

SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

PÓLIZA NRO. 10H2400001
COD. SPVS 203-934901-2002 05 013
RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA IS No. 457

CONDICIONES PARTICULARES

TOMADOR : FUNDACIÓN PRO MUJER - IFD
ASEGURADOS : PRESTATARIOS DEL TOMADOR
INICIO DE VIGENCIA : Desde las 12:01 de Junio 1 de 2024
DIRECCIÓN LEGAL PÓLIZA : Av. Hernando Siles No. 5411 Esq. C. 8 Edif. Ignacio de Loyola II PB
BARRIO : Obrajes
CIUDAD : La Paz
DEPARTAMENTO : La Paz
MONEDA PÓLIZA : Bolivianos

COBERTURAS

TASA NETA POR MIL MENSUAL

- Muerte por cualquier causa no excluida en la Póliza	0.6000
- Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad cuya causa no está excluida en la póliza	0.2000

Tasa Mensual Total por mil: 0.81

El Capital Asegurado durante la vigencia de la Póliza será el monto insoluto de la deuda del Asegurado a favor del Beneficiario, según listado proporcionado por el Tomador.

PRIMA TOTAL: El resultado de aplicar la Tasa Mensual total por mil al Capital Asegurado.

FORMA DE PAGO: Mensual

BENEFICIARIO:

FUNDACIÓN PRO MUJER - IFD

A Título Oneroso

CONDICIONES ESPECIALES.

CAPITAL ASEGURADO: El Capital Asegurado es igual al monto adeudado por obligación contractual del Asegurado al Beneficiario, a una determinada fecha, de acuerdo al estado de cuentas elaborado por el Tomador o institución crediticia. En caso que dicho capital se incremente, el Asegurado deberá someterse a nuevos requisitos de asegurabilidad según las normas que se encuentren vigentes en la Compañía en ese momento, reservándose la Compañía el derecho de rechazar dicho incremento. Para efectos de cómputo del Capital Asegurado, se tomará en cuenta el total de obligaciones que tenga un Asegurado con el Beneficiario en uno o más contratos.

Para el caso de este grupo de asegurados con Capital Constante, se establecerá un Capital Asegurado fijo a ser declarado por Fundación Pro Mujer – IFD. Los créditos amparados bajo la presente póliza no deberán exceder el Capital Asegurado fijo determinado por Fundación Pro Mujer – IFD, cuyo capital máximo asciende a BOB. 35,000.

Para la liquidación de un siniestro, Fundación Pro Mujer - IFD, deberá informar a la Compañía el Saldo Insoluto de la deuda del asegurado, para que por diferencia (Capital constante declarado por Fundación Pro Mujer IFD – Saldo Insoluto de la deuda), determine el monto a indemnizar al asegurado o beneficiarios del asegurado.

El saldo insoluto de la deuda será indemnizado al Tomador de la póliza.

No se considera como parte del saldo insoluto de la deuda los intereses penales, gastos legales y otros gastos afines y/o adicionales.

Adicionalmente, el Capital Asegurado comprende los límites de las coberturas adicionales que forman parte de la Póliza.

La tasa debe ser aplicada sobre el saldo total adeudado declarado por el Tomador de la póliza.

LÍMITE MÁXIMO DE CAPITAL ASEGURADO: La suma de todos los préstamos que mantenga el Asegurado con el Tomador, no podrá exceder el límite de BOB. 35,000.- (Treinta y cinco mil 00/100 bolivianos), por prestatario.

LÍMITE DE COBERTURA AUTOMÁTICA: El límite de Capital Automático es de BOB. 35,000.- (Treinta y cinco mil 00/100 bolivianos).

TASA TOTAL MENSUAL: 0.81 POR MIL MENSUAL, aplicable sobre el saldo total de la deuda reportado por el Tomador, para las coberturas de Muerte por cualquier causa y Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD. CARTERA

ANTIGUA:

Se define como cartera antigua todos los clientes que tienen un crédito vigente en Fundación Pro Mujer - IFD que cumplan las siguientes características:

- Que tengan un saldo insoluto de deuda igual o menor al monto determinado por Fundación Pro Mujer - IFD para esta póliza.
- Que sean asegurados vigentes al mes inmediatamente anterior del inicio de vigencia de la presente póliza, que no haya sido objeto de rechazo su solicitud de seguro.
- Que se encuentren dentro de los límites de permanencia de la edad.

La incorporación a esta póliza será automática y sin ningún tipo de requisito adicional. Los nuevos clientes y codeudores que soliciten la incorporación a esta póliza deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en función a su capital y edad.

Esta cartera antigua mantendrá las condiciones bajo las cuales fueron asegurados al momento de su desembolso, es decir, se mantendrán las exclusiones de coberturas, actividades u ocupacionales, así como también se mantendrán los recargos determinados al momento de su aceptación.

CARTERA NUEVA:

Se entiende como cartera nueva a todos los clientes que la Compañía acepte y se incorporen a esta póliza a partir del inicio de vigencia de la misma, los cuales deberán cumplir los requisitos de asegurabilidad en función al capital, edad, ocupación y declaración de salud.

TABLA DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Cartera Nueva: PARA LA PÓLIZA EN BOLIVIANOS CON LA EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES.

Para edades comprendidas entre los 18 años hasta los 75 años y 364 días

Desde	Hasta	Requisitos
BOB. 1.-	BOB. 35,000.-	(-)

Aclaraciones:

(-): Ninguno. Afiliación automática sin llenado de Formulario de Solicitud de Seguro.

Los requisitos de asegurabilidad contemplan todos los créditos que mantenga el prestatario con el Tomador de la Póliza. Las ordenes médicas serán emitidas por la Compañía una vez que las solicitudes de seguro sean remitidas por el Tomador y el costo será cubierto por la Compañía.

La cobertura de los nuevos prestatarios se iniciará el día en que la Compañía confirme la aceptación del seguro mediante nota escrita. Los préstamos que no hayan seguido el procedimiento antes citado estarán sin cobertura, quedando la Compañía libre de toda responsabilidad en caso de siniestro.

La Compañía se reserva el derecho de exigir requisitos adicionales a los señalados sean médicos o no médicos. El costo de tales exámenes será cubierto por La Vitalicia Seguros y Reaseguros de Vida S.A.

La cobertura de los nuevos prestatarios se iniciará el día en que La Vitalicia confirme la aceptación del seguro mediante nota escrita, dirigida al Tomador de la Póliza.

FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA COBERTURA:

- Fecha en que el asegurado individual llegue a la edad límite establecida en la póliza.
- La fecha en que finalice la obligación contraída por el Asegurado con el Tomador (cancelación total del crédito).
- A la ocurrencia del fallecimiento o declaración de invalidez, siniestros cubiertos por esta póliza.
- Fin de vigencia de la póliza.

LÍMITES DE EDADES.

COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y GASTOS DE SEPELIO:

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 75 años y 364 días

máxima de permanencia: 80 años y 364 días

COBERTURA DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 70 años y 364 días

máxima de permanencia: 75 años y 364 días

LÍNEAS DE CRÉDITO: Se dará cobertura a montos desembolsados bajo líneas de crédito revolventes y no revolventes otorgadas a personas naturales y cuyo último movimiento no supere los 12 meses.

PRIMAS Y FORMA DE PAGO: Es responsabilidad de cada prestatario realizar el pago de primas al momento del desembolso, para que así el Tomador de la Póliza, reporte y cancele la prima a la Compañía de Seguros.

Para efectos de la cobertura y cálculo de la prima mensual, queda entendido y convenido que el Tomador proporcionará dentro de los primeros quince días de cada mes los reportes mensuales de la cartera asegurada.

Estos reportes contendrán el nombre de cada uno de los Asegurados que declare el Tomador de la Póliza.

El movimiento de la cartera asegurada deberá ser actualizado mes a mes por el Tomador, considerando la incorporación de nuevas operaciones y las bajas de las operaciones canceladas. Por lo tanto, solo se otorgará cobertura a los clientes del Tomador que hayan sido declarados y por los cuales se haya pagado la prima correspondiente.

PERIODO DE GRACIA: El periodo de gracia en el pago total de las Primas por parte del Tomador será de 60 días, periodo en el cual se mantiene en vigencia la cobertura del seguro; si se presentara un fallecimiento durante dicho plazo se deducirá del monto a ser indemnizado la prima vencida o no pagada.

Estarán cubiertas todas las operaciones desembolsadas por Fundación Pro Mujer - IFD desde la última declaración mensual (incluida esta última) hasta la inmediata siguiente, pudiendo ser comprobada a través del registro, lo que significa que las operaciones efectuadas entre las fechas de presentación de los listados y su recepción están cubiertas por el presente seguro, mismas que deberán ser declaradas por el Tomador y se pague la prima respectiva.

LIQUIDACIONES: La información que debe proporcionar el Tomador a la Compañía mensualmente para proceder con la liquidación del seguro debe estar generada en una planilla Excel con el listado de todos los asegurados bajo la presente póliza, deberá ser entregada hasta el 15 de cada siguiente mes y debe contener:

- Nombre completo del deudor o asegurado o deudores en caso de que el crédito sea mancomunado o tome la opción de asegurar a su cónyuge.
- Número de Cédula de identidad.
- Fecha de nacimiento.
- Saldo deudor.
- Número de crédito.
- Plazo de los créditos.
- Fecha de desembolso.
- Tasa mensual.
- Monto de la prima cobrada.
- Frecuencia de pago.
- Monto del valor asegurado determinado por Fundación Pro Mujer - IFD.

Cualquier observación sobre la información de la base de datos y de los listados por parte de la Compañía deberá ser informada por ésta y por escrito al Corredor dentro de los tres días corridos de haber recibido los listados, caso contrario se deslinda cualquier responsabilidad de Fundación Pro Mujer – IFD y la Compañía de Seguros estará obligada a dar Cobertura a todos los Asegurados descritos en el listado, siempre que hayan cumplido con los requisitos de asegurabilidad exigidos al ingresar al seguro.

Es responsabilidad de la Compañía de Seguros el verificar en los listados los incrementos de capital asegurado por cada prestatario, deslindando de cualquier responsabilidad a Fundación Pro Mujer – IFD.

ASEGURADOS:

Prestatarios individuales, mancomunados y/o codeudores que mantengan créditos vigentes con Fundación Pro Mujer – IFD, ya sean estas operaciones de créditos, con garantía personal, hipotecaria, pagares, Líneas de crédito y otros respaldos por contratos o registros de operaciones de la Entidad (Se aclara que las operaciones aquí descritas son enunciativas más no limitativas).

Serán asegurados bajo esta póliza todos los prestatarios Personas naturales y/o Empresas unipersonales de Fundación Pro Mujer – IFD, sin distinción de sexo, ocupación o domicilio que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Tener una edad comprendida entre los límites de edad establecidos al momento de la obtención del préstamo y de la inclusión del Asegurado en esta póliza de seguro. Se aclara que en caso de que el plazo en años del préstamo, sumado a la edad de entrada al seguro exceda el límite de edad establecido en la presente póliza, el asegurado perderá cobertura a partir de que cumpla la edad máxima permitida

establecida como permanencia en la póliza. Estas edades, se encuentran en el punto "LIMITES DE EDADES".

2. No haber sido excluido en ninguna de las pólizas vigentes a la fecha de inicio de vigencia de la nueva póliza, así como también no hayan sido sujetos de rechazo por la Compañía.
3. Cumplir con los requisitos de asegurabilidad con respecto a su salud y edad, los cuales se establecen en el punto "TABLA DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD".

CODEUDORES / MANCOMUNOS:

En los préstamos con dos o más deudores cada uno de los asegurados es responsable por el 100% de la deuda. En caso de fallecimiento de uno de los asegurados, la Compañía indemnizará el 100% del valor asegurado al Beneficiario de la póliza a título oneroso o Contratante a la primera muerte. Los codeudores/mancomunos, deberán ser reportados con el porcentaje de participación del 100%.

RIESGOS CUBIERTOS.

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA EN LA PÓLIZA: Muerte por cualquier causa, que no esté excluida en la Póliza, incluido el suicidio después de un año de vigencia ininterrumpida de la cobertura individual del seguro. El plazo de un año volverá a computarse, siempre y cuando exista discontinuidad en la otorgación de un nuevo desembolso.

Una vez hecha la acreencia a favor del Tomador de la Póliza, la diferencia que resulte entre el monto desembolsado y el monto indemnizado al Tomador de la póliza por el saldo insoluto adeudado por el Asegurado, se indemnizará al beneficiario declarado por el Asegurado al momento de su afiliación al seguro o en ausencia de éstos a favor de los Herederos Legales.

PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUYA CAUSA NO ESTÁ EXCLUIDA EN LA PÓLIZA: Pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez total y permanente por accidente o enfermedad, en forma irreversible por lo menos en un 60% según el manual de normas autorizado por la APS, en actual vigencia.

Esta cobertura no se otorgará por enfermedades preexistentes, sin importar el tiempo o el momento en el que se determine dicha invalidez.

GASTOS DE SEPELIO: Son los gastos que demanden los beneficiarios del Asegurado, como consecuencia del fallecimiento por enfermedad o accidente cubierto, por un monto de BOB. 3,000.- por Asegurado. El pago de la indemnización se realizará al beneficiario declarado por el Asegurado al momento de su afiliación al seguro o en ausencia de éstos a favor de los Herederos Legales, por una sola vez sin importar el número de operaciones que tenga registrado el asegurado en esta póliza.

GASTOS ADICIONALES POR CÁNCER: En caso de que el Asegurado sea diagnosticado con algún tipo de cáncer que se detalla a continuación, la Compañía indemnizará en vida al Asegurado el monto de BOB. 3,000. Si durante la vigencia de la Póliza la Compañía recibiera pruebas fehacientes de que al Asegurado se le ha diagnosticado, sufrido o desarrollado una de las condiciones indicadas en el siguiente apartado, la Compañía indemnizará al Asegurado el Capital Asegurado establecido en el Certificado de Cobertura individual, en forma de indemnización única y definitiva librando a la Compañía de cualquier otra obligación por esta cobertura. Se considera como fecha de siniestro la fecha de diagnóstico clínico y etiológico de la enfermedad. Para los casos que la Compañía ya hubiese pagado algún siniestro por cáncer, el mismo no podrá ser indemnizado nuevamente.

- Cáncer Cérvico Uterino.
- Cáncer de Mama o seno.
- Displacia Cervical.
- Cáncer de Pulmón.
- Cáncer de Próstata.
- Cáncer de Ovario.
- Cáncer de Estómago y colon.

Se aclara que a partir de la fecha del inicio de vigencia de la cobertura de Displasia cervical se establece un período de espera de 90 días antes de que un siniestro este amparado por esta cobertura. Esta carencia no se aplicará en las renovaciones de la cobertura, salvo que exista discontinuidad de vigencia.

CONDICIONES ADICIONALES.

PROCEDIMIENTO PAGO DE SINIESTROS:

La indemnización de las coberturas será pagada al Tomador, en su calidad de Beneficiario a título oneroso, de acuerdo a lo establecido en Código de Comercio y lo detallado en el Condicionado General de la presente Póliza y Anexos complementarios.

AVISO DE SINIESTRO:

Se otorga la ampliación de aviso de siniestro a 90 días debiendo considerarse lo siguiente:

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado, el Tomador, tan pronto y a más tardar dentro de los 90 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.

La extemporaneidad en la denuncia de siniestros no aplica si el aviso del Tomador, Beneficiario o Asegurado fuera realizado al corredor de seguros en los tiempos establecidos en la póliza de seguro, no pudiendo la Compañía de Seguros aplicar la extemporaneidad si el corredor diera aviso del siniestro con posteridad a los tiempos que establece la póliza. El envío del aviso de siniestro por parte del corredor a la Compañía de Seguros, debe ser de forma diligente y con la constancia de la recepción en sus oficinas.

ERRORES Y OMISIONES:

Se deja constancia por medio del presente texto que, en virtud a que el Contratante se compromete a realizar los esfuerzos para aplicar en su totalidad su cartera de prestatarios y los pagos correspondientes y las nuevas operaciones de préstamos a escala nacional, la Compañía Aseguradora se compromete a dar cobertura a aquellos casos en que se produzca algún error u omisión involuntario al formular la Declaración Mensual de Prestatarios y por lo tanto las primas no se hubieren cobrado, siempre y cuando no sean casos a los cuales no se les hubiera otorgado la cobertura por no cumplir con las edad límites de asegurabilidad o que no hayan sido aceptados por la Compañía.

La afiliación realizada por la Compañía Aseguradora con la condicionante del cobro de una extra prima, deberán ser incluidas en los reportes mensuales presentados por el Tomador. En los casos de ocurrencia de un siniestro y que por error u omisión no se hayan reportado a la Compañía Aseguradora y/o cobrado estas extra primas, el Tomador podrá aplicar la condición de Errores y Omisiones y la Compañía Aseguradora deberá descontar de la liquidación del siniestro las extra primas no cobradas, no siendo causal del rechazo del siniestro esta condición.

Si la declaración del contratante contenida en las listas de asegurados, adolece de errores y/u omisiones, respecto a los nombres, como ser falta de nombre o apellido o haber omitido o invertido alguna letra en el nombre o apellido para el titular y/o codeudor, y/o ausencia de información y/o firma en formulario de declaración jurada de salud y o certificado de cobertura, y/o cualquier otro error en la información, no se afectarán los derechos del Tomador en caso de indemnización por un siniestro cubierto, siempre y cuando se establezca en nota formal por parte del Tomador de la póliza.

Por lo tanto, se aceptará esta condición siempre y cuando se identifique de forma inequívoca al Asegurado y el Tomador justifique el error u omisión cometido. La procedencia del siniestro por error u omisión del Tomador estará sujeta a aprobación por parte de la Compañía.

ELEGIBILIDAD DE MÉDICOS CALIFICADORES:

En caso de algún eventual siniestro por invalidez, el Asegurado tiene la opción de nombrar un médico calificador registrado ante la APS para que proceda con la calificación correspondiente.

COBERTURA ADICIONAL PARA AMAS DE CASA:

Se otorgará Cobertura de fallecimiento e invalidez para las Amas de Casa, siempre y cuando, estas sean deudoras o codeudoras del crédito. Para el efecto, deberán ser reportadas en las estructuras de saldos y tener las primas pagadas.

RIESGOS EXCLUIDOS:

Para la cobertura de Muerte y Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente al 60%, la Compañía no cubrirá y estará eximida de toda responsabilidad, en caso de que el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado sobrevenga, directa o indirectamente como consecuencia de los incisos establecidos en el Anexo Especial de Modificación Riesgos Excluidos, adjunto en la presente póliza.

Asimismo, la Compañía no cubre y estará eximida de toda responsabilidad, en caso de que los préstamos otorgados por el Tomador no puedan ser cobrados en pagos periódicos e incluso en aquellos casos, que habiéndose pactado pagos periódicos, la periodicidad de estos pagos sea mayor de un año.

CONDICIONES ADICIONALES ESPECIALES:

- Ante la ocurrencia de un siniestro, para la verificación de pago de primas, se tomará en cuenta el reporte o base del mes anterior a la fecha de la ocurrencia del siniestro. Asimismo, el Tomador deberá pagar la prima del mes del siniestro.
- Los Asegurados que fallecen en el mismo mes en el cual se realizó el desembolso del crédito contarán con la cobertura del seguro, siempre y cuando hayan cumplido con las condiciones y requisitos de asegurabilidad al momento del desembolso. Asimismo, la operación de estos asegurados debe ser reportada en el mes de ocurrencia del siniestro.
- Ante el siniestro de un Asegurado con vigencia de cobertura de dos años o más ininterrumpidos, la Compañía levanta la condición de presentar el Historial Clínico como requisito adicional para la atención de siniestros, siempre y cuando la causa del siniestro no sea por una enfermedad preexistente.
- En caso de que el Asegurado pre-pague su crédito antes del vencimiento establecido en su plan de pagos, se mantendrá la cobertura del seguro hasta que finalice la vigencia original del crédito pre-pagado.
- Si el Asegurado requiriera rescindir el contrato, el monto de la prima a devolver por parte de la Compañía será calculada de forma prorrateada en base al monto pagado por el cliente menos los aportes respectivos y el descuento del servicio de cobranza.
- Si el Asegurado requiriera rescindir el contrato, el monto de la prima a devolver por parte de la Compañía será calculada de forma prorrateada en base al monto pagado por el cliente menos los aportes respectivos y el descuento del servicio de cobranza. Asimismo, cuando el Asegurado solicite la devolución de la prima y se procese la misma, el asegurado quedara inmediatamente sin cobertura, deslindando a la Compañía de cualquier responsabilidad posterior.

COMISIÓN DE COBRANZA: 30% sobre la prima neta.

PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS.

La Compañía de Seguros reconocerá en favor del contratante una Comisión de Beneficios al final de cada gestión anual que se calculará de la siguiente manera:

Primas netas recibidas

Menos

Siniestros Pagados y Siniestros Pendientes Menos

Gastos Administrativos (30% de las primas recibidas) Igual

Beneficio de la Cuenta Por
15 por ciento Iguar
Comisión de beneficios.

OBSERVACIONES:

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

AUTORIZACIÓN EXPRESA DEL TOMADOR Y/ O ASEGURADO:

Autorizo a la Compañía mi reporte a la Central de Riesgos del Mercado de Seguros, acorde las normativas reglamentarias de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS.

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA:


- Condiciones Particulares
- Condiciones Generales
- Clausula Arbitraje
- Cláusula de seguro complementario de pago anticipado del capital asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente al 60%
- Cláusula de Gastos de Sepelio
- Anexo a la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario
- Anexo Especial de Modificación Riesgos excluidos
- Anexo Especial de Modificación Límite Máximo del Capital Asegurado
- Anexo Especial de Modificación - Cláusula 12. Capital asegurado

La Paz, Junio 5 de 2024

LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S. A.



Pablo Daniel La Fuente Heredia
Subgerente Negocios Seguros Masivos



Jorge Mauricio Alvarez Pol Gerente de Seguros de Vida

FIRMAS AUTORIZADAS