.
- j) Participación del Asegurado 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.
- k) Cuando el Asegurado realice las actividades de piloto o tripulante de naves, embarcaciones, o aeronaves, civiles o comerciales con o sin motor.
- l) La intoxicación o inhalación gradual de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza. No obstante se considerarán como hechos accidentales los siguientes: intoxicación o inhalación súbita e imprevista por humo provenientes de un incendio o rotura de cañerías o recipientes de gas, picadura o mordedura de serpientes, alimañas, animales domésticos y salvajes; excepto picaduras de mosquitos y sus consecuencias como Fiebre Amarilla, Dengue y Lesmaniasis.
- m) Las anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o que se relacionen con ellas.
- n) Las infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas, que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- o) Hernias y sus consecuencias sea cual fuere la causa de la que provengan.
- p) Curas de reposo, exámenes médicos de rutina, cualquier tratamiento médico o quirúrgico producto de una enfermedad corporal, mental o nerviosa, así como sus consecuencias.
- q) Consecuencias y complicaciones directas e indirectas del VIH/SIDA y de Gripe Aviar.
- r) Cirugía Plástica o Cosmética, excepto como consecuencia directa de un accidente cubierto (Reconstructiva).
- s) Accidentes emergentes de fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros similares.
- t) Secuestro y sus consecuencias.
- u) La falta de ingresos o renta diaria de cualquier naturaleza, como consecuencia de un accidente del Asegurado que lo imposibilite de trabajar, sea por algún tiempo o definitivamente.

LA BOLIVIANA CIACRUZ SEGUROS PERSONALES S.A.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO: En caso de ocurrir un accidente, el Asegurado debe acudir al Centro de Atención Médica más próximo al que se encuentre. La elección del médico tratante o del Centro Médico, Clínica u Hospital, es de entera y exclusiva responsabilidad del Asegurado. Cuando se produzca un Accidente, éste se debe informar a la Compañía por escrito dentro de un plazo de setenta y dos (72) horas contadas desde que el Asegurado, el Tomador o los Beneficiarios han tomado conocimiento de su ocurrencia, salvo caso de fuerza mayor o impedimento justificado, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento. Sin embargo de lo señalado, un plazo mayor podrá ser pactado de inicio, en cuyo caso, será especificado en las Condiciones Particulares de la Póliza. En cualquier caso, si el aviso se realiza después de los plazos establecidos, y de no haber existido fuerza mayor o impedimento justificado para realizar este aviso, dará lugar al rechazo por extemporaneidad, conforme a las leyes en vigencia.

El aviso a la Compañía debe consignar las circunstancias del hecho, así como la fecha, y la hora de la ocurrencia; nombres y direcciones de los testigos, e indicar si ha intervenido alguna autoridad competente. Adicionalmente, el Asegurado o Beneficiario deberá llenar un formulario proporcionado por la Compañía. La falsa declaración sobre la ocurrencia de los hechos, relativos al lugar, circunstancias, y/o daños sufridos; darán lugar al rechazo de indemnización, y en su caso, en relación a la gravedad del mismo, a la anulación de la Póliza.

El Asegurado o Beneficiario deberá cuidar de que las atenciones correspondan exclusivamente a los daños sufridos a consecuencia del accidente y que los cobros sean razonables, acordes a lo establecido en el Arancel Médico en vigencia del lugar. Si las facturas no son emitidas a nombre de la Compañía, ésta descontará los impuestos de Ley al momento de realizar la indemnización, si corresponde. Las facturas, tanto por los honorarios médicos, clínica, hospital o enfermería, así como por los medicamentos, deberán estar respaldadas con un informe del médico tratante, en el cual debe indicarse la causa de las lesiones, diagnóstico, tratamiento realizado y la receta correspondiente. En su caso, la Compañía tiene el derecho de efectuar revisiones al Asegurado a ser realizadas por un médico designado por la Compañía.

Si el accidente causó la muerte del Asegurado, deberá presentarse además, el Certificado de Defunción. En este último caso, la Compañía se reserva el derecho de exigir a las autoridades competentes y a su costa, la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte. Los Beneficiarios y/o sucesores, deben prestar su colaboración y concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. Si el Beneficiario se negara a permitir dicha autopsia o la retardara en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por esta Póliza.

Una vez recibidos los documentos justificativos, la Compañía, en caso de conformidad, pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios dentro de los quince (15) días siguientes.

En todos los casos que corresponda, el asegurado o los beneficiarios, deberán suscribir los correspondientes documentos que requiera la Compañía para subrogarse las acciones y derechos contra los terceros responsables del accidente o fallecimiento del Asegurado.

DOCUMENTOS A PRESENTARSE EN CASO DE SINIESTRO:

Para el pago de reclamos, el Asegurado o los beneficiarios, deben presentar la siguiente documentación, que tiene carácter informativo más no limitativo:

En caso de Muerte Accidental:	En caso de Invalidez Total y/o Parcial:	En caso de Gastos Médicos:
- Formulario de Denuncia de Accidente. - Certificado de Defunción. - Certificado de Óbito. - Certificado de Cédula de Identidad, fotocopia legalizada del Certificado de Nacimiento. - Certificado de Médico Forense. - Informe de la FELCC o de autoridad competente respecto al accidente. - Informe técnico de Tránsito, si el siniestro fue producido por accidente de tránsito.	- Formulario de Denuncia de Accidente. - Certificado expedido por el Médico o médicos tratantes. - Informe emitido por el INSO (Instituto Nacional de Salud Ocupacional) o por un médico autorizado por la SPVS. - Certificado de Cédula de Identidad - Informe de la FELCC o de autoridad competente respecto al accidente. - Informe técnico de Tránsito, si el siniestro fue producido por accidente de tránsito.	- Factura Pro Forma por la atención médica prestada. - Informe Médico. - Receta de medicamentos. - Detalle de medicamentos y materiales en los que se indiquen la cantidad y el nombre del medicamento. - En caso de trauma: Solicitud de RX, informe radiológico y placas. - En caso de análisis: Solicitud y resultados de los mismos.



La Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A.

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Declaratoria de Herederos, cuando corresponda.• Certificado de Cédula de Identidad, o fotocopia legalizada del Certificado de Nacimiento de los beneficiarios. | | |
|---|--|--|

NOTA:

- Todas las facturas correspondientes, deben ser emitidas a nombre de LA BOLIVIANA CIACRUZ SEGUROS PERSONALES S.A., con NIT: 1006989027 hasta el día 20 de cada mes en la que se emite la factura.
- La Compañía podrá solicitar cualquier otra documentación pertinente, a objeto de la adecuada evaluación del caso.
- El capital asegurado será pagado después de recibidas las pruebas de la muerte del Asegurado, siempre que la prima se encuentre pagada dentro de los plazos fijados.
- Todos los beneficios a los cuales el Asegurado tiene derecho se sujetan a lo estipulado en las Condiciones Generales, Particulares y/o Especiales de la Póliza de Accidentes Personales Grupo, de la cual el presente certificado forma parte integrante.

Lugar y Fecha de emisión

LA BOLIVIANA CIACRUZ
SEGUROS PERSONALES S.A.
[FIRMAS AUTORIZADAS]