

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
Resolución Administrativa APS/DS N° 795-2016
Código de Registro 209-934921-2016 06 023

PÓLIZA N°: CRS-DESR-004

TOMADOR : FUNDACION PRO MUJER-INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO

ASEGURADOS : Prestatarios de la Entidad de Intermediación Financiera

INICIO DE VIGENCIA : Desde Hrs. 00:01 del 01/06/2026

FIN DE VIGENCIA : Hasta Hrs. 23:59 del 31/05/2027, Renovable, hasta el 31/03/2029

DIRECCION TOMADOR : Calle 8, Edificio: Ignacio de Loyola II, Piso: Pb, Departamento/Local/ Oficina: Pb, Nro:5411 Zona Obrajes, una cuadra abajo de la Clínica Del Sur

CIUDAD : LA PAZ

TELEFONO (S) : 2114914

LUGAR DE PAGO : Av. Hernando Siles esquina Calle 10 de Obrajes, Torre Empresarial ESIMSA, Piso 9, Zona Obrajes, ciudad de La Paz - Bolivia

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

RAZON SOCIAL : Crediseguro S.A. Seguros Personales

DIRECCIÓN : Av. Hernando Siles esquina Calle 10 de Obrajes, Torre Empresarial ESIMSA Piso 9, Zona Obrajes, ciudad de La Paz - Bolivia

TELÉFONO : 2175900

FAX : 2110426

E-MAIL : Crediseguro@bancred.com.bo

PAGINA WEB : www.crediseguro.com.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

Tasas por operación	Tasa Neta Mensual	Tasa Neta Anual
Individual	0.0648%	0.7776%
1 Codeudor	0.1231%	1.4774%
2 Codeudor	0.1801%	2.1617%
3 o más Codeudores	0.2339%	2.8071%

COBERTURAS ADICIONALES

- Gastos de Sepelio. % No Aplica
- Capital Adicional Indemnizatorio. % No Aplica

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

BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO: FUNDACION PRO MUJER INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO "PRO MUJER IFD"

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

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

SUMA ASEGURADA (USD)	REQUISITOS
De 1.- a 10.000.-	A
De 10.001.- a 50.000.-	A
De 50.001.- a 75.000.-	A + B + C+ D
De 75.001.- a 100.000.-	A + B + C+ D +F +H
De 100.001.- (en adelante)	A + B + C+ D +F +H +I +J

Abreviaturas

- A= Formulario de solicitud y declaración de Salud
- B= examen medico
- 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

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 podra 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.

BENEFICIOS ADICIONALES:

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**

PÓLIZA N° : CRS-DESR-004

TOMADOR : FUNDACIÓN PRO MUJER INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO
“PRO MUJER – IFD”

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.

INICIO DE VIGENCIA : 01 de junio del 2026

FIN DE VIGENCIA : 31 de marzo del 2029

DIRECCIÓN TOMADOR : La Paz, Av. Hernando Siles, Calle 8 de Obrajes, Edificio Ignacio de Loyola II, No. 5411.

CIUDAD : A nivel Nacional

TELÉFONOS : 2114914

LUGAR DE PAGO : LA PAZ

INFORMACION DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

RAZON SOCIAL : Crediseguro S.A. Seguros Personales

DIRECCION : Av. Hernando Siles esquina Calle 10 de Obrajes, Torre Empresarial ESIMSA, Piso 9, Zona Obrajes, ciudad de La Paz - Bolivia

TELEFONO : 2175900

FAX : 2110426

E-MAIL : Crediseguro@bancred.com.bo

MATERIA DEL SEGURO: Clientes del Tomador del Seguro que hubieran contraído un préstamo(s), los cuales se consideran para el presente seguro, como asegurados.

Saldos 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.

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.

INICIO DE LA VIGENCIA

- 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 esta. En caso de pérdida de cobertura por mora, el Asegurado podrá recuperar la cobertura pagando la

totalidad de las primas debidas, sin necesidad de la realización de nuevos exámenes médicos u otro requisito.

- 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 esta. En caso de pérdida de cobertura por mora, el Asegurado podrá recuperar la cobertura pagando la totalidad de las primas debidas, sin necesidad de la realización de nuevos exámenes médicos u otro requisito.

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.

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 generen desde la fecha del último pago hasta la fecha de fallecimiento o invalidez del prestatario y/o codeudor.

Para las coberturas adicionales el capital asegurado corresponderá al valor establecido.

PRIMA

El monto de la prima de tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado, de acuerdo con lo dispuesto en la Nota Técnica, Anexo 4 del Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario de la APS, suscrita por la compañía aseguradora y enviada a la APS.

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 considerara el Tipo de Cambio oficial.

TASA NETA: 7,78‰ anual

COBERTURAS

Coberturas Básicas

- 1. Riesgo principal de muerte por cualquier causa (natural o accidental)**, el asegurador garantiza la indemnización hasta el límite de su responsabilidad máxima por tipo de operación, si se produce la muerte del asegurado por cualquier causa que no se encuentre excluida ni exceptuada en las condiciones generales y particulares de esta póliza. Esta cobertura es automática y aplicable a todos los prestatarios titulares incluyendo cónyuges y/o codeudores conforme a los parámetros de asegurabilidad establecidos en la presente póliza, siempre y cuando los mismos sean reportados y se pague la prima correspondiente.
- 2. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad**, Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente, el asegurador garantiza la indemnización hasta el límite de su responsabilidad máxima por tipo de operación, si por accidente o enfermedad sufre invalidez total y permanente debidamente certificada por médicos autorizados por la autoridad de pensiones y seguros (APS) para calificar grados de invalidez en base a los parámetros del manual único de calificación aprobado por el ente regulador para dicho propósito, siempre que la causa de la invalidez total y permanente no se encuentre excluida ni exceptuada en las condiciones particulares de esta póliza. Siempre y cuando la invalidez total y permanente supere el 60% de incapacidad. Esta cobertura es automática y aplicable a todos los prestatarios titulares incluyendo cónyuges y/o codeudores incluidos conforme a los parámetros de asegurabilidad establecidos en la presente póliza, siempre y cuando los mismos sean reportados y se pague la prima correspondiente.

La responsabilidad de indemnización de la eventualidad prevista y cubierta por esta póliza por las coberturas de riesgo principal de muerte e invalidez total y permanente en operaciones de crédito en donde los cónyuges y/o codeudores hayan sido incorporados y pagado la prima correspondiente junto con el titular del crédito por el tomador como asegurados de esta póliza, será efectiva a la primera muerte o invalidez de cualquiera de los asegurados mencionados.

Coberturas Adicionales

- 3. Cobertura de sepelio**, bajo esta cobertura, la compañía cancelara por concepto de gastos de sepelio el importe de Bs. 2,100. - 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.

BENEFICIO A TITULO ONEROSO FUNDACION PRO MUJER INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO “PRO MUJER IFD”

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

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

SEGURO DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
CONDICIONES PARTICULARES
CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES

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 cobrara una prima adicional o se rechazara la declaración de salud. Todo trámite demorara máximo 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 contrato 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 01 de abril de 2026.

CARTERA NUEVA

FREE COVER

Para Créditos iguales o menores a USD10,000.00 (Diez Mil 00/100 dólares estadounidenses) no se requiere Declaración Jurada de Salud ni aceptación expresa de parte de la Compañía Aseguradora; por lo tanto, los prestatarios ingresaran automáticamente y el llenado de la Declaración Jurada de Salud solo aplicara 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 prestamos de. USD10,001.00 (Diez Mil Un 00/ 100 dólares estadounidenses) a USD50,000.00 (Cincuenta Mil 00/100 Dólares Estadounidenses) 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 prestamos de USD50,001.00 (Cincuenta Mil Un 00/100 dólares estadounidenses) en adelante la cobertura quedará sujeta al llenado y firma del formulario "Declaración Jurada de Salud" de cada uno de los solicitantes(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 de la aceptación de cada solicitante por la Compañía; es decir una vez que el Formulario Declaración Jurada de Salud ha sido revisado y aprobado; y no así desde el momento en que el crédito ha sido desembolsado.

TABLA REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Edad	Suma en USD.	Requisitos Básicos	Examen Medico	Laboratorio	Electrocardiograma
De 18 a 70 años	De 1.- a 10.000.-	A	-	-	-
	De 10.001.- a 50.000.-	A	-	-	-
	De 50.001.- a 75.000.-	A	B	C	D
	De 75.001.- a 100.000.-	A	B	C	D+F+H
	De 100.001.- (en adelante)	A	B	C	D+E+F+H+I+J

Abreviaturas

- A= Formulario de solicitud y declaración de Salud
- B= examen medico
- 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

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

LIMITES DE EDADES

De Ingreso

Cobertura Principal de Muerte por Cualquier Causa

Mínima: 18 años

Máxima: 70 años y 364 días

Cobertura Complementaria Invalidez Total y Permanente

Mínima: 18 años

Máxima: 65 años y 364 días

De Permanencia

Cobertura Principal de Muerte por Cualquier Causa

Máxima: 75 Años y 364 días

Cobertura complementaria Invalidez Total y Permanente

Máxima: 70 Años y 364 días

En caso de que el Tomador como administrador de este colectivo, cargasen primas a prestatarios que no hayan cumplido con estos requisitos, la responsabilidad máxima del Tomador y el Asegurador frente al prestatario y/o sus representantes se limitara a la devolución de la totalidad de las primas cobradas y pagadas inadecuadamente por el prestatario antes de que su incorporación en este seguro haya sido aceptada expresamente por el asegurador, quedando claramente entendido y convenido que el cumplimiento de las obligaciones que competen a los Aseguradores de acuerdo a lo que establece la presente póliza, es de carácter personalísimo y no requiere de aviso previo.

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD:

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

Cuando se trate 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 de acuerdo con la Resolución Administrativa APS/DS/687-2016.

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 DJS 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 DJS, previo cumplimiento a los requisitos de asegurabilidad.

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 DJS.

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).

PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE ASEGURADOS

Conforme a lo acordado con el tomador de seguro en el marco del reglamento de Desgravamen Hipotecario contenido en la Resolución Administrativa APS/DS/687-2016.

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.

CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA

Conforme al Reglamento de Seguros de Desgravamen Hipotecario de la Autoridad de Pensiones y Seguros.

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.

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 05 (cinco) días hábiles y como resultado la Compañía requiera documentación adicional o aclaraciones, ésta tendrá un plazo máximo de 03 (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 la 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.

CONDICIONES ADICIONALES

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 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.

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.

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.

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”**.

LIQUIDACION 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.

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.

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 posterioridad a los tiempos que establece la póliza. La extemporaneidad tampoco aplicará como lo establece el código de comercio.

Las condiciones de cobertura otorgadas a los asegurados al momento del desembolso deberán mantenerse inamovibles durante toda la vigencia del crédito, salvo lo estipulado en el acápite "Fecha de expiración de la cobertura".

Enfermedades preexistentes entendiéndose como tal, aquella cuya causa u origen sea anterior a la Declaración de Salud 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 quedara cubierto a partir del primer día del tercer año de vigencia de la cobertura para cada asegurado.

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.

1.1. Exclusiones o Restricciones

Se deja establecido que, más allá de lo descrito en las exclusiones del Condicionado General, las exclusiones serán aplicadas en caso de siniestros para desembolsos superiores a USD50,001.00 (Cincuenta Mil Un 00/100 dólares estadounidenses); la Compañía no cubre y esta eximida de toda responsabilidad en caso de siniestro del asegurado, tanto para créditos desembolsados con anterioridad a la vigencia de la presente póliza como para nuevos créditos. Las operaciones con montos desembolsados menores a USD50,000.00 (Cincuenta Mil 00/100 dólares estadounidenses) no tienen ningún tipo de exclusiones.

La presente condición, tendrá aplicabilidad de manera retroactiva para todos los siniestros suscitados durante la vigencia de la presente póliza.

1.2. 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.

1.3. 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.

1.4. 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.

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.

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 y hayan sido declarados en el listado de pago de primas.

NOTA ESPECIAL

Se deja claramente especificado que lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, prevalecen en todo momento y circunstancia, sobre las Condiciones Generales y lo estipulado en el Certificado Individual de Cobertura y Contenido de Cláusulas.

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.

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

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

La Paz 29 de mayo de 2026

FIRMAS AUTORIZADAS