

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
Código de Registro 203-934917-2016 06 036 1001
Código de Registro 203-934917-2016 06 036 1002
Resolución Administrativa APS/DS/N° 807/2016

POLIZA NRO. 10H2000004
TOMADOR : FUNDACION PRO MUJER - IFD
ASEGURADOS : Prestatarios de la Entidad de Intermediación Financiera
INICIO DE VIGENCIA : Desde las 12:01 de Enero 4 de 2021
FIN DE VIGENCIA : Hasta Hrs. 24:00 de Marzo 31 de 2023
DIRECCION TOMADOR : Av. Hernando Siles No. 5411 Esq. C. 8 Edif. Ignacio de Loyola II PB
CIUDAD : La Paz
TELEFONO (S) : 2114914 - 2916356 - 2916324 - 2916321
LUGAR DE PAGO : La Paz

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA
RAZON SOCIAL : LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
DIRECCIÓN : Av. 6 de Agosto No. 2860, Z. San Jorge
TELÉFONO : 2-2157800
FAX : 2-2113480
E-MAIL : plafuente@grupobisa.com
PAGINA WEB : www.lavitaliciaseguros.com

MATERIA DEL SEGURO: CLIENTES DEL TOMADOR DEL SEGURO QUE HUBIERAN CONTRAIDO UN PRESTAMO, 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)

- Fallecimiento por cualquier causa.
- Invalidez Total y permanente.

TASA TOTAL 0.048% MENSUAL

COBERTURAS ADICIONALES

- Gastos de Sepelio. 0.00%

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

BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO:

FUNDACION PRO MUJER - IFD

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

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Llenado del formulario de Solicitud de Seguro y Formulario de Declaración de Salud, donde consta las declaraciones del solicitante sobre su edad, estado de salud y otros, debiendo por lo tanto ser llenado de forma veraz, de buena fe y sin reticencia, omisiones ni falsas declaraciones.

Todas las declaraciones de salud deberán ser enviadas a la Compañía para su evaluación correspondiente, debiendo ser respondidas en el plazo máximo de 5 días hábiles aceptando la solicitud o rechazándola.

La Compañía se reserva el derecho de Solicitar chequeos médicos, solicitar información ampliatoria, por agravación del estado de salud y ocupación, se cobrará una prima adicional



LA VITALICIA
SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 • Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

o se rechazará la declaración de salud. Todo trámite demorará máximo de 10 días hábiles, después que el informe médico llegue a la compañía.

La Compañía Aseguradora correrá con los gastos de revisión médica y exámenes de laboratorios.

Se debe constar que las aprobaciones de las Declaraciones de salud tendrán validez de 365 días, en caso de que no se desembolsara el crédito en el plazo indicado, se deberá llenar nuevamente la declaración de salud para someterla a una nueva evaluación.

CARTERA ANTIGUA:

La cartera antigua se acepta sin requisitos.

Se debe aceptar y asegurar la cartera antigua sin ningún tipo de requisitos de asegurabilidad tanto para titulares como para mancomunados y/o codeudores que no hayan sido afiliados al seguro anterior a la vigencia de esta póliza y los mismos deberán ingresar al seguro sin que para ello se deban practicar exámenes médicos de ningún tipo, sin la presentación de declaración de salud alguna y no se podrá limitar su ingreso por límites de capital asegurado, ni por el pago de extra primas ni por ninguna otra condición que vaya en contra o desmedro de la Entidad financiera. De la misma forma la Compañía en caso de siniestro no deberá solicitar copia de las declaraciones de salud que hayan realizado los asegurados ante las Entidades Aseguradoras que tuvieron la cuenta al momento de que cada asegurado contrató su préstamo, por lo que se deberá proceder a la indemnización a la sola presentación de la documentación solicitada en las condiciones particulares establecidas.

Se entiende por Cartera Antigua, toda la cartera asegurada con anterioridad al 4 de enero de 2021.

CARTERA NUEVA:

FREE COVER

Para Créditos iguales o menores a BOB. 70,000.00 (Setenta Mil 00/100 Bolivianos) no se requiere Declaración Jurada de Salud ni aceptación expresa de parte de la Compañía Aseguradora; 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, siempre y cuando estén declarados en el reporte mensual de asegurados por el Tomador; estén dentro de los límites de edad establecidos y se haya pagado las primas correspondientes.

ACLARACIONES DE FREE COVER

Se entiende por "Free Cover", aquellos créditos o cúmulos que no superen los rangos señalados y que ingresarán al seguro sin requisitos de asegurabilidad; es decir, sin evaluación del estado de salud y sin exclusiones. Por lo tanto, la aceptación y pago de siniestro es automática.

El Free Cover se basa en el monto desembolsado y no en el saldo insoluto a la fecha del siniestro.

Los cúmulos se refieren al capital global asegurado resultante de la sumatoria de todos los créditos que el cliente mantenga con el Tomador.

SIN FREE COVER

a) Para préstamos de BOB. 70,001.00 (Setenta Mil Un 00/100 Bolivianos) a BOB. 140,000.00 (Ciento cuarenta Mil 00/100 Bolivianos) que no presenten respuestas positivas en el formulario de Declaración Jurada de Salud, y la edad de los solicitantes se encuentren dentro los parámetros establecidos en la póliza, corresponderá a FUNDACION PRO MUJER INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO "PRO MUJER - IFD" realizar la revisión y autorización de los formularios de Declaración Jurada de Salud, archivar en los files del crédito y presentar a la Compañía Aseguradora en caso de siniestro; Sin embargo las Declaraciones Juradas de Salud que tengan respuestas afirmativas u observaciones deberán ser remitidos a la Compañía para su aprobación.

b) Para préstamos de BOB. 140,001.00 (Ciento cuarenta Mil Un 00/100 Bolivianos) en adelante la cobertura quedará sujeta al llenado y firma del formulario "Declaración Jurada de Salud" de cada uno de los solicitante(s) de crédito, y que cumplan con los requisitos de la tabla de asegurabilidad, estos formularios deberán ser reportados diariamente a la Compañía para su evaluación y aprobación o solicitud de información y/o exámenes complementarios, si así correspondiera.

La cobertura comenzará a partir del desembolso del crédito.

TABLA REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

De 18 a 70 años		
DESDE	HASTA	REQUISITOS
BOB.1.-	BOB.35.000.-	A
BOB.35.001.-	BOB.140.000.-	A
BOB.140.001.-	BOB.350.000.-	A+B+C+D
BOB.350.001.-	BOB.525.000.-	A+B+C+D+F+H
BOB.525.001.-	en adelante	A+B+C+D+E+F+H+I+J



LA VITALICIA

SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 • Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

Abreviaturas

- A = Formulario de Solicitud y Declaración de Salud.
- B = Examen Médico.
- C = Análisis químico y microscópico de orina en laboratorio.
- D = Electrocardiograma de reposo a 12 derivaciones.
- E = Electrocardiograma de máximo esfuerzo (ergometría) salvo contraindicación.
- F = Test VIH.
- H = Perfil lipídico: colesterol total, HDL y triglicéridos en el plasma, todo en ayunas.
- I = Creatinina, glicemia, ASAT, ALAT, GGT, Hemograma.
- J = Espirometría.

(*) Los costos por exámenes médicos correrán por cuenta de la compañía.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Cuestionario financiero FIN4 para sumas superiores a BOB. 2.800.000.

Estados financieros auditados o evaluación socioeconómica hecha por la entidad financiera, que incluya estado de resultados, para sumas superiores a BOB. 4.200.000.

Después de analizar la información solicitada se dará a conocer la aceptación como parte integrante de la póliza.

NOTA: El tipo de cambio aplicable a cualquier condición de la póliza es de Bs. 7.00.- por cada Dólar Americano. Se aclara que este tipo de cambio, es aplicable para la conversión a moneda nacional de los límites de Capital Asegurado y Requisitos de Asegurabilidad establecidos en la presente Póliza.

COSTO DE ADQUISICIÓN Y SERVICIO DE COBRANZA:

Comisión al Intermediario (como porcentaje de la tasa neta): 15%

Comisión Cobranza (como porcentaje de la tasa neta): 10%

LIQUIDACIÓN MENSUAL:

Se enviará el listado de asegurados mensualmente a la compañía en formato electrónico con la modalidad de mes vencido. Esta liquidación considerará la base final de clientes y las primas correspondientes a cada asegurado en función a su suma asegurada. Una vez entregada la información deberá generar la liquidación en los siguientes 5 días hábiles administrativos.

DECLARACIONES JURADAS DE SALUD:

Independientemente de que es una obligación del tomador proporcionar las "declaraciones juradas de salud" de los prestatarios (titular y cónyuge o codeudor) de acuerdo a lo que

establece la tabla de requisitos de asegurabilidad para todas y cada una de las nuevas operaciones, queda convenido que la ausencia del cuestionario de la declaración jurada de salud no constituye por sí sólo causal de rechazo en caso de siniestro, siendo válida la presentación de cualquier otra documentación que respalde el siniestro.

PERIODO DE GRACIA:

Para el pago de primas se concede un periodo de gracia de treinta (30) días adicionales al previsto, computados a partir de la fecha de entrega del listado mensual por parte de la Institución. Durante este plazo la póliza permanecerá vigente.

ASEGURADOS:

Serán asegurados bajo esta póliza todos los prestatarios del Tomador (personas naturales incluyendo empresas unipersonales, representantes legales de asociaciones y/ o representantes de personas jurídicas), sin distinción de sexo, ocupación o domicilio que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente Póliza, que sean declarados en la planilla mensual de primas, y por los que se pague la prima correspondiente.

En caso de créditos de codeudores y/o mancomunados, cada uno de los deudores es responsable solidariamente por el 100% de la deuda. Serán asegurados bajo esta Póliza todos los prestatarios codeudores y/o mancomunados del Tomador (naturales), sin distinción de sexo, ocupación o domicilio. En caso de fallecimiento de uno de los codeudores y/o mancomunados responsables solidariamente por el Crédito, la Compañía indemnizará el 100% del capital asegurado al Beneficiario a la primera muerte, siempre que ambos codeudores y/o mancomunados cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente Póliza, que sean declarados en la planilla mensual de primas, y por los que se pague la prima correspondiente.

MATERIA DEL SEGURO:

Saldo de capital de operaciones de créditos hipotecarios de vivienda, vivienda social y automotores más intereses corrientes desde la última amortización hasta la fecha de fallecimiento declarados por el tomador a la Entidad aseguradora mediante reportes mensuales, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad y paguen las primas respectivas por el periodo correspondiente.

CAPITAL ASEGURADO:

Saldo insoluto del total de las deudas que el prestatario, codeudores y/o mancomunados mantenga pendiente de pago con el tomador al momento del siniestro, considerando el capital y los intereses corrientes que se devenguen desde la fecha del último pago hasta la fecha de fallecimiento o invalidez del prestatario y/o codeudor.

INICIO DE LA VIGENCIA:



LA VITALICIA

SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 • Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

- Cartera Nueva: La vigencia individual de la cobertura para cada asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento de desembolso del préstamo por parte del Tomador 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 a los 60 días después de la fecha de vencimiento de pago de la misma.

- Cartera Antigua: Todos los clientes de FUNDACIÓN PRO MUJER INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO "PRO MUJER IFD" (deudores y codeudores) de las operaciones de crédito desembolsadas por el Tomador antes del inicio de la vigencia de esta póliza están automáticamente asegurados sin ningún tipo de limitación, exclusiones ni extra prima bajo la presente póliza, por lo tanto la vigencia individual de la cobertura para cada asegurado será mensual renovable automáticamente y se iniciara al momento de la suscripción de la presente póliza. Consecuentemente, la suscripción de los asegurados y el pago de siniestros son automáticos siempre y cuando se cumpla con la documentación que exige la presente póliza.

La vigencia finaliza el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente 60 días después de la fecha de vencimiento de pago de la misma.

CONTROL DE FORMULARIOS:

El tomador deberá adjuntar en el registro del cliente en el sistema las solicitudes de seguro y declaraciones por medio magnético una vez dichos formularios se encuentren debidamente llenados y firmados.

Conforme a lo establecido en los Requisitos de Asegurabilidad, adicionalmente:

La Declaración Jurada de Salud puede ser enviada para su aprobación dentro de los 365 días de haber sido llenada y firmada por el cliente. La Entidad Aseguradora dará curso a la evaluación de dicho documento.

Cuando exista una aprobación de la Declaración Jurada de Salud por parte de la Entidad Aseguradora, la institución tiene hasta 365 días para realizar el desembolso, pasado ese tiempo si el crédito no fue desembolsado se deberá hacer aprobar otra Declaración Jurada de Salud.

Para los casos que no requieren aprobación de la Entidad Aseguradora por tratarse de una afiliación automática. La institución puede desembolsar la operación dentro de los 365 días de haber sido llenada y firmada por el cliente. Pasado ese tiempo si el crédito no fue desembolsado se deberá hacer llenar con el cliente otra Declaración Jurada de Salud.

Para refinanciamientos con incremento de capital u operaciones paralelas, los exámenes médicos y análisis de laboratorio tienen una validez de 365 días. Dentro de esos 365 días solo se deberán realizar aquellos análisis que no se hubieran realizado para la edad y el monto nuevo de capital (considerando el cúmulo).

CONTROL DE ASEGURADOS:

La Entidad Aseguradora se responsabiliza por el control de los incrementos en el capital asegurado de cada prestatario y por el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad y admisibilidad a través del cruce de información de su base de datos.

LÍMITES DE EDADES

Fallecimiento y Gastos de Sepelio:

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 Seguros 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.

La Resolución Administrativa ASFI/1235/2016, de fecha 29/12/2016, establece en su Capítulo III, Sección 1, Artículo 3° (Definiciones), inciso a) Asegurado: "Es el cliente de la entidad supervisada que acepta su adhesión al seguro colectivo contratado por el Tomador del Seguro. En el caso del Seguro de Desgravamen Hipotecario, el Asegurado es la 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; en el marco de lo establecido en el Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario, aprobado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS)".

Por otra parte el Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario, aprobado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), mediante Resolución Administrativa APS/DS/N° 687/2016 de fecha 31/05/2016, establece en su Artículo 2.- (Definiciones): "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".

Consiguientemente, corresponde el pago de la prima de acuerdo a lo establecido en la Resolución Administrativa APS/DS/N° 1435/2016 de fecha 4/10/2016, que aprueba la Nota Técnica tanto para préstamos individuales como para préstamos con codeudores, definiéndose como TR la tasa de riesgo individual y como TRM la tasa de riesgo para préstamo en caso de codeudores.

No obstante lo establecido en el Condicionado General de la Póliza, Clausula 16 (Primas) Párrafo 4° se establece que el pago de la prima se realizará bajo la modalidad de prima vencida y mensual, conforme a la Resolución ASFI/1235/2016 de 29/12/2016, Sección 4, Artículo 4°.

CONDICIONES ESPECIALES:

Estarán cubiertas todas las operaciones efectuadas por el Tomador 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.

El tiempo máximo para que la Aseguradora presente su respuesta en los casos de prestatarios que se aseguran de manera facultativa es de cinco (5) días como máximo, siempre y cuando los requisitos de asegurabilidad presentados estén completos y no sea necesario pedir información adicional para completar la evaluación de los casos.



Ante el 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.

PLAZO DE PRONUNCIAMIENTO PARA EL PAGO DE SINIESTROS:

Una vez que la compañía tenga toda la documentación requerida, tiene 5 (cinco) días hábiles para la evaluación y pronunciamiento; en su defecto se dará por aceptado el siniestro y no corresponderá la presentación de documentación adicional de parte del asegurado. En caso de que el pronunciamiento haya sido dentro de los 5 (cinco) días hábiles y como resultado la Compañía requiera documentación adicional o aclaraciones, ésta tendrá un plazo máximo de 3 (tres) días hábiles adicionales para su nuevo pronunciamiento una vez haya recibido la documentación o aclaración(es) respectiva(s); en su defecto, se dará por aceptado el siniestro y no corresponderá la presentación de documentación adicional de parte del asegurado.

PAGO DE SINIESTROS:

El plazo para el pago de siniestros será realizado en 10 (diez) días, computables a partir de la fecha de recepción de toda la documentación requerida según lo establecido en la póliza de seguro.

Este pago se realizará mediante transferencia bancaria a la cuenta señalada por Pro Mujer al efecto.

En caso de siniestro, las respectivas indemnizaciones, serán reembolsadas al beneficiario en la misma moneda señalada en cada operación de Crédito, es decir, en Dólares Estadounidenses y/o bolivianos.

La firma de los Finiquitos que respaldan el pago de los siniestros, se realizarán de manera paralela a la transferencia interbancaria a través del Corredor de Seguros.

CRÉDITOS EN MORA:

No obstante que el tomador podrá reportar en sus declaraciones mensuales los saldos de capital sobre los cuales es calculada la prima, en caso de fallecimiento o de incapacidad total permanente debidamente comprobada de algún prestatario cuya operación a la fecha de la eventualidad cubierta por esta póliza se encuentre en mora amparable por este seguro; el asegurador se compromete a indemnizar el monto correspondiente más los intereses corrientes adeudados por el prestatario desde el último pago que efectuó hasta la fecha de fallecimiento, excluyendo los intereses por mora, siempre y cuando se encuentren reportados en los listados mensuales y se haya pagado la prima correspondiente por ellos.



LA VITALICIA

SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 • Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

Cualquier observación sobre la información de la base de datos y de los listados por parte de la Entidad Aseguradora deberá ser informada por esta y por escrito al Contratante dentro de los cinco días calendario de haber recibido los listados, caso contrario se deslinda de cualquier responsabilidad a FUNDACION PRO MUJER INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO "PRO MUJER IFD" y la Entidad Aseguradora estará obligada a dar cobertura a todos los asegurados descritos en el listado.

Es responsabilidad de la Entidad Aseguradora el verificar en los listados enviados por el Contratante los incrementos de capital asegurado por cada prestatario, deslindando de cualquier responsabilidad a FUNDACION PRO MUJER INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO "PRO MUJER IFD".

EXCLUSIONES O RESTRICCIONES:

Enfermedades preexistentes entendiéndose como tal, aquella que sea la causa u origen es anterior al desembolso y que ante una eventualidad prevista por esta póliza dentro de los dos primeros años de vigencia de su cobertura el siniestro no tendría cobertura. En consecuencia, este riesgo quedará cubierto a partir del primer día del tercer año de vigencia de la cobertura para cada asegurado.

La presente condición, tendrá aplicabilidad de manera retroactiva para todos los siniestros suscitados durante la vigencia de la presente 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, tanto para carencia como indisputabilidad, siempre y cuando no se interrumpa la continuidad de los créditos.

SISTEMA DE EMISIÓN:

La compañía que se compromete a trabajar con el sistema (tecnológico) de suscripción y afiliación que tiene la Institución por medio de su corredor para la afiliación automática y no automática de sus prestatarios al seguro de desgravamen y la compañía adjudicada está obligada adecuarse y conectarse al mismo, previo al inicio de vigencia la póliza de seguro contratada por la Institución con la aseguradora.

PRIMA:

Las primas se efectuarán en la moneda pactada entre el Tomador y el prestatario, establecidas en Dólares Estadounidenses y/o en bolivianos, según lo establecido en el contrato de crédito de la operación amparada bajo la presente póliza, no obstante, las coberturas contratadas se encuentran expresadas en Dólares Estadounidenses y se considerará el Tipo de Cambio oficial.

GASTOS DE SEPELIO:

El Capital Asegurado por la Cobertura de Gastos de Sepelio por cada asegurado, asciende a BOB. 2.100.- (Dos Mil cien 00/100 Bolivianos).

Bajo esta cobertura, la Compañía pagará por concepto de Gastos de Sepelio el importe de BOB. 2.100.- (Dos Mil cien 00/100 Bolivianos), esta cobertura es automática y aplicable al primer fallecimiento. El pago de este beneficio no representa una aceptación del pago de la cobertura principal, la misma que seguirá con el procedimiento establecido en las condiciones particulares y generales de la póliza. El beneficio de sepelio no considera exclusiones para los prestatarios.

LINEAS DE CREDITO:

Al otorgar la Línea de Crédito se realizará la suscripción considerando el monto total aprobado en la línea madre.

Movimientos de la Línea de Crédito por debajo del monto aprobado, no requieren de nuevos requisitos de suscripción. En caso de incrementos en la Línea de Crédito deberán aplicarse nuevamente los requisitos de selección.

Para la evaluación del siniestro, se considerará la Declaración Jurada de Salud llenada y aprobada inicialmente.

Las líneas de crédito se refieren a operaciones hipotecarias de vivienda cuyos desembolsos se realicen según avance de obra.

EMPRESAS UNIPERSONALES:

Esta póliza se amplía a cubrir a todas las empresas unipersonales afiliadas al Seguro de Desgravamen Hipotecario siempre y cuando hayan cumplido con los requisitos de asegurabilidad, hayan sido declarados en el listado de pago de primas y el asegurado sea una persona natural, cuyo crédito sea destinado a la compra de vivienda, de vivienda de interés social y/o automotores.

MONEDA:

Bolivianos

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA:

- Condicionado Particular.
- Condicionado General.
- Certificados de Cobertura Individual.



LA VITALICIA

SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 • Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

- Cláusula de Gastos de Sepelio
- Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Asegurado.

La Paz, Diciembre 18 de 2020

LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.

FIRMAS AUTORIZADAS

Nineth Echalar Colamba
JEFE COMERCIAL
LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS
DE VIDA S.A.

Pablo La Fuente Heredia
SUB GERENTE COMERCIAL
LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS
DE VIDA S.A.

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**
Código de Registro 203-934917-2016 06 036 1001
Código de Registro 203-934917-2016 06 036 1002
Resolución Administrativa APS/DS/N° 807/2016

Póliza Nro. : 10H2000004
Tomador : FUNDACION PRO MUJER - IFD

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: Corresponden 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 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 BASICAS 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 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 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 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 cinco 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 básicas 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 básicos de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario (Coberturas, tasa neta, exclusiones, requisitos, plazos 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 este, 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 Intermediación Financiera.

CLÁUSULA 17.- (REHABILITACION). 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, aún 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 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 LIMITES A LA INFORMACION). 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 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 una 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 de 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 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 INDEMNIZACION). 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 INDEMNIZACION). 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) Recorra a pruebas falsas con el ánimo de obtener un beneficio ilícito.

CLÁUSULA 28.- (PRESCRIPCION). 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.- (OBLIGACION 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 que 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 Paz, Diciembre 23 de 2020

LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.

Firmas Autorizadas



Nineth Echalar Cobunba
JEFE COMERCIAL
LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS
DE VIDA S.A.



Pablo La Paz de Heredia
SUB GERENTE COMERCIAL
LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS
DE VIDA S.A.

**COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS DE SEPELIO
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
Resolución Administrativa APS/DS/ No 1774/2016
Código de Registro 203-934917-2016 06 036 1003**

Anexo a la Póliza No. : 10H2000004
Tomador : FUNDACION PRO MUJER - IFD
Asegurados :

Esta Cobertura Adicional es anexo al Seguro Principal de Seguro de Desgravamen Hipotecario.

CLAÚSULA 1. Cobertura. La Entidad Aseguradora pagará el monto establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, por concepto de Gastos de Sepelio, a la muerte del Asegurado, a los Beneficiarios nominados, ó en su defecto a los herederos legales, si esto ocurre durante la vigencia de la Cobertura Individual del Asegurado.

CLAÚSULA 2. Exclusiones. La Entidad Aseguradora no cubrirá y estará eximida de toda responsabilidad, en caso que el Fallecimiento del Asegurado sobrevenga, directa o indirectamente, como consecuencia de:

- Enfermedad pre-existente que no fue comunicada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- Intervención directa o indirecta del Asegurado en actos criminales, que le ocasionen el Fallecimiento.
- 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.
- Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- 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.
- Suicidio causado dentro de los dos primeros años a partir del desembolso del préstamo.

CLAUSULA 3. Terminaciones de la Cobertura. Esta cobertura es parte integrante y accesoria de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario y se registrará, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, de modo que sólo será válido y registrará mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto:

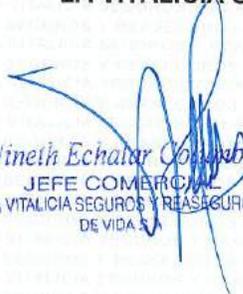
- Por terminación anticipada de la Vigencia de la Póliza o de la Vigencia de la Cobertura Individual del Asegurado.
- Una vez producido el pago de cualquier reclamo del presente Seguro Complementario.

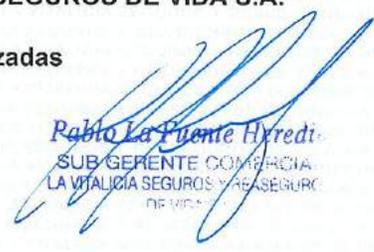
CLAÚSULA 4. Términos de la Póliza Principal. Todos los demás términos de la Póliza Principal, a excepción de lo modificado por la condiciones de esta Cobertura Adicional, se mantienen invariables y en todo su vigor.

La Paz, Diciembre 23 de 2020

LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.

Firmas Autorizadas


Nineth Echalar
JEFE COMERCIAL
LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS
DE VIDA S.A.


Pablo La Fuente Huredi
SUB GERENTE COMERCIAL
LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS
DE VIDA S.A.