



N° _____

**POLIZA DE COBERTURA DE DESGRAVAMEN
CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL**

Código Asignado

Estimado asegurado, le solicitamos completar la información que se requiere a continuación: (Utilice letra clara)

Ud.(s) solicita(n) la cobertura de tipo:**Individual** sí marca esta opción, solo debe completar la información requerida al TITULAR**DATOS PERSONALES****INFORMACIÓN SOBRE TITULAR**

Nombre completo:

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Apellido Esposo _____ Nombres _____
Hombre Mujer

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha: _____ C.I.: _____ Edad: _____ Peso (Kg): _____ Estatura (cm): _____

Dirección: _____

Telf. Dom.: _____ Telf. Oficina: _____

Ocupación: _____

Porcentaje del crédito: _____

DECLARACIÓN DE SALUD (Las respuestas debe marcarlas con una x)**RESPUESTAS**

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se encuentra Ud. actualmente en buen estado de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha padecido o padece de cualquier enfermedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene algún defecto físico o congénito? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Le han detectado algún tumor o efectuado alguna prueba para descartar cáncer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha sido sometido o le recomendaron alguna operación quirúrgica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha aumentado o disminuido considerablemente de peso en los últimos 2 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Fuma más de 10 cigarrillos diarios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Realiza viajes en algún medio de transporte aéreo no comercial? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNO DE LOS PUNTOS DEL 2 AL 8. DETALLAR LOS MISMOS SEÑALANDO ADEMÁS CUÁNDO OCURRIÓ. DURACIÓN. TRATAMIENTO. FECHA DE CURACIÓN. SECUELAS Y OBSERVACIONES U OTROS:

TITULAR

Declaro que las respuestas que he consignado en esta solicitud son verdaderas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier declaración inexacta, omisión u ocultación hará perder todos los beneficios de la cobertura.

Igualmente declaro haber leído y estar de acuerdo con el Certificado de Cobertura Individual (leer reverso), que entrará en vigencia una vez aceptada la solicitud y desembolsado el crédito. Declaro beneficiario a título oneroso de esta póliza a la Corporación del Seguro Social Militar "COSSMIL" para el pago del saldo deudor existente, en caso de siniestro cubierto de acuerdo a los términos y condiciones de la cobertura.

Asimismo autorizo a los médicos, clínicas, hospitales y otros centros de salud que me hayan atendido o que me atiendan en el futuro, para que proporcionen a la Corporación del Seguro Social Militar "COSSMIL", todos los resultados de los informes referentes a mi salud, en caso de enfermedad o accidente, para lo cual releva a dichos médicos y centros médicos en relación con su secreto profesional, de toda responsabilidad en que pudiera incurrir al proporcionar tales informes. Asimismo, me comprometo a hacer conocer a los beneficiarios la existencia de esta Cobertura y sus términos y condiciones.

FIRMA DEL SOLICITANTE (TITULAR)

Lugar y Fecha: _____

NOTA: La Corporación del Seguro Social Militar se reserva el derecho de solicitar examen(es) médico(s) o información adicional.**TIPO DE CRÉDITO:** DOLARES BOLIVIANOS

Saldo deudor actual ASEGURADO: _____ Sucursal: _____ Teléfono: _____

(Cúmulo desembolsos anteriores)

Monto actual solicitado: _____

Monto actual Acumulado: _____

Plazo del presente crédito: _____

Funcionario _____

NOMBRE, SELLO Y FIRMA



POLIZA DE COBERTURA DE DESGRAVAMEN CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL

Código Asignado

INSTITUCIÓN: CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR "COSSMIL"
ASEGURADO:
GERENCIA:
PÓLIZA No:

LA CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR CERTIFICA QUE SE ENCUENTRA ASEGURADO(A) CON LAS SIGUIENTES COBERTURAS:

COBERTURAS

-Muerte Natural y/o Accidental (Desde los 23 años hasta los 65 años de ingreso con permanencia hasta los 70 años)

CAPITAL ASEGURADO

Saldo deudor

COBERTURAS ADICIONALES

- Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente (Edad límite 65 años)

De acuerdo a Condicionado Particular

COBERTURAS ADICIONALES

PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

A los efectos de la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente el hecho de que el Asegurado, antes de llegar a los 70 años de edad, quede incapacitado en por lo menos un 50%, a causa de un estado crónico, debido a enfermedad, o a lesión a la pérdida de miembros o funciones, que impida ejecutar cualquier trabajo o en sus actividades de la vida privada y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor a seis (6) meses consecutivos.

EXCLUSIONES GENERALES

- Suicidio, intento de suicidio, mutilaciones o lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra. No obstante, la Corporación del Seguro Social Militar "COSSMIL" pagará el Capital Asegurado a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera por cualesquiera de las causas antes descritas, siempre que el hecho haya ocurrido después de transcurridos un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de contratación de la Póliza, desde su rehabilitación o desde el aumento del Capital Asegurado. En este último caso, el nuevo plazo se considerará sólo para el pago del incremento del Capital Asegurado.
- Pena de muerte o participación, directa o indirecta, en calidad de autor o cómplice en cualquier acto delictivo.
- 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. No se considerará siempre y cuando la participación del Asegurado sea en defensa de sus derechos y en ejercicio de su función militar, que no vaya en desmedro de las buenas costumbres y actos que no sean penados por la ley y nuestra constitución.
- Consecuencias y complicaciones directas e indirectas de Gripe Aviar.
- Atracos, asaltos, violaciones y otros, independientemente del estado de alcoholemia, cuando el asegurado sea causante directo del siniestro.
- Competencias convocadas u organizadas por una asociación profesional, liga profesional y/o federación profesional deportiva legalmente establecida. Asimismo, se excluye la participación en carreras de velocidad o resistencia, en cualquier clase de vehículo terrestre, acuático o aéreo, a motor o no, u otros calificadas como de alto riesgo. Se aclara que están cubiertos los riesgos propios de la actividad militar.

En todos los casos si ocurriese la muerte del asegurado como consecuencia de una causa excluida, no corresponderá la devolución de prima alguna.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

El Beneficiario a Título Oneroso (a través de su gerencia) tan pronto y a más tardar dentro de los treinta (30) días calendario de tener conocimiento del fallecimiento de alguno de los Asegurados, deberá comunicar tal hecho a la Sección de Desgravamen de la Corporación de Seguridad Social Militar "COSSMIL", salvo fuerza mayor o impedimento justificado. En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse de acuerdo a ley.

Una vez recibidos los documentos probatorios del fallecimiento del Asegurado, la Corporación de Seguridad Social Militar "COSSMIL", en caso de conformidad, pagará el Capital Asegurado correspondiente al Beneficiario. La obligación de pagar el Capital Asegurado deberá ser cumplida por la Corporación de Seguridad Social Militar "COSSMIL" en un solo acto, por su valor total y en dinero. Y quedará sujeta a los términos y condiciones establecidos en el Reglamento de Administración de Desgravamen "COSSMIL".

El Beneficiario deberá presentar a la Corporación de Seguridad Social Militar "COSSMIL" la siguiente documentación, que podrá ser modificada en acuerdo de partes al momento de celebrarse el contrato de la Cobertura, debiéndose detallar de manera expresa en las Condiciones Particulares:

- Certificado de Defunción original.
- Certificado Médico (Informe Médico) indicando la causa de fallecimiento o invalidez.
- Certificado médico Forense (si corresponde)
- Certificado de la autoridad competente (si corresponde)
- Certificado de nacimiento del Asegurado o Fotocopia legalizada del carnet de identidad.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del fallecimiento.
- Cualquier otro documento (o información) que la Corporación de Seguridad Social Militar "COSSMIL" solicite en conformidad al Reglamento de Administración de Desgravamen "COSSMIL".

La solicitud de complementos establecidos en el Reglamento de Administración de Desgravamen "COSSMIL", por parte del asegurador no podrá extenderse por mas de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro del plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del asegurado, después de la entrega por parte del asegurado del último requerimiento de información, en conformidad al Reglamento de Administración de Desgravamen "COSSMIL".

La sección de desgravamen de la Corporación del Seguro Social Militar "COSSMIL" 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. El Beneficiario y/o los sucesores deben prestar su colaboración y concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. Si el Beneficiario y/o los sucesores se negaran a permitir dicha autopsia o exhumación, o la retardaran en tal forma que ella sea inútil para el fin perseguido, el Beneficiario perderá el derecho a la indemnización del Capital Asegurado por esta Póliza.

CONDICIÓN DE ADHESIÓN: El asegurado se adhiere voluntariamente a la Cobertura de Desgravamen y declara conocer y aceptar todas las condiciones de la presente póliza. 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 DESGRAVAMEN GRUPO DE LA CUAL EL PRESENTE CERTIFICADO FORMA PARTE INTEGRANTE.

PRIMA: De acuerdo a declaraciones mensuales del contratante.

FORMA DE PAGO: CONTADO A TRAVÉS DE LA COPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR "COSSMIL"

FIRMA DEL ASEGURADO

GERENCIA DE SEGUROS
"COSSMIL"

GERENCIA DE ADMINISTRACION
FINANCIERA "COSSMIL"

SECCIÓN DE DESGRAVAMEN
"COSSMIL"