

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
Código Asignado: 204 - 934922 - 2016 06 090**

Resolución Administrativa APS/DS/N°806/2016 de fecha 17 de junio de 2016

PÓLIZA N° : 20026

TOMADOR : DIACONÍA FRIF IFD

ASEGURADOS : Prestatarios de la Entidad de Intermediación Financiera

INICIO DE VIGENCIA : Desde Hrs. 00:01 De 01 de Junio de 2023

FIN DE VIGENCIA : Hasta Hrs. 24:00 De 31 de Mayo de 2026

DIRECCIÓN TOMADOR : Av. Juan Pablo II Esq. Subtte. Jorge Eulert N° 125

CIUDAD : El Alto

TELÉFONO (S) : 2-844299

LUGAR DE PAGO : Av. Juan Pablo II Esq. Subtte. Jorge Eulert N° 125

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

RAZÓN SOCIAL : La Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A.

DIRECCIÓN : Calle Colon No. 288

TELÉFONO : 2-203131

FAX : 2-204087

E-MAIL : info@lbc.bo

PAGINA WEB : www.lbc.bo

MATERIA DEL SEGURO: Clientes del tomador del seguro que hubieran contraído un préstamo, los cuales se consideran para el presente seguro, como asegurados.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO: La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento del desembolso del Préstamo por parte de la Entidad de Intermediación Financiera a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizando en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

Los reemplazos de la Entidad Aseguradora que se dieran durante el periodo de vigencia del préstamo, no interrumpirán la vigencia de la Cobertura Individual.

CAPITAL ASEGURADO: El Capital Asegurado durante la vigencia de la Póliza corresponderá, para la cobertura de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente de la póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, al Valor del Saldo Insoluto de la Deuda; y para las Coberturas Adicionales, corresponderá al valor establecido en el Certificado de Cobertura Individual.

PRIMA: El monto de la prima de tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado.

COBERTURAS

COBERTURAS BASICAS (considerando las exclusiones de la póliza)	TASA
Fallecimiento por cualquier causa.	0.3000‰ mensual
Invalidez Total y permanente.	
COBERTURA ADICIONAL	
Gastos de Sepelio por Bs. 2.000.-	

DETALLE	TASA MENSUAL ‰
Titular	0.3000‰
Titular + 1 Codeudor	0.5400‰
Titular + 2 Codeudores	0.7920‰
Titular + 3 Codeudores	0.9960‰
Titular + 4 Codeudores	1.2450‰

Titular + 5 Codeudores	1.4940‰
Titular + 6 Codeudores	1.7430‰
Titular + de 6 Codeudores	1.9920‰

Las coberturas se encuentran sujetas a lo establecido en el condicionado general.

BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO: Entidad de intermediación financiera
DIACONIA FRIF IFD

ALCANCE TERRITORIAL: Negocios suscritos en el Estado Plurinacional de Bolivia con cobertura Mundial.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

LIMITES DE EDADES

Fallecimiento:

Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 70 años y 364 días

Permanencia: Hasta cumplir los 75 años y 364 días.

Invalidez:

Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 65 años y 364 días.

Permanencia: Hasta cumplir los 70 años y 364 días.

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD: No podrán asegurarse personas que sean menores de 18 años y las personas mayores a los límites de permanencia establecidos en el presente condicionado particular.

Cuando se traten de casos de mayor riesgo, la admisibilidad podrá requerir el cumplimiento de requisitos establecidos por la entidad aseguradora.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE FORMULARIOS: Conforme a lo acordado con el tomador de seguro en el marco del reglamento de desgravamen hipotecario.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE ASEGURADOS: Conforme a lo acordado con el tomador de seguro en el marco del reglamento de desgravamen hipotecario.

CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA: Conforme al reglamento de seguro de desgravamen hipotecario.

OBSERVACIONES:

Las primas de este seguro no constituyen hecho generador de tributo según el Art. N° 54 de la Ley de Seguros 1883 del 25 de junio de 1998.

MONEDA:

El pago de las primas se realizará en Bolivianos.

BENEFICIARIOS:

A título oneroso: DIACONIA FRIF-IFD por el saldo del préstamo, más los intereses corrientes generados desde el último pago realizado por el asegurado, hasta la fecha de siniestro.

A título oneroso: DIACONIA FRIF-IFD, para la cobertura de Sepelio.

El pago del Beneficio de Sepelio no representa una aceptación del pago de la cobertura básica. El beneficio de sepelio no considera exclusiones para los prestatarios.

FREE COVER. - Para préstamos desde Bs 1.- hasta Bs. 105.000.-, no se requiere Declaración Jurada de Salud, ni aceptación expresa de parte de la Compañía; por lo tanto, los prestatarios ingresarán automáticamente y el llenado de la Declaración Jurada de Salud solo aplicará como constancia de aceptación del cliente y designación de sus beneficiarios.

ACLARACIONES DE FREE COVER. - Se entiende por Free Cover, a aquellos créditos o cúmulos que no superen los rangos señalados y que ingresarán al seguro sin cumplir requisitos de asegurabilidad; es decir, sin evaluación del estado de salud y sin exclusiones. Por lo tanto, la aceptación y pago de siniestros es automático, siempre y cuando el asegurado esté reportado en las planillas mensuales de asegurados declarados por el Tomador y se encuentre dentro de los límites de edad establecidos.

APROBACIÓN AUTOMÁTICA. - Para préstamos desde Bs. 105.000,01 hasta Bs. 770.000,01 no presenten respuestas positivas en el formulario de Declaración Jurada de Salud y la edad de los solicitantes se encuentren dentro de los parámetros establecidos en la póliza, corresponderá a DIACONIA FRIF-IFD realizar la revisión y autorización de los formularios. En caso de que esta Declaración presente alguna observación, deberá ser enviada a la Aseguradora para su aprobación.

Se deja claramente establecido que el límite de IMC para una aprobación automática será entre 18.50 y 29.90.

CASOS FACULTATIVOS. – Para préstamos desde Bs. 770.000,01 la cobertura quedará sujeta al llenado y firma de la Declaración Jurada de Salud de cada solicitante y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad fijados por la Compañía, conforme a información detallada dentro del presente punto.

El costo de los exámenes médicos y otros análisis solicitados, correrán por cuenta de la Compañía de Seguros con excepción de los informes médicos por patologías de base de las personas a asegurar.

La compañía realizará el requerimiento de exámenes médicos de acuerdo con lo siguiente:

Montos expresados en Bolivianos 00/100

Capital asegurado	Edad alcanzada			
	hasta 45 años	46 a 55 años	56-65 años	66 años en adelante
1-105.000	FREE COVER	FREE COVER	FREE COVER	FREE COVER
105.001-770.000	ACEPTACION AUTOMATICA	ACEPTACION AUTOMATICA	ACEPTACION AUTOMATICA	ACEPTACION AUTOMATICA
770.001 – 1.050.000	A	A	BG	BCDG
1.050.001 – 1.750.000	AF	BF	BCFG	BCDFG
1.750.001 – 3.500.000	BCF	BCFG	BCDFG	BCDFG
3.500.001 – 7.000.000	BCDFGH	BCDFGH	BCDFGH	BCDFGH
7.000.001 y más	BCDFGH	BCDFGH	BCDFGH	BCDFGH

Aclaraciones:

- A Declaración de salud
- B Examen médico
- C Análisis químico y microscópico de orina en laboratorio
- D ECG de reposo a 12 derivaciones
- E ECG de máximo esfuerzo (ergometría) - salvo contraindicación
- F Test HIV
- G Hemograma, eritrosedimentación, Perfil lipídico (colesterol total en el plasma, HDL, LDL y triglicéridos en el plasma (todos en ayunas)
- H Creatinina, glucemia, ácido úrico, ASAT, ALAT, GGT.

Un informe confidencial del candidato será suministrado para sumas superiores a Bs. 1.750.000. Este informe prestará especial atención en cuanto a solvencia, ingresos anuales otros seguros ya vigor, actividad profesional exacta y riesgo moral del candidato. Si el capital fuese superior a Bs. 1.750.000, se deberá además exigir un informe del investigador, Estados Financieros Auditados, firmados por el Auditor o Contador y por el Contratante.

VIGENCIA DE LOS FORMULARIOS. Todos los formularios llenados, tendrán una validez de un año por cliente, es decir que, una vez aprobado un formulario o declaración de salud, sobre esta se podrá desembolsar operaciones por el lapso de un año siempre y cuando los montos solicitados no superen el monto inicial

aprobado, después de realizado el desembolso el formulario sobre ese crédito tiene la misma validez que el plazo de crédito.

Los exámenes médicos y análisis de laboratorio tienen una validez de 365 días.

LÍNEAS DE CRÉDITO. Se considerará el monto total aprobado para cada línea de crédito, no siendo necesario un nuevo análisis por parte de la Aseguradora para cada desembolso bajo línea.

En caso de incremento de la línea se deberá aplicar nuevamente los requisitos de asegurabilidad.

AVISO DE SINIESTRO. En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente o invalidez temporal del Asegurado, el tomador, tan pronto y a más tardar dentro de los 30 días calendario siguientes de tener conocimiento del siniestro, debe comunicar el mismo a la compañía, salvo fuerza mayor o impedimento justificado, caso contrario la compañía se libera de cualquier responsabilidad indemnizatoria por extemporaneidad.

PLAZO PARA PRONUNCIARSE. Una vez que la Compañía tenga toda la documentación requerida, tiene 5 días hábiles para la evaluación y el pronunciamiento, en su defecto se dará por aceptado el siniestro y no corresponderá la presentación de documentación adicional.

En caso de que la Compañía solicite documentación adicional, el plazo para pronunciarse será de 3 hábiles a partir de la recepción de la documentación solicitada.

PAGO DE SINIESTROS. El plazo para el pago de siniestros será realizado dentro de los 5 días hábiles posteriores a la aceptación del reclamo, ya sea esta aceptación realizada de manera formal por la Aseguradora o por Aceptación por silencio del Asegurador.

Este pago se realizará mediante transferencia bancaria.

CLAUSULAS Y CONDICIONES ADICIONALES:

- **ERRORES U OMISIONES.** – Se deja constancia por el presente texto que, en virtud de que el Tomador se compromete a realizar todos los esfuerzos para incorporar la totalidad de su cartera de prestatarios y las nuevas operaciones de préstamos a escala nacional, la Aseguradora se compromete a dar cobertura a aquellos casos en se produzca algún error u omisión involuntaria al formular la Declaración Mensual de Prestatarios y por lo tanto las primas no se hubiesen cobrado.

En los casos de que la ocurrencia de un siniestro, en el que por error u omisión no se haya cobrado una extra prima impuesta por la Aseguradora al momento de la afiliación al seguro, se aplicará la presente clausula, descontado de la liquidación del siniestro las extra primas no cobradas no constituyendo este error causal de rechazo.

Si la declaración del contratante, contenida en las listas de asegurados o base de datos, adolece de errores y/u Omisiones respecto a los nombres, como ser falta de un nombre o un apellido o haber omitido o invertido alguna letra en el nombre o apellido para el titular. Ausencia de información parcial o total y/o formularios o Firma en la Declaración Jurada de Salud y/o Certificado de Cobertura, y/o cualquier otro error en la información, no se afectan los derechos del Tomador en caso de indemnización por un siniestro cubierto.

- **PRESENTACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA.** – Ante la ocurrencia de un siniestro de un asegurado con vigencia de cobertura ininterrumpida de dos años o más, la Compañía levanta la condición de presentar el Historial Clínico como requisito adicional para la evaluación del siniestro.
- **EXTRA-PRIMA.** - Solo se aplicarán recargos a la prima para los casos en los que el riesgo agravado implique un incremento superior al 100% de la tasa base.
- Créditos hasta Bs. 350.000.- no se requerirán exámenes médicos sólo formulario de solicitud de seguro y declaración jurada de salud.
- **EXCLUSIONES O RESTRICCIONES.** – Quedan excluidas las enfermedades preexistentes, conocidas por el Asegurado y que hayan sido omitidas al momento del llenado de la Declaración Jurada de Salud y que sean la causa u origen de la eventualidad prevista por esta póliza dentro de los primeros años de vigencia ininterrumpida de la cobertura de la póliza individual. En consecuencia, este riesgo queda cubierto a partir del primer día del tercer año de vigencia del seguro para cada asegurado.
- El suicidio tendrá cobertura a partir del primer día del segundo año de vigencia ininterrumpida de la cobertura para cada asegurado. Esta condición será aplicada para todas las coberturas de la póliza.
- **ANTIGÜEDAD DEL SINIESTRO.** – Al momento de la ocurrencia de un siniestro en los casos en los cuales el asegurado tuviera diferentes créditos, para la evaluación de todos los desembolsos, se considerará el crédito con mayor antigüedad, para la evaluación de la indisputabilidad. Siempre y cuando no se interrumpa la continuidad de los créditos.

- **DECLARACIONES JURADAS DE SALUD.** – Independientemente de que es una obligación del tomador proporcionar las “declaraciones Juradas de Salud” a todos los prestatarios aceptados dentro de la cobertura de seguro. Queda convenido que la ausencia de este documento no constituye por si solo causal de rechazo en caso de siniestro.
- **SISTEMA DE EMISIÓN.** – La compañía se compromete a trabajar con el sistema (tecnológico) de suscripción y afiliación que tiene la institución, para la afiliación automática y no automática de sus prestatarios al seguro de desgravamen y la Compañía adjudicada esta obligada a adecuarse y conectarse al mismo, previo al inicio de vigencia.
- **AVISO DE SINIESTRO.** - Ampliación a 30 días.

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA:

- Condicionado Particular.
- Condicionado General.
- Certificados de Cobertura Individual.
- Cláusulas.
- Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Asegurado.

La Paz, 3 de mayo de 2023

**LA BOLIVIANA CIACRUZ
SEGUROS PERSONALES S.A.**



Manuel Sauma Guidi
Apoderado



Santiago Bustillos Ardaya
Apoderado

FIRMAS AUTORIZADAS

PÓLIZA N°: 20026

TOMADOR: DIACONÍA FRIF IFD

CONDICIONES GENERALES
Código Asignado: 204-934922-2016 06 090

CLÁUSULA 1.- (DEFINICIONES). Las partes convienen en definir, los siguientes términos:

Asegurado: Persona natural deudora y/o codeudora de una Entidad de Intermediación Financiera por la suscripción de un contrato de préstamo, cubierto por el Seguro de Desgravamen Hipotecario.

Beneficiario: La Entidad de Intermediación Financiera otorgante del préstamo contratado por el Asegurado con la cobertura del Seguro de Desgravamen Hipotecario, descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguros.

Para las coberturas adicionales, Beneficiario(s) será(n) la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado.

Codeudor: Es la persona que se obliga conjuntamente a otra(s) (de forma directa) a efectuar el pago del préstamo.

Entidad Aseguradora: Sociedad Anónima de giro exclusivo en la administración de seguros autorizada por la APS, para la contratación de seguros directos en la modalidad de Seguros de Personas, que asume los riesgos amparados en el Seguro de Desgravamen Hipotecario.

Enfermedad Pre-existente: Corresponde a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien toma el servicio de diagnóstico de salud o examen médico, antes de la contratación del Seguro.

Fallecimiento: Es la muerte por cualquier causa del Asegurado.

Invalidez Total y Permanente: Se considera Invalidez Total y Permanente al estado de situación física del Asegurado que como consecuencia de una enfermedad o accidente presenta una pérdida o disminución de su capacidad física y/o intelectual, igual o superior al 60% de su capacidad de trabajo, siempre que el grado de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO) o la Entidad Encargada de Calificar (EEC) o por un médico calificador debidamente registrado en la APS.

Saldo Insoluto de la Deuda: Es el saldo adeudado por el Asegurado a la Entidad de Intermediación Financiera y representa el monto inicial del préstamo menos las amortizaciones de capital efectuadas más los intereses devengados.

Tomador del Seguro: Entidad de Intermediación Financiera que por cuenta y a nombre del Asegurado (prestatario), contrata con la Entidad Aseguradora el Seguro de Desgravamen Hipotecario.

CLÁUSULA 2.- (COBERTURAS BÁSICAS Y ADICIONALES). El Capital Asegurado que figura en el Certificado de Cobertura Individual será pagado por la Entidad Aseguradora, cuando el Asegurado sufra el Fallecimiento por cualquier causa o la Invalidez Total y Permanente, salvo por los riesgos excluidos que se encuentran especificados en la Cláusula 3 del presente documento.

En ningún caso la Entidad Aseguradora podrá realizar el pago del siniestro a prorrata en función del número de codeudores, debiendo cubrir la totalidad del Saldo Insoluto de la Deuda para los casos referidos, ante la ocurrencia del siniestro que afecte a cualquiera de los Codeudores.

Cuando la operación de préstamo contemple Codeudores, se aseguran a todos los codeudores, cada uno por el 100% del Saldo Insoluto de la Deuda.

CLÁUSULA 3.- (RIESGOS EXCLUIDOS). La Entidad Aseguradora no cubrirá y estará eximida de toda responsabilidad, en caso que el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado sobrevenga, directa o indirectamente, como consecuencia de:

- a) Enfermedad pre-existente que no fue comunicada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- b) Intervención directa o indirecta del Asegurado en actos criminales, que le ocasionen el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.
- c) Guerra internacional o civil (declarada o no), revolución, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad del Estado.
- d) Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- e) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso no declarada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.
- f) Suicidio causado dentro de los dos primeros años a partir del desembolso del préstamo.

CLÁUSULA 4.- (VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO).

La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente en el marco de la vigencia de la Póliza de Seguro.

La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado se iniciará en el momento del desembolso del Préstamo por parte de la Entidad de Intermediación Financiera a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizará en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

Los reemplazos de Entidad Aseguradora que se dieran durante el periodo de vigencia del préstamo, no interrumpirán la vigencia de la Cobertura Individual.

La aprobación del Seguro podrá ser automática al llenado del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.

En caso de que el riesgo requiera de evaluación y no sea aprobado de manera automática, el pronunciamiento de la Entidad Aseguradora no podrá exceder el plazo de 5 días hábiles de haber recibido los Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud, entendiéndose aceptada la solicitud de no pronunciarse en dicho plazo.

Si la Entidad Aseguradora para su pronunciamiento requiera previamente de exámenes médicos sobre el estado de salud del solicitante del Seguro de Desgravamen Hipotecario, deberá solicitar los mismos en el plazo de los cinco (5) días hábiles establecidos para su pronunciamiento, computables de la fecha de recepción del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud. Una vez conocidos los resultados de los exámenes médicos, la Entidad Aseguradora en el plazo de diez (10) días hábiles computables a partir de la recepción de los mismos, deberá pronunciarse comunicando de manera expresa la aceptación, o el establecimiento de condiciones particulares de aseguramiento para el caso, o el rechazo. La falta de dicha comunicación, significará la tácita aceptación de la Entidad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora tiene la responsabilidad de que los requisitos de asegurabilidad establecidos por su reasegurador, se encuentren reflejados en el Condicionado Particular.

CLÁUSULA 5.- (CERTIFICADOS DE COBERTURA INDIVIDUAL). La Entidad Aseguradora deberá acreditar individualmente a los Asegurados los términos y condiciones básicos del Seguro de Desgravamen Hipotecario establecidos en el presente reglamento.

Sin que supla el mecanismo electrónico, el Certificado de Cobertura Individual también podrá instrumentarse, sujeto a aceptación de la Entidad de Intermediación Financiera, sin costo para el Asegurado, a través de los comprobantes de amortización del préstamo, incluyéndose en ellos los términos y

condiciones básicas de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario (Coberturas, tasa neta, exclusiones, requisitos, plazo para el pago de las indemnizaciones y otros).

De manera coexistente al Certificado de Cobertura Individual efectuado por intermedio del mecanismo electrónico y del comprobante de amortización del préstamo, la Entidad Aseguradora o en su caso la Corredora de Seguros, a simple requerimiento del Asegurado y sin costo alguno para éste, también podrá extender el Certificado de Cobertura Individual convencional.

CLÁUSULA 6.- (PREVALENCIA LEGAL). La Póliza de Seguro comprende el Condicionado General, el Condicionado Particular, el Certificado de Cobertura Individual, las Cláusulas, Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Asegurado.

En caso de discrepancia entre éstas, prevalecerá lo establecido en el Condicionado Particular sobre el Condicionado General.

Si el Certificado de Cobertura Individual se encuentra en discrepancia con lo establecido en el Condicionado General y/o Condicionado Particular de la Póliza y/o Cláusulas, prevalecerá lo dispuesto por el Certificado de Cobertura Individual.

CLÁUSULA 7.- (PARTES CONTRATANTES). Son partes del presente contrato, la Entidad Aseguradora que asume los riesgos comprendidos en el contrato, el Asegurado que es la persona física que está expuesta al riesgo cubierto por el Seguro y el Tomador del Seguro que es la persona jurídica que, por cuenta y a nombre de un Asegurado, contrata con la Entidad Aseguradora la cobertura de los riesgos.

CLÁUSULA 8.- (ADMISIBILIDAD). No podrán asegurarse personas que sean menores de 18 años y las personas mayores de la edad establecida en el Condicionado Particular. Cuando se traten de casos de riesgo agravado, la admisibilidad requerirá el cumplimiento de requisitos de asegurabilidad establecidos en el Condicionado Particular y la aceptación expresa del riesgo por la Entidad Aseguradora.

CLÁUSULA 9.- (OBLIGACIÓN DE DECLARAR DEL ASEGURADO). El Asegurado está obligado a declarar objetiva y verazmente las afectaciones de salud que tiene y todo hecho y circunstancias que tengan importancia para la determinación del estado de riesgo, tal como lo conozca; a través del Formulario de Declaración de Salud proporcionado por la Entidad Aseguradora.

Si se extendió la póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario sin exigir al Asegurado las declaraciones escritas, se presume que la Entidad Aseguradora conocía el estado de riesgo, salvo que ésta pruebe dolo o mala fe del Asegurado.

CLÁUSULA 10.- (RETICENCIA O INEXACTITUD). La reticencia o inexactitud en las declaraciones del Asegurado en el Formulario de Declaración de Salud hacen anulable la Cobertura Individual, siempre y cuando dicha reticencia o inexactitud

suponga ocultación de antecedentes, de tal importancia que, de ser conocidos por la Entidad Aseguradora, ésta no habría otorgado la o las coberturas del contrato o de hacerlo, lo hubiera hecho en condiciones distintas. La Entidad Aseguradora deberá demostrar este aspecto al momento de alegar reticencia o inexactitud.

Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe por parte del Asegurado hacen nula la Cobertura Individual, en tal caso el Asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

Se presume la buena fe del Asegurado, correspondiendo probar lo contrario a la Entidad Aseguradora.

CLÁUSULA 11.- (INAPLICABILIDAD DE LA RETICENCIA O INEXACTITUD). La Entidad Aseguradora no puede alegar reticencia o inexactitud, en los siguientes casos:

- a) Si la reticencia o inexactitud no implica un mayor riesgo, tal que conocidos por la Entidad Aseguradora los hechos o estados de situación verdaderos, la misma admitiría el riesgo sin recargo alguno.
- b) Si la Entidad Aseguradora otorga cobertura al Asegurado con el Certificado de Cobertura Individual sin exigir la Declaración de Salud.
- c) Si el Asegurado al momento de su Declaración de Salud no conocía el estado del riesgo.
- d) Si la Entidad Aseguradora no pidió antes de la emisión del Certificado de Cobertura Individual, las aclaraciones en puntos manifiestamente vagos y/o imprecisos de las declaraciones.
- e) Si la Entidad Aseguradora por otros medios de manera previa a la aceptación del estado del riesgo tuvo conocimiento del verdadero estado del riesgo.
- f) Si la reticencia o inexactitud no tiene relación con la producción del siniestro o sus efectos.

CLÁUSULA 12.- (MODIFICACIÓN, RESCISIÓN Y PERDIDA DE COBERTURA DEL CONTRATO). Una vez que la Entidad Aseguradora asume los riesgos derivados del Certificado de Cobertura Individual, ésta no podrá modificar las condiciones del contrato, ni podrá rescindir el mismo; la falta de pago de la prima implica la pérdida de la cobertura después de los treinta (30) días de la fecha en que debió ser efectuado el pago.

CLÁUSULA 13.- (NULIDAD DE LA COBERTURA). La Cobertura Individual será declarada nula cuando el seguro haya sido suscrito para una persona menor a diez y ocho (18) años.

CLÁUSULA 14.- (INDISPUTABILIDAD). La validez de esta Póliza y su Cobertura no será discutida después de transcurridos los dos años desde el momento de la fecha de desembolso del préstamo, y de la aceptación expresa o tácita de la Entidad Aseguradora.

Si dentro de los dos años desde la fecha de desembolso del préstamo, la Entidad Aseguradora no ha pretendido impugnar o anular dicha cobertura por reticencia o inexactitud en las Declaraciones de Salud del Asegurado. La Entidad Aseguradora pasado dicho plazo, está impedida de pretender la impugnación o anulación.

Para efectos del cómputo del plazo mencionado precedentemente, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida de la Cobertura Individual, no obstante la misma hubiera sido otorgada por más de una Entidad Aseguradora.

La falta de pago de primas por parte del Asegurado libera a la Entidad Aseguradora a Indemnizar en caso de producido el evento.

CLÁUSULA 15.- (SUICIDIO). La Entidad Aseguradora no se libera de pagar el siniestro correspondiente, en caso de producirse el suicidio del Asegurado, después de dos años desde el desembolso del préstamo.

CLÁUSULA 16.- (PRIMAS). El monto de la prima de tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado.

La prima es debida desde el momento de la celebración del contrato, pero no es exigible sino con la emisión del Certificado de Cobertura Individual.

Es obligación de la Entidad de Intermediación Financiera abonar a la Entidad Aseguradora el monto de la prima pagada por el Asegurado en el término que ambas partes convengan contractualmente.

El pago de la prima deberá ser efectuado mensualmente por el Asegurado a la Entidad Aseguradora, a través de la Entidad de Intermediación Financiera, designada por la Entidad Aseguradora, en las mismas fechas del cronograma de amortización del préstamo, salvo que en el Condicionado Particular de la Póliza se establezca una modalidad diferente. No incurre en mora el Asegurado, si el lugar del pago o el domicilio de la Entidad Aseguradora o el lugar indicado en la Póliza han sido cambiados sin su conocimiento.

El incumplimiento de pago de la prima treinta (30) días después de la fecha en que debió efectuarse, interrumpirá la vigencia de la Cobertura Individual del Asegurado.

El abono de las primas de la Entidad de Intermediación Financiera a la Entidad Aseguradora, en forma posterior a la fecha en que el Asegurado pagó la prima, no significará mora o incumplimiento atribuible al Asegurado, y cualquier contingencia o perjuicio que causen dichas situaciones al Asegurado, serán de responsabilidad plena de la Entidad de Intermediación Financiera.

CLÁUSULA 17.- (REHABILITACIÓN). Si el seguro caduca por falta de pago de la prima, el Asegurado o el Tomador del Seguro puede, en cualquier momento,

rehabilitar la Cobertura, con el pago de la(s) prima(s) atrasada(s) y los intereses devengados sin la necesidad de examen médico.

CLÁUSULA 18.- (CAPITAL ASEGURADO). El Capital Asegurado durante la vigencia de la Póliza corresponderá, para la cobertura de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente de la póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, al Valor del Saldo Insoluto de la Deuda y; para las Coberturas Adicionales, corresponderá al valor establecido en el Certificado de Cobertura Individual.

CLÁUSULA 19.- (EL SINIESTRO). El siniestro se produce al materializarse el riesgo cubierto por la Póliza de Seguro y da origen a la obligación de la Entidad Aseguradora de indemnizar o efectuar el pago de la prestación convenida. El siniestro se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario.

Si el siniestro se produce dentro de la vigencia del seguro, la Entidad Aseguradora responde con la indemnización correspondiente, aun cuando se evidencie la ocurrencia del siniestro durante el mes siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago de la prima que no fue pagada; pero si el siniestro se produce antes de la entrada en vigencia del Seguro, o de manera posterior a la conclusión de la vigencia del seguro, la Entidad Aseguradora no responde por la indemnización.

Para efectos de la cobertura de Fallecimiento, el siniestro se reconocerá a partir de la fecha de la ocurrencia del mismo.

En caso de Invalidez Total y Permanente, se reconoce que el siniestro se ha producido en la fecha determinada en el dictamen médico.

CLÁUSULA 20.- (PRUEBA DEL SINIESTRO). En caso de Fallecimiento, incumbe al beneficiario probar que se suscitó el Siniestro.

En caso de Invalidez Total y Permanente, corresponde al Asegurado o Beneficiario probar la ocurrencia del Siniestro.

En su caso corresponde a la Entidad Aseguradora probar los hechos y circunstancias que pudieran liberarlo, en todo o en parte, de su responsabilidad.

El siniestro se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario.

CLÁUSULA 21.- (AVISO DE SINIESTRO). El Asegurado o Beneficiario, en un plazo máximo de quince (15) días calendario de tener conocimiento del siniestro, deberá comunicar tal hecho a la Entidad Aseguradora, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.

No se puede invocar retardación u omisión del aviso cuando la Entidad Aseguradora, dentro del plazo indicado, intervenga en la comprobación del siniestro al tener conocimiento del mismo por cualquier medio.

La Entidad Aseguradora podrá liberarse de sus obligaciones cuando compruebe que el Asegurado o Beneficiario, según el caso, omita dar el aviso dentro del plazo establecido, con el fin de impedir la comprobación oportuna de las circunstancias del siniestro.

CLÁUSULA 22.- (REQUERIMIENTOS Y LÍMITES A LA INFORMACIÓN). La Entidad Aseguradora tiene el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario, toda la información que pueda ser proporcionada por estos, siempre y cuando permitan determinar la causa, identidad de las personas, hechos y circunstancias del Siniestro.

La exigencia de documentos por parte de la Entidad Aseguradora, estará limitada a la posibilidad razonable de ser presentados por parte del Asegurado o Beneficiario. Toda exigencia que sobrepase ese límite, ha de entenderse como exigencia prohibida. Además, dichas exigencias no pueden exceder los límites de la obligación determinada en la cláusula 20 del presente condicionado y deberán estar relacionadas a la ocurrencia del Siniestro.

No surte efecto alguno la convención que condicione la indemnización a cargo de la Entidad Aseguradora, a una sentencia pasada en autoridad de cosa juzgada.

CLÁUSULA 23.- (PLAZO PARA PRONUNCIARSE). La Entidad Aseguradora debe pronunciarse sobre el derecho del Asegurado o Beneficiario dentro de los (30) días de recibida la información y evidencias del Siniestro. Se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efecto del cómputo de plazos.

El plazo de (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del Siniestro o con la solicitud de la Entidad Aseguradora al Asegurado para que se complemente la información, y este plazo no vuelve a correr hasta que el Asegurado haya cumplido con tales requerimientos.

La solicitud de complementación por parte de la Entidad Aseguradora no podrá extenderse por más 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 y/o Beneficiario, después de la entrega por parte del Asegurado y/o Beneficiario del último requerimiento de información.

El silencio de la Entidad Aseguradora, vencido el término para pronunciarse o vencida(s) la(s) solicitud(es) de complementación, importa la aceptación del reclamo.

CLÁUSULA 24.- (REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN).

- a) **Documentación para el pago de la Indemnización en caso de Fallecimiento del Asegurado**

- Certificado de Defunción extendido por Oficial de Registro Civil. Si el Asegurado hubiera fallecido fuera del país, el indicado Certificado deberá llevar las legalizaciones correspondientes del consulado boliviano del país donde hubiera ocurrido el hecho o el consulado boliviano más accesible, y el de la Autoridad Competente en territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

En caso de que la obtención del Certificado de Defunción fuera dificultosa por ausencia de Oficinas de Registro Civil en la jurisdicción municipal del domicilio del Asegurado siniestrado o en la jurisdicción municipal colindante del municipio donde vive el Asegurado siniestrado, podrá ser aceptada una certificación extendida por la autoridad comunitaria competente del lugar de ocurrencia del siniestro, con la participación de dos personas en calidad de testigos.

- Documento de identificación del Asegurado.
- Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.
- Documento de Pre-liquidación del préstamo emitido por el Tomador.

b) Documentación para el Pago de la Indemnización en caso de Invalidez Total y Permanente

- Declaración Médica de Invalidez, emitida por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO) o por la Entidad Encargada de Calificación (EEC) o por el médico calificador registrado en la APS.
- Documento de identificación del Asegurado.
- Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.
- Documento de Pre-liquidación del préstamo emitido por el Tomador.

CLÁUSULA 25.- (PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN). Establecido el derecho del Asegurado o Beneficiario conforme lo dispuesto en la cláusula 23 del presente condicionado, la Entidad Aseguradora debe pagar la indemnización, dentro de los quince (15) días siguientes.

La Entidad Aseguradora se compromete a realizar el pago total de la indemnización ante la ocurrencia del Siniestro que afecte a cualquiera de los codeudores.

Si la Entidad Aseguradora incurre en mora, vencido el plazo señalado, procederá el pago adicional de intereses sobre el capital no pagado entre la fecha límite de pago y la fecha de pago efectivo, que se calcularán diariamente aplicando la tasa promedio ponderada del sistema financiero para préstamos en moneda nacional, publicada por el Banco Central de Bolivia.

CLÁUSULA 26.- (DERECHOS NO SUBROGABLES). La Entidad Aseguradora no puede, en ningún caso, subrogarse los derechos que tenga el Asegurado o Beneficiario contra terceros causantes del siniestro.

CLÁUSULA 27.- (PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN). El Asegurado o el Beneficiario pierde el derecho a la indemnización o pago de las prestaciones convenidas, cuando:

- a) Provoque dolosamente el siniestro;
- b) Oculte o altere, maliciosamente, en la verificación del siniestro, los hechos y circunstancias relacionados al aviso del siniestro y la documentación requerida por la Entidad Aseguradora.
- c) Recurra a pruebas falsas con el ánimo de obtener un beneficio ilícito.

CLÁUSULA 28.- (PRESCRIPCIÓN)

Los beneficios no reclamados, prescriben en favor del Estado, en el término de cinco años a contar de la fecha en que el Beneficiario conozca la existencia del beneficio en su favor.

La prescripción se interrumpe por cualquiera de los actos jurídicos establecidos por Ley.

CLÁUSULA 29.- (CONTROVERSIAS DE HECHO). Las controversias de hecho sobre las características técnicas del Seguro, serán resueltas a través del peritaje, de acuerdo a lo establecido en la Póliza de Seguro. Si por esta vía no se llegara a un acuerdo sobre dichas controversias, éstas deberán definirse por la vía del arbitraje.

Las partes, de común acuerdo, podrán nombrar un perito único; si no hubiera acuerdo, cada parte nombrará el suyo y un tercero dirimidor. Este último será designado por el Juez, si las partes no acuerdan su nombramiento.

CLÁUSULA 30.- (CONTROVERSIAS DE DERECHO). Las controversias de derecho suscitadas entre las partes sobre la naturaleza y alcance del contrato de seguro, serán resueltas únicamente por la vía del arbitraje de acuerdo a lo previsto en la Ley N° 708 de 25 de junio de 2015.

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá fungir como instancia de conciliación, para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV100.000,00.- (Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento a la Vivienda). Si por esta vía y considerando dicha cuantía, no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá conocer y resolver la controversia mediante Resolución Administrativa debidamente motivada.

CLÁUSULA 31.- (COMPETENCIA). El Juez o Tribunal competente para conocer las acciones judiciales emergentes del contrato de Seguro de Desgravamen Hipotecario será el del asiento judicial correspondiente al domicilio señalado por el Asegurado como domicilio real.

CLÁUSULA 32.- (OBLIGACIÓN DE COMUNICAR). Cualquier comunicación que haya de efectuarse entre las partes del contrato, en relación a la presente Póliza, deberá enviarse a la Entidad Aseguradora por escrito a su domicilio y al último domicilio establecido por el Asegurado o Tomador del Seguro.

CLÁUSULA 33.- (COMPUTO DE PLAZOS). Para efecto de los plazos de la Póliza, el plazo en días, se computará a partir del día siguiente al de la fecha de ocurrido el hecho.

El plazo de vencimiento que coincida en un día sábado, domingo o feriado pasará al día hábil siguiente.

CLÁUSULA 34.- (DUPLICADOS DE PÓLIZAS Y CERTIFICADOS DE SEGUROS). La Entidad Aseguradora, a solicitud escrita y a costa del Tomador o Asegurado, extenderá duplicado legalizado de la póliza (Cláusulas, Certificados, etc.) en caso de robo, pérdida, destrucción u otros.

Asimismo, el Tomador y/o el Asegurado podrán requerir copia de la propuesta de seguro y sus declaraciones a la Entidad Aseguradora.

**LA BOLIVIANA CIACRUZ
SEGUROS PERSONALES S.A.**



Manuel Sauma Guidi
Apoderado



Santiago Bustillos Ardaya
Apoderado

FIRMAS AUTORIZADAS

**Cláusula de Cobertura Adicional de Gastos de Sepelio "B" -
Sin exclusiones**

Código Asignado: 204 - 934922 - 2016 06 090 2003

Se acuerda y establece que por medio de la presente cláusula, se amplía la Cobertura Básica al amparo del Capital Adicional, como concepto de Gastos de Sepelio, de acuerdo a lo siguiente:

ARTÍCULO 1: Cobertura

La Compañía conviene en indemnizar el Capital Adicional establecido en las Condiciones Particulares de la misma, a lo(s) beneficiario(s) o herederos legales, en su defecto, en caso de fallecimiento del Asegurado.

En el caso que el Asegurado tenga dos o más créditos vigentes al momento del siniestro y que se encuentren amparados bajo la misma póliza de seguro, se otorgará este beneficio solamente una vez, por Asegurado.

ARTÍCULO 2: Exclusiones

Se aclara que la presente cobertura aplicará aun si el fallecimiento del Asegurado sobrevenga directa o indirectamente como consecuencia de los Riesgos Excluidos detallados en la Cláusula 3 del Condicionado General.

**LA BOLIVIANA CIACRUZ
SEGUROS PERSONALES S.A.**



Manuel Sauma Guidi
Apoderado



Santiago Bustillos Ardaya
Apoderado

FIRMAS AUTORIZADAS