

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL
RENOVABLE ANUALMENTE CON BENEFICIOS ADICIONALES
"SEGURO COBERTURA COMPLETA"**

**Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante
Resolución Administrativa N° 481-2016**

Con Código de Registro Muerte por cualquier causa (Natural o Accidental) N° 209-934642-2016 04 021 1001

CONDICIONES GENERALES

Son partes intervinientes de la presente Póliza:

1. El Asegurador **CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES**, entidad aseguradora legalmente establecida en Bolivia debidamente registrada y autorizada por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), domiciliada en Av. José Ballivian No. 1059, zona Sur de la ciudad de La Paz, en adelante LA COMPAÑÍA o CREDISEGURO.
2. El Asegurado, persona natural cliente/empleado de la Entidad/Empresa que suscribe el presente contrato (EL TOMADOR), que haya solicitado su afiliación al seguro, que se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza y que haya pagado la prima correspondiente, en adelante el ASEGURADO.

En virtud al presente documento **BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.** que suscribe la presente Póliza es EL TOMADOR, quien a nombre y cuenta del ASEGURADO contrata con LA COMPAÑÍA, la cobertura de la presente Póliza.

Los términos y condiciones que regirán el presente Contrato de Seguro, son los siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES

Accidente: Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilepticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el ASEGURADO.

Anexo o Endoso: Es el acuerdo escrito mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

Asonada: Reunión de personas, premeditada u ocasional, en una vía pública que, por su naturaleza, tienda a perturbar el orden público y que solo llega a convertirse en delictuosa cuando, después de las intimaciones de la autoridad competente, los participantes se niegan a dispersarse.

Carencia: Tiempo contado desde la iniciación de la vigencia del amparo otorgado por la póliza, durante el cual el ASEGURADO no tiene derecho a reclamar el beneficio. El periodo de carencia está definido en el Condicionado Particular de la Póliza.

Conmoción Civil: Alteración del orden público.

Daño Malicioso: Actos realizados voluntariamente con el objeto de causar daños en beneficio propio o de terceros.

Fecha de inicio de la Póliza: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir las coberturas del seguro.

Huelgas: Conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores que puede estar circunscrito al abandono del trabajo en relación a una sola empresa o a un grupo de empresas o a todas las de un mismo ramo de actividad. Las huelgas pueden ser en defensa de intereses y reivindicaciones laborales específicas o de carácter general, cuya motivación no se basa en problemas laborales, sino que representan una lucha contra las autoridades públicas, por razones, generalmente, de índole política.

Motín: Movimiento tumultuoso de carácter popular contra la autoridad constituida o como protesta ante alguna de sus disposiciones. Alteración local del orden público que reviste poca gravedad y no mayor a 5 días. Entiéndase como movimiento tumultuoso, a la confusión agitada o ruidosa o alboroto producido por una multitud. Y alteración del orden público, como la perturbación de la paz, tranquilidad y seguridad pública.

Póliza: Es el documento emitido por LA COMPAÑÍA en el que consta el contrato de seguro. En él, se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.

Prima: Es el valor determinado por LA COMPAÑÍA, como contraprestación por la cobertura de seguro contratada.

Riesgos Políticos: Participar en huelga, motín, asonada o conmoción civil. Realizar actos malintencionados definidos como, daño malicioso, vandalismo y sabotaje.

Sabotaje: El o los actos directos de uno o más empleados con el fin de causar daño a la propiedad para impedir o entorpecer el desarrollo normal del trabajo o de la producción.

Seguro Cobertura Completa: Es un seguro opcional destinado a todas las personas naturales que tienen alguna relación con la Entidad/Empresa que suscribe el presente contrato, y que hayan solicitado su afiliación al seguro. Este paquete de seguros incluirá las coberturas señaladas en el Condicionado Particular.

Suma Asegurada: También llamada **Beneficio** o **Capital Asegurado**, es el importe que será pagado por LA COMPAÑÍA al ASEGURADO/BENEFICIARIO, en caso de siniestro bajo los términos de la Póliza.

Vandalismo: Actos realizados por cualquier individuo o grupo de individuos, con el objeto de causar daños a la propiedad.

UIF: La Unidad de Investigaciones Financieras, es una entidad descentralizada con autonomía de gestión administrativa, financiera, legal y técnica, bajo la tuición del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, encargada de normar el régimen de lucha contra el lavado de dinero y financiamiento del terrorismo.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS

La presente Póliza, incluido el Certificado de Cobertura Individual, Anexos o Endosos que resulten aplicables, constituyen el Contrato único entre LA COMPAÑÍA y EL TOMADOR y son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. LA COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

EL TOMADOR deberá enviar a LA COMPAÑÍA las solicitudes de afiliación presentadas por los solicitantes. Asimismo, deberá notificar por escrito los respectivos nombres, apellidos, fecha de nacimiento o edad y demás datos que solicite LA COMPAÑÍA para la determinación de las sumas a asegurarse. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar pruebas de salud y/u otros adicionales.

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

1. Certificado de Cobertura Individual
2. Los Anexos o Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
3. Las Condiciones Particulares
4. Las Condiciones Generales
5. Coberturas o Cláusulas Adicionales

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia; de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

La Póliza ha sido extendida por LA COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones de edad efectuadas por el ASEGURADO en su Certificado de Cobertura, en tanto estos hayan sido requeridos.

La reticencia o inexactitud en las declaraciones del ASEGURADO, sobre los hechos y circunstancias que, conocidas por LA COMPAÑÍA, la hubieran inducido a no aceptar el contrato, hacen anulable el presente contrato de seguro y LA COMPAÑÍA podrá impugnar la nulidad del mismo durante los dos (2) primeros años de vigencia del contrato. Una vez transcurrido el plazo señalado, el contrato no podrá ser objeto de impugnación.

QUINTA: INICIO DE VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL SEGURO

La Póliza inicia su vigencia con el TOMADOR en la fecha indicada en las Condiciones Particulares. La cobertura otorgada por esta Póliza respecto de cada ASEGURADO, entrará en vigencia a partir del día siguiente de la afiliación.

Este seguro es de vigencia anual entre LA COMPAÑÍA y el TOMADOR, renovándose automáticamente salvo que, treinta (30) días antes del aniversario del seguro, alguna de las partes informe a la otra la decisión de no renovar. La renovación de la Póliza se sujetará a los términos y condiciones vigentes en cada aniversario.

SEXTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta Póliza y que no pertenecen a LA COMPAÑÍA, estarán reservados a EL TOMADOR, salvo que en las Condiciones Particulares o Generales se hubiere convenido lo contrario.

SÉPTIMA: ASEGURADOS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLE

Podrá ingresar como ASEGURADO bajo la presente Póliza, cualquier persona que haya cumplido catorce (14) años y que no supere la edad máxima de ingreso (a la fecha de presentación de su Certificado de Cobertura) establecida en las Condiciones Particulares, pudiendo permanecer como ASEGURADO sólo hasta la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

EL TOMADOR, el ASEGURADO o BENEFICIARIOS deberán probar mediante documentación fehaciente, la fecha de nacimiento del ASEGURADO declarada para obtener la cobertura, dicha prueba podrá ser presentada por el ASEGURADO en cualquier momento. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá exigirla antes de otorgar cualquier beneficio acordado por la Póliza.

Si se comprobase que la edad real del ASEGURADO, estuvo fuera de los límites técnicos de admisión establecidos en las Condiciones Particulares al momento de afiliarse al seguro y firmar su Certificado de Cobertura, LA COMPAÑÍA podrá rescindir el contrato, debiendo devolver a EL TOMADOR el valor de las Primas pagadas respecto de dicho ASEGURADO, sin intereses, menos los gastos administrativos incurridos.

Asimismo, si se comprobase que hubo inexactitud en la declaración de la edad del ASEGURADO, pero el mismo aún se encuentre dentro de los límites de admisión establecidas en las Condiciones Particulares, se seguirán las siguientes reglas: a) si la edad real es mayor, la obligación de LA COMPAÑÍA se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación con la Prima pagada y la edad real; o b) si la edad real es menor a la edad mínima de ingreso, el ASEGURADO tendrá derecho a la devolución de la Prima pagada en exceso.

OCTAVA: PRIMAS

La Prima, es el valor determinado por LA COMPAÑÍA como el precio de las coberturas de seguro contratadas, que deberá ser pagado por EL TOMADOR a nombre de los Asegurados o por el ASEGURADO en las oficinas de LA COMPAÑÍA, en sus agencias oficiales o en los bancos que LA COMPAÑÍA indique.

Las Primas y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza, y podrán ser modificadas por acuerdo de las partes.

Las Primas tienen el objeto de garantizar la cobertura, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

El no pago de la Prima correspondiente dentro de los treinta (30) días posteriores al vencimiento de la fecha de pago establecida, dará lugar a la caducidad inmediata de la Póliza sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno por parte de LA COMPAÑÍA, en conformidad a lo establecido en el Artículo 1019 del Código de Comercio, quedando la misma libre de toda obligación y responsabilidad.

Durante el plazo de treinta (30) días previamente mencionado, la Póliza permanecerá vigente. Si el ASEGURADO fallece durante dicho plazo, se deducirá del Capital Asegurado la Prima vencida y no pagada.

NOVENA: RENOVACION DEL SEGURO Y REHABILITACIÓN

La Póliza será emitida con vigencia anual. Transcurrido este periodo LA COMPAÑÍA procederá anualmente a renovar la Póliza en forma automática, bajo las mismas condiciones, siempre que EL TOMADOR pague en el aniversario de expedición de esta Póliza, o dentro de los treinta (30) días de espera, el monto total de la Prima que corresponda. La Póliza no será renovada si alguna de las partes hubiera ejercido la opción de no renovación de la presente Póliza. Asimismo, podrá renovarse bajo distintas condiciones de acuerdo a lo expresamente pactado por LA COMPAÑÍA y EL TOMADOR.

La Prima considerada para cada renovación será aplicada en base a lo que LA COMPAÑÍA tenga aprobado en ese momento.

Si este contrato queda resuelto por falta de pago de las Primas, EL TOMADOR podrá pedir la rehabilitación. Para que la rehabilitación pueda ser efectiva, EL TOMADOR deberá reanudar el pago de las Primas correspondientes al periodo efectivo de cobertura y LA COMPAÑÍA deberá dar su conformidad explícita, sujetándose EL TOMADOR a las condiciones de garantía que LA COMPAÑÍA estime pertinente.

DÉCIMA: TÉRMINO DEL SEGURO RESPECTO DE CADA ASEGURADO

La responsabilidad de LA COMPAÑÍA respecto a cada ASEGURADO cesará en el primero de los siguientes casos:

1. Por solicitud escrita del ASEGURADO, mencionando su voluntad de rescisión, motivo por el cual la terminación del seguro se hace efecto desde la notificación a LA COMPAÑÍA de acuerdo al artículo 1023 del Código de Comercio.
2. El primer día calendario luego de transcurridos treinta (30) días en que la Prima del seguro no se encuentre pagada de acuerdo a lo establecido en la presente Póliza. La COMPAÑÍA rehabilitará la Póliza que hubiera concluido por falta de pago de Primas, en caso que EL TOMADOR pueda volver a cargar el pago de la Prima, en cuyo caso se considerará como fecha de rehabilitación el día en que se efectúe el cargo de Prima. En este supuesto, sólo se otorgará cobertura a aquellos siniestros que ocurran o se diagnostiquen a partir de la fecha de rehabilitación de acuerdo al artículo 1026 del Código de Comercio.
3. Al cumplir el ASEGURADO la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares.
4. Cuando se hubiera presentado documentación o información adulterada, fraudulenta o inexacta para acceder a alguno de los beneficios del seguro.
La reticencia o inexactitud en las declaraciones del ASEGURADO, sobre los hechos y circunstancias que, conocidas por LA COMPAÑÍA, la hubieran inducido a no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, hacen anulable el presente contrato de seguro y LA COMPAÑÍA podrá impugnar la nulidad del mismo durante los dos (2) primeros años de vigencia del contrato. Una vez transcurrido el plazo señalado, el contrato no podrá ser objeto de impugnación, salvo por el no pago de primas.
5. Cuando EL TOMADOR/ASEGURADO incumpla con su obligación de pago de Primas.
6. Si se comprobare que la edad real del ASEGURADO no estuviera comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por LA COMPAÑÍA. Si se diera este caso, LA COMPAÑÍA actuará de acuerdo a lo establecido en la cláusula SEPTIMA del presente documento.
7. Si el siniestro se inicia dentro de la vigencia del seguro y continúa después de vencido el plazo del mismo LA COMPAÑÍA responde de la indemnización; pero si el siniestro se inició antes y continúa después de la asunción del riesgo por LA COMPAÑÍA, ésta no responde por el siniestro de acuerdo a lo establecido en el artículo 1026 del Código de Comercio.

DÉCIMO PRIMERA: BENEFICIARIO DEL SEGURO

Son los designados por el ASEGURADO en el Certificado de Cobertura. Si el ASEGURADO no designase BENEFICIARIOS, la indemnización se pagará a los herederos legales del mismo de acuerdo a normas vigentes.

Si hubiera varios BENEFICIARIOS designados y alguno de ellos falleciere antes que el ASEGURADO, su cuota corresponderá a los herederos del BENEFICIARIO fallecido o el ASEGURADO podrá asignar a otra persona en su lugar, o en su defecto dividir entre los BENEFICIARIOS ya asignados dando aviso a LA COMPAÑÍA por un medio escrito.

El ASEGURADO podrá cambiar de BENEFICIARIOS cuando lo estime conveniente, comunicando por escrito su decisión a EL TOMADOR quien informará a LA COMPAÑÍA.

DÉCIMO SEGUNDA: PÉRDIDA DE DERECHO A INDEMNIZACIÓN

El ASEGURADO o BENEFICIARIO(S) pierde(n) su derecho a la indemnización o prestaciones del seguro, cuando: a) provoque dolosamente el siniestro, su extensión o propagación; b) oculte o altere, maliciosamente, en la verificación del siniestro los hechos y circunstancias del aviso del siniestro o de los informes o evidencias de verificación del mismo; o c) recurra a pruebas falsas con el ánimo de obtener un beneficio ilícito; perdiendo adicionalmente el derecho a la devolución de las Primas, sin perjuicio de las sanciones penales que puedan surgir.

DÉCIMO TERCERA: CARGOS Y RÉGIMEN IMPOSITIVO

Al ser una póliza de vida está exenta de impuestos de acuerdo a la Ley de Seguros N° 1883 de 25 de junio de 1998 en actual vigencia y su normativa reglamentaria o normativa correspondiente a la fecha de emisión de la presente Póliza.

Los impuestos, tasas, contribuciones y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, sobre los seguros, tanto en el caso de las Primas como de las indemnizaciones o beneficios por siniestros, estarán a cargo del ASEGURADO, de los BENEFICIARIOS o de los Herederos Legales, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de LA COMPAÑÍA.

DÉCIMO CUARTA: AVISO DE SINIESTRO

El ASEGURADO o Beneficiario(s), deberá(n) notificar el siniestro al TOMADOR tan pronto y a más tardar dentro de los tres (3) días de conocido el mismo, salvo fuerza mayor o impedimento justificado. Los términos señalados pueden ampliarse mediante anexo o cláusula del contrato, pero no reducirse. No se puede invocar retardación u omisión del aviso cuando LA COMPAÑÍA o sus agentes, dentro del plazo indicado, intervengan en el salvamento o comprobación del siniestro al tener conocimiento del mismo por cualquier medio. LA COMPAÑÍA puede liberarse de sus obligaciones cuando el ASEGURADO o Beneficiario, según el caso, omitan dar el aviso dentro del plazo mencionado, con el fin de impedir la comprobación oportuna de las circunstancias del siniestro o el de la magnitud de los daños, de acuerdo a lo establecido en los Artículos 1028 y 1030 del Código de Comercio.

Los plazos que tiene LA COMPAÑÍA para pronunciarse sobre el derecho del Beneficiario corren a partir de que LA COMPAÑÍA toma conocimiento del siniestro y se hayan recibido todos los informes, evidencias, documentos y/o requerimientos adicionales acerca de los hechos y circunstancias del mismo.

El ASEGURADO o Beneficiario (s) tienen la obligación de facilitar, a requerimiento de LA COMPAÑÍA, toda la información que tengan sobre los hechos y circunstancias del siniestro, luego de lo cual LA COMPAÑÍA deberá pagar su obligación en un plazo de quince (15) días, de conformidad a lo dispuesto por el Código de Comercio en su artículo 1025 y siguientes.

DÉCIMO QUINTA: PAGO DEL BENEFICIO

La obligación de pagar el beneficio al BENEFICIARIO, deberá ser cumplida por LA COMPAÑÍA en un solo acto y por su valor total, debiendo entregar el(los) cheque(s), el comprobante de transferencia o cualquier otro medio de pago convenido a EL TOMADOR para que este a su vez realice la entrega al(los) BENEFICIARIO(S).

LA COMPAÑÍA debe pronunciarse sobre el derecho del BENEFICIARIO dentro de los treinta (30) días de recibidos todos los informes, evidencias, documentos y/o requerimientos adicionales acerca de los hechos y circunstancias del siniestro, las evidencias conducentes a la determinación de la causa, identidad de las personas o intereses asegurados y cuantía de los daños, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 1031 del Código de Comercio, se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efectos del cómputo del plazo. El plazo de treinta (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del siniestro o con la solicitud de LA COMPAÑÍA a EL ASEGURADO/TOMADOR que se complementen los requerimientos contemplados en el artículo 1031 y no vuelve a correr hasta que el asegurado haya cumplido con tales requerimientos. La solicitud de complementos establecidos en el Artículo 1031 por parte de LA COMPAÑÍA 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 de EL ASEGURADO, después de la entrega por parte de EL ASEGURADO/BENEFICIARIO del último requerimiento de información. En caso de demora u omisión del ASEGURADO o BENEFICIARIO en proporcionar la información y evidencias sobre el siniestro, el término señalado no corre hasta el cumplimiento de estas obligaciones. El silencio de LA COMPAÑÍA, vencido el término para pronunciarse, importa la aceptación del reclamo.

Corresponderá a EL TOMADOR, solicitar al ASEGURADO o a los BENEFICIARIOS y/o Herederos Legales los documentos indicados para acceder al beneficio respectivo.

En los casos en los que exista un procedimiento judicial, administrativo o arbitral en el que no sea parte LA COMPAÑÍA y de cuya definición dependa la cobertura del siniestro o el derecho del BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio a la conclusión en última instancia del proceso respectivo.

Si el siniestro se inicia dentro de la vigencia del seguro y continúa después de vencido el plazo del mismo LA COMPAÑÍA responde de la indemnización; pero si el siniestro se inició antes y continúa después de la asunción del riesgo por LA COMPAÑÍA, ésta no responde por el siniestro de acuerdo a lo establecido en el artículo 1026 del Código de Comercio.

DÉCIMO SEXTA: PRESCRIPCIÓN

En caso de siniestro, los beneficios del seguro no reclamados, prescriben a favor del Estado en un plazo de cinco (5) años desde la fecha en que el ASEGURADO/BENEFICIARIO conozca la existencia del beneficio a su favor.

Cumplido el plazo de prescripción, sin que el ASEGURADO o el BENEFICIARIO hubieran solicitado el beneficio, LA COMPAÑÍA quedará liberada de la obligación de pagar la Suma Asegurada, a menos que esté en trámite un arbitraje relacionado con el reclamo.

DÉCIMO SEPTIMA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la Póliza para que sea válida, deberá ser hecha por escrito, por medio de un Anexo o Endoso refrendado por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA. Para que dicha modificación sea válida, deberá ser aceptada por EL TOMADOR y/o el ASEGURADO.

DÉCIMO OCTAVA: IMPUGNACIÓN

En virtud al Artículo 1138 del Código de Comercio, LA COMPAÑÍA no puede impugnar el contrato por reticencia o inexactitud de las declaraciones del ASEGURADO, si el presente contrato ha estado en vigencia durante dos (2) años ininterrumpidos, pasado éste tiempo el mismo no puede ser objeto de impugnación, salvo en el incumplimiento de las Primas.

NOVENA: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en Dólares Americanos o Bolivianos, en la misma moneda de la cuenta afiliada y establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro.

También se deja claramente establecido que si la moneda pactada en las Condiciones Particulares de la presente Póliza de Seguro, no fuese la de curso legal en Bolivia, como consecuencia de: (i) cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de Bolivia o (ii) por mandato de cualquier norma legal vigente, o (iii) por cualquier otra razón ajena al control de LA COMPAÑÍA:

- a. LA COMPAÑÍA, EL TOMADOR, o el ASEGURADO no pudiera o no le estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o
- b. Existiera impedimento de mantener las reservas o inversiones en moneda extranjera,

Todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a moneda nacional utilizando el tipo de cambio oficial de venta establecido por el Banco Central de Bolivia. En cualquier circunstancia, EL TOMADOR será notificado sobre la conversión a moneda nacional.

VIGÉSIMA: DISCREPANCIAS EN LA PÓLIZA

Si el TOMADOR o ASEGURADO encuentran discrepancias entre la Póliza y lo convenido, podrán solicitar por escrito la rectificación de la misma dentro de los quince (15) días siguientes a la recepción de la misma.

Si, una vez realizado el reclamo, LA COMPAÑÍA mantiene silencio o no contesta a la reclamación, se entenderá aceptada la modificación solicitada.

VIGÉSIMO PRIMERA: DOMICILIO

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato, es el de LA COMPAÑÍA y los últimos declarados por EL TOMADOR y el ASEGURADO según sea el caso. Los avisos y comunicaciones que con relación a la presente Póliza intercambien las partes contratantes deberán ser formulados por escrito.

Por acuerdo expreso de partes, LA COMPAÑÍA y EL TOMADOR podrán enviar los avisos y comunicaciones correspondientes por cualquier medio que deje constancia escrita, incluido el correo electrónico.

VIGÉSIMO SEGUNDA: CLÁUSULA ARBITRAL

Las controversias de hecho sobre las características técnicas del seguro, serán resueltas a través del peritaje, con base a lo establecido en la presente Póliza, de no llegar a un acuerdo por ésta vía, las controversias deberán definirse por la vía arbitral.

Las controversias de derecho suscitadas entre las partes, referidas a la interpretación, naturaleza y alcance de ésta Póliza, sus documentos complementarios y modificatorios, se resolverán definitivamente mediante Arbitraje de derecho administrativo por el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Nacional de Comercio de acuerdo a su reglamento vigente y en el marco de la Ley 708 de 25 de junio de 2015 (Ley de Conciliación y Arbitraje).

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS podrá fungir como instancia de conciliación, para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV 100,000.-(cien mil 00/100 Unidades de Fomento a la Vivienda). Si por esta vía no se llegara a un acuerdo, la APS podrá conocer y resolver la controversia por resolución administrativa debidamente motivada.

VIGÉSIMO TERCERA: COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (NATURAL O ACCIDENTAL) - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

El presente contrato cubre el fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, por cualquier causa, sean en territorio nacional o extranjero (siempre y cuando el ASEGURADO tenga residencia en el Estado Plurinacional de Bolivia). LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO/BENEFICIARIO los montos establecidos en las condiciones particulares al momento de su fallecimiento y siempre que se cumpla lo siguiente: (i) que la Póliza se encuentre vigente; (ii) que EL TOMADOR/ASEGURADO hubiera efectuado el pago de la Prima a LA COMPAÑÍA, (iii) que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de Póliza, (iv) que el ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares respecto a las coberturas señaladas, según el caso.

Se contará con un período de carencia que será establecido en las condiciones particulares de la póliza, no mayor a 90 días, para contar con el beneficio para la cobertura de muerte natural, el ASEGURADO que sufra un siniestro accidental dentro del primer mes de su afiliación, gozará de cobertura independientemente del pago de su primera Prima.

VIGÉSIMO CUARTA: COBERTURA DE MUERTE – SUMA ASEGURADA

En caso de Muerte originada por cualquier causa la Suma Asegurada estará determinada en las Condiciones Particulares de la póliza.

VIGÉSIMO QUINTA: COBERTURA DE MUERTE – EXCLUSIONES, RIESGOS NO CUBIERTOS

Este contrato de seguros no cubre el fallecimiento del ASEGURADO cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- a. Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación de acuerdo a la cláusula DÉCIMO NOVENA del presente documento.
- b. Suicidio, salvo que el ASEGURADO haya mantenido ininterrumpidamente la cobertura por al menos dos años.
- c. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular.
- d. Participación en acto delictivo.
- e. Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- f. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
- g. Participar en: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; parapente; artes marciales, boxeo u otros deportes o disciplinas de peleas; equitación; carreras de caballo. Asimismo, la participación del ASEGURADO como conductor o acompañante, profesionalmente o como aficionado, en competencias o ensayos de velocidad o resistencia, en cualquier clase de vehículo, terrestre, acuático o aéreo, a motor o no.
- h. Participar en: actos y riesgos políticos y/o terrorismo; atentar contra la propia vida y la de terceros al manipular armas corto punzantes, armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- i. VIH/SIDA
- j. Cuando el ASEGURADO esté bajo los efectos de alcohol y/o drogas ilícitas.

- k. La participación del ASEGURADO en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- l. Epidemias declaradas como tal por las entidades gubernamentales competentes.

VIGÉSIMO SEXTA: COBERTURA DE MUERTE - REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

LA COMPAÑÍA efectuará el pago que corresponda para la cobertura principal, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar, el Formulario de Declaración de Siniestro o Carta de Aviso de Siniestro debidamente llenado, siendo indispensable la presentación de los documentos según se detallan a continuación:

Muerte Natural

- a. Certificado de Defunción original.
- b. Certificado Médico de Defunción o Certificado Médico o documento equivalente en original o copia legalizada (cuando corresponda)
- c. Fotocopia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO y BENEFICIARIO.
- d. Formularios requeridos por la UIF (si aplica)

Asimismo, los BENEFICIARIOS proporcionarán a LA COMPAÑÍA cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.


Diego Noriega Palencia
Gerente General
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


Cecilia Espinoza de Villalón
Sub Gerente Comercial
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES

COBERTURA ADICIONAL RENTA HOSPITALARIA "SEGURO COBERTURA COMPLETA"

Código de Registro N° 209-934642-2016 04 021 1009

Forma parte integrante de la Póliza registrada en la APS bajo el Registro N° 209-934642-2016 04 021

Se acuerda y establece, no obstante, lo estipulado en las Condiciones Generales de la Cobertura Principal de la Póliza, que la Cobertura Adicional de Renta Hospitalaria se rige por lo establecido en el presente texto, de acuerdo a lo siguiente:

PRIMERA: DEFINICIONES

Las definiciones que aplican en el Condicionado General de la Póliza y las detalladas a continuación:

- Hospital: Establecimiento público o privado para la estancia de personas enfermas o heridas, y de dependencias acondicionadas para el examen, diagnóstico y tratamiento de los pacientes que cuenta con las autorizaciones correspondientes para ejercer como tal.
- Hospitalización: Ingreso a un Hospital de una persona enferma o herida para su examen, diagnóstico y/o tratamiento.
- Renta diaria: Es el monto o ingreso económico que recibe el ASEGURADO con una frecuencia diaria en caso este sea hospitalizado por un evento cubierto por la Póliza.

SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA otorga una renta diaria al ASEGURADO, en caso de hospitalización o internación ininterrumpida y por un periodo máximo determinado en las Condiciones Particulares, con un cúmulo anual de 15 días calendario.

El monto de indemnización por día de internación en Unidad de Terapia Intensiva se determina en las Condiciones Particulares de la Póliza. La edad máxima de permanencia y el periodo de carencia se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. La edad máxima de permanencia no será mayor a 60 años y el periodo de carencia no será mayor a 90 días para contar con el beneficio.

TERCERA: EXCLUSIONES

Esta Cláusula Adicional no cubre el pago del Beneficio del ASEGURADO cuando la hospitalización se produjera como consecuencia de las exclusiones de la cobertura principal detalladas en el Condicionado General de la Póliza y las detalladas a continuación:

- a) Hospitalización por uso o adicción a drogas ilícitas, estupefacientes o alcohol.
- b) Embarazo y maternidad.
- c) Tratamiento de infertilidad, obesidad o esterilización.
- d) Enfermedades contagiosas epidémicas que requieren aislamiento, chequeos médicos o despistajes.
- e) Cirugía estética o plástica con fines de embellecimiento.
- f) Curas de reposo.
- g) Surmenage y enfermedades emocionales.

CUARTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

LA COMPAÑÍA efectuará el pago correspondiente a esta cobertura adicional por cualquier medio de pago convenido, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar, el Formulario de Declaración de Siniestro o la Carta de Aviso de Siniestro debidamente llenado presentando la siguiente documentación:

- a) Informe médico indicando las causas, diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta original o copia legalizada.
- b) Facturas o recibos originales que sustenten la hospitalización exclusivamente donde se confirmen los días de hospitalización.
- c) Fotocopia simple del Documento de Identidad.
- d) Formularios requeridos por la UIF (si aplica)

Asimismo, el ASEGURADO proporcionará a LA COMPAÑÍA cualquier información que solicite para verificar la Renta Hospitalaria y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

Todos los demás términos y/o condiciones de la Póliza no se modifican y permanecen en pleno vigor.


Crediseguro S.A.
Seguros Personales


Crediseguro S.A.
Seguros Personales

COBERTURA ADICIONAL
GASTOS DE SEPELIO
"SEGURO COBERTURA COMPLETA"

Código de Registro N° 209-934642-2016 04 021 1003

Forma parte integrante de la Póliza registrada en la APS bajo el Registro N° 209-934642-2016 04 021

Se acuerda y establece, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la Cobertura principal de la Póliza, que la Cobertura Adicional de Sepelio, se rige por lo establecido en el presente texto, de acuerdo a lo siguiente:

PRIMERA DEFINICIONES:

Las definiciones que aplican en el Condicionado General de la Póliza y las detalladas a continuación:

Gastos de Sepelio: Todos los gastos que demande la Empresa Funeraria, por el Sepelio del ASEGURADO como consecuencia del fallecimiento amparado por la presente Póliza.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA reembolsará hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, a los Beneficiarios determinados por el ASEGURADO en el Certificado de Cobertura, si no se encuentran detallados el beneficio será indemnizado a los Herederos Legales sujeto a la presentación del documento correspondiente.

La Suma Asegurada, edad máxima de permanencia y período de carencia estarán establecidos en el Condicionado Particular de la Póliza, la edad de permanencia no será mayor a 75 años y el período de carencia no será mayor a 90 días para contar con este beneficio.

TERCERA: EXCLUSIONES, RIESGOS NO CUBIERTOS

Esta Cláusula Adicional no cubre el pago del Beneficio del ASEGURADO cuando el deceso se produjera como consecuencia de las exclusiones de la cobertura principal detalladas en el Condicionado General de la Póliza.

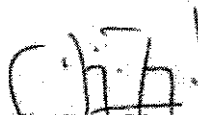
CUARTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

LA COMPAÑÍA efectuará el pago correspondiente a esta cobertura, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar, el Formulario de Declaración de Siniestro o Carta de Aviso de Siniestro, debidamente llenado presentando la siguiente documentación:

- a) Certificado de Defunción Original.
- b) Fotocopia simple del Documento de Identidad.
- c) Fotocopia de los documentos de identidad de los beneficiarios
- d) Declaratoria de Herederos Legales (si aplica)
- e) Formularios requeridos por la UIF (si aplica)

Asimismo, el ASEGURADO proporcionará a LA COMPAÑÍA cualquier información que solicite para verificar el siniestro y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

Todos los demás términos y/o condiciones de la Póliza no se modifican y permanecen en pleno vigor.


Hugo Noriega Palencia
Gerente General
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


Claudia Patricia Viana
Sub Gerente Comercial
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES

CLÁUSULA DE COBERTURA PARA GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante

Resolución Administrativa APS/DS/N° 475-2020 con Código de Registro N° 209-934642-2016 04 021 2004

Por la presente Cláusula se hace constar y queda anotado de conformidad que esta Póliza se extiende a cubrir los Gastos Médicos por Accidente de acuerdo a lo siguiente:

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Cláusula:

- Clínica o Centro Médico: Una Clínica o Centro Médico es el espacio en el que se desarrollan todo tipo de servicios vinculados a la salud. En estos recintos, se diagnostican enfermedades y se realizan distintos tipos de tratamientos para restablecer la salud de los pacientes y de los Asegurados. Es una entidad registrada y supervisada por la Autoridad competente y el Ministerio de Salud.
- Medicina Alternativa: Toda práctica que afirma tener los efectos sanadores de la medicina pero que no está apoyada por evidencia obtenida mediante el método científico.
- Medicina Complementaria: Medicina que se utiliza para describir técnicas terapéuticas que no forman parte de la medicina convencional (también denominada medicina "normal", "estándar" o "convencional"). Las terapias complementarias se emplean como "complemento" de la medicina convencional, incluye la medicina comunitaria y la homeopatía.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula, las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA

La compañía pagará o reembolsará, según sea el caso, los honorarios médicos, los gastos farmacéuticos, hospitalarios y/o quirúrgicos que fueren necesarios para la curación del Asegurado hasta el monto de cobertura establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, producto de un accidente, teniendo libertad el Asegurado de recurrir a cualquier clínica o centro médico.

En los gastos odontológicos se cubre únicamente la curación y reposición de piezas dentales dañadas exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por este seguro máximo noventa (90) días posteriores a la ocurrencia del mismo.

Se cubre los exámenes de compatibilidad del donante de las unidades de sangre que vayan ser efectivamente transfundidas, en los casos que como consecuencia de un accidente amparado por la Póliza sea necesaria una transfusión de sangre total y/o fracciones.

Dentro de terapia física o rehabilitación se limitará a 10 sesiones de fisioterapia anuales, excluyendo los tratamientos con ondas de choque.

Se cubrirá hasta el 50% del costo de la Resonancia Magnética y de cualquier otro estudio distinto a los Rayos X o Tomografías.

TERCERA: EXCLUSIONES

La presente cobertura excluye adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y de manera permanente los Gastos Médicos del Asegurado que ocurran a consecuencia de:

- a) El denominado "Accidente Cerebro Vascular" y los denominados "Accidentes Médicos", como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos y otros similares.
- b) Compra de células, tejidos y órganos. Terapia con células madres, factor de crecimiento plaquetario, albúmina humana.
- c) Todo material de osteosíntesis, ortesis, prótesis externas, equipos para la rehabilitación de índole mecánica o electrónica de uso domiciliario, audífonos, implante coclear.
- d) Implantes dentales que no sean requeridos a consecuencia de un accidente como se define en el presente condicionado.
- e) Atenciones a domicilio, incluyendo cuidados particulares de enfermería o técnicas de enfermería, sean durante la hospitalización o en domicilio u otro centro de internamiento.
- f) Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloides.

- g) No se cubren medicamentos, insumos, implantes o prótesis que no estén aprobadas por la FDA (Food an Drug Administración – EEUU)
- h) Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, discolisis laser, infiltración o nucleolisis facetaria, vertebroplastia y discografia."
- i) Dispositivos para columna del tipo separadores intervertebrales, prótesis discales o vertebrales y cajetillas o cages.
- j) Medicina alternativa o complementaria.
- k) Compra o alquiler de equipos médicos.

CUARTA: BENEFICIARIO Y PAGO DEL BENEFICIO

Se considera como Beneficiario de la Cobertura adicional de Gastos Médicos por Accidente al mismo Asegurado.

QUINTA: DEDUCIBLE

La presente cláusula podrá contemplar deducibles a cargo del ASEGURADO, los cuales se especificarán en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de siniestro, el ASEGURADO asumirá el pago de los deducibles estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

SEXTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

El Contratante y/o Asegurado deberán informar por escrito a la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro.

La Compañía efectuará el pago que corresponda en sus oficinas, para lo cual el Contratante deberá presentar los siguientes documentos.

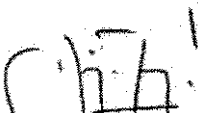
Gastos Médicos por Accidente:
Formulario de Aviso de Siniestro debidamente llenado y firmado
Certificado médico expedido por el médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables. *
Si corresponde, receta con la indicación del tratamiento correspondiente y su fecha de inicio emitida por un profesional médico colegiado.*
Copia del Documento de Identidad o Certificado de Nacimiento.
Facturas emitidas a nombre de Crediseguro S.A. Seguros Personales, NIT 191310020
Si correspondiera, Informe de la Autoridad Competente (informe policial, test de alcoholemia, etc.).

*Original o copia legalizada.

** Las facturas deberán entregarse en el mismo mes de emitidas, caso contrario se procederá con la retención de los impuestos de Ley

El Asegurado deberá presentar la relación de gastos de curación incurridos, ya sea en honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios y/o quirúrgicos, debidamente sustentados con los informes médicos y la receta médica, incluyendo los comprobantes de pago y/o facturas respectivas emitidos.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES


Diego Noriega Palencia
Gerente General
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


Gabriela Palencia
Sub Gerente Comercial
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES

ANEXO DE CONDICIONES ESPECIALES

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante
Resolución Administrativa APS/DS/N° 475-2020 con Código de Registro N° 209-934642-2016 04 021 2018

CONDICION ESPECIAL:

Por medio del presente Anexo, CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES, a solicitud del cliente BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A. incluye la siguiente condición especial dentro de los términos y condiciones de la Póliza de Seguro de Vida en Grupo Temporal Anual Renovable CRS-MCBS-030:

- (*) La suma asegurada mínima es de USD 1,000 para muerte por cualquier causa.
- Ambito geográfico: Cubre 365 días del año, 24 horas del día en cualquier parte del mundo, Nacional e Internacional, siempre y cuando el asegurado tenga residencia en Bolivia.
- 15 días para aviso de siniestro.
- La presente póliza no otorga cobertura para el uso de armas de fuego ni punzo cortantes.
- Se aclara que, en caso de acuerdo de partes para una rescisión del contrato de seguro, la Compañía tendrá derecho a la prima por el tiempo corrido, según tabla de plazos cortos adjunta:

Tabla de plazos cortos	
Duración de la cobertura	% de la prima anual a cobrar
15 días (Duración mínima)	45%
1 Mes	45%
2 Meses	45%
3 Meses	45%
4 Meses	50%
5 Meses	60%
6 Meses	70%
7 Meses	75%
8 Meses	85%
9 Meses	90%
10 Meses	100%
11 Meses	100%
12 Meses	100%

- La presente póliza cubre hospitalizaciones según está definida en el presente contrato, no cubre aislamiento, fuera de un hospital, clínica o cualquier otro centro médico debidamente autorizado.
- Se aclara que la presente póliza cubrirá fallecimiento y/u hospitalización a consecuencia de COVID-19.
- En consecuencia, considerando lo establecido en los párrafos anteriores, los requisitos para solicitar el beneficio (Cláusula Cuarta) de "Cobertura Adicional Renta Hospitalaria", son los siguientes:
 - Documento de Identidad
 - Certificado médico o documento que establezca los siguientes datos: fecha de internación, fecha de alta y diagnóstico de internación y alta.
- (**) Se aclara el alcance de la cobertura de Renta Hospitalaria, de acuerdo a lo siguiente:
 - El valor por indemnización en hospitalización incluye hospitalización por UTI
 - La cobertura de Renta Hospitalaria, otorga cobertura por la cantidad de días máximas enunciadas en el presente condicionado en el agregado anual.
 - No se permitirán rehabilitaciones de suma asegurada para esta cobertura.
- Carencias:
 - 30 días de carencia para la cobertura de Renta Hospitalaria por causas no accidentales, con la aclaración que no se cubre hospitalizaciones por enfermedades preexistentes adquiridas antes de la fecha inicio del contrato y/o excluidas en el contrato.
 - Sin carencia para hospitalizaciones por accidentes ocurridos luego de la fecha de inicio de contrato.
 - 30 días de carencia para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa. No aplica para Muerte por Accidente.
- Requisitos para solicitar el beneficio en caso de Muerte Accidental:
 - Certificado de Defunción original.
 - Certificado Médico de Defunción o Certificado Médico Original o documento equivalente (cuando corresponda)

- Fotocopia simple del Documento de Identidad.
- Informe de la Autoridad Competente que certifique las circunstancias del Accidente (en caso que haya tomado acción en el siniestro) en copia legalizada.
- Examen toxicológico y/o de alcoholemia en copia legalizada (cuando corresponda)
- Formularios requeridos por la UIF (si aplica).

Los demás términos y condiciones, quedan vigentes y sin alteración alguna.


Diego Noriega Palencia
Gerente General
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


Gladys Patricia Vela
Sub Gerente Comercial
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES