PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante
Resolución Administrativa APS/DS/N° 1119/2023 con Código de Registro N° 117-9109341-2021 08 015
Código de Registro Beneficio Temporal por Desempleo Involuntario 117-9109341-2021 08 015

CONDICIONES GENERALES

Son partes intervinientes de la presente Póliza:

1) El Asegurador, **CREDISEGURO S.A. SEGUROS GENERALES**, 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. Hernando Siles esq. Calle 10, Torre Empresarial ESIMSA, piso 7, Zona Obrajes de la ciudad de La Paz, en adelante "Compañía" o "Crediseguro".
2) El Asegurado, persona natural, declarada por el Tomador, que se encuentra expuesto al riesgo cubierto por este contrato, que haya solicitado su afiliación al seguro y que sea elegible para ser suscrito de acuerdo a las condiciones establecidas en la Póliza, en adelante "Asegurado".
3) El Tomador, persona jurídica que suscribe el presente contrato por cuenta y a nombre del Asegurado, y que puede o no tener la obligación de pagar la prima, en adelante "Tomador".

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Anexo:** Es el acuerdo escrito o documento mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de la Póliza.
- **Asegurado:** Es la persona natural cuya vida se asegura en virtud de la Póliza, que se encuentra expuesta a los riesgos detallados en la misma y que es miembro del grupo asegurado.
- **Carencia:** Tiempo comprendido entre la fecha de efecto de la póliza y el momento en que entran en vigor ciertas coberturas
- **Cláusula Adicional:** Es aquella cláusula accesoria a la póliza, que permite extender, ampliar o modificar las coberturas comprendidas en las condiciones generales de la Póliza, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos, o eliminando restricciones, condiciones u obligaciones que afecten o graven al asegurado o contratante.
- **Desempleo Involuntario:** Situación en la cual el empleado pierde su fuente de trabajo debido a situaciones ajenas a su voluntad e injustificadas
- **Días:** Días calendario, salvo que se indique expresamente lo contrario.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en la Póliza.
- **Fecha de Inicio del Seguro o Fecha de Inicio de Vigencia:** Fecha que figura en las Condiciones Particulares, a partir de la cual entran en pleno vigor las condiciones estipuladas en la Póliza o Contrato de Seguro.
- **Fecha de Fin de Vigencia:** Fecha que figura en las Condiciones Particulares, a partir de la cual cesan las condiciones estipuladas en la Póliza o Contrato de Seguro.
- **Grupo Asegurado:** número de personas integrantes de una agrupación homogénea, de tal manera que cualquiera de ellas pueda demostrar su condición de miembro del grupo. Quienes dejan de integrar el grupo en forma definitiva, quedan excluidos del contrato, salvo pacto en contrario.
- **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado en la no ocurrencia del siniestro, debido a que como consecuencia se originaría una pérdida económica para él mismo y/o sus Beneficiarios.
- **Jubilación:** Prestación económica para solventar los gastos de la vejez una vez que se deja de trabajar.
- **Pensión:** Prestación monetaria mensual pagada a la persona incorporada al Seguro Social Obligatorio de Largo Plazo, o, a sus derechohabientes, por la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) o la Entidad Aseguradora determinada para el efecto, según corresponda.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la Compañía, en el que consta el contrato de seguro, donde se estipulan los términos y condiciones bajo los cuales se otorgará cobertura al Asegurado por los riesgos suscritos. Está conformada por las Condiciones Particulares, las Condiciones Generales, las Cláusulas Adicionales y Anexos Adicionales, así como la Solicitud de Seguro y las declaraciones efectuadas por el Asegurado y/o el Tomador.
- **Prima:** Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **Renovación:** Acto por el que, por acuerdo expreso entre las partes que han suscrito la póliza, las garantías de esta se extienden a un nuevo periodo de cobertura, generalmente de un año, en las mismas condiciones que tenían vigencia hasta ese momento.
- **Renovación Automática:** Es la renovación del acuerdo producido entre partes al momento de la suscripción inicial de la póliza, sin necesidad de comunicación expresa. Las garantías se extienden a un nuevo periodo de cobertura; siempre y cuando la prima sea pagada al momento de la renovación

- **Siniestro:** Cualquier hecho o evento que ocasione la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran los riesgos asegurados o coberturas, previstos en el presente contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre amparado bajo la Póliza, éste deberá enmarcarse a cabalidad en las definiciones de las coberturas contratadas y no deberá ser causa o consecuencia de algún hecho o evento definido expresamente como exclusión.
- **Suma Asegurada, Beneficio o Capital Asegurado:** Monto a ser indemnizado por la Compañía al Asegurado o Tomador (según corresponda), en caso de siniestro y bajo los términos de la Póliza. Dicho importe estará establecido en las Condiciones Particulares.
- **Tomador:** Persona Jurídica que suscribe el presente contrato y que tenga o no la obligación de pagar la prima.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS
La Póliza y sus eventuales cláusulas y anexos, 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 presentadas por los asegurados o la lista de personas a asegurar, según los formatos establecidos por la Compañía para su aprobación. Asimismo, deberá notificar por escrito los respectivos nombres, apellidos, fecha de nacimiento y demás datos que solicite la Compañía para la determinación de las Sumas Aseguradas.

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA POLIZA
Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

1. Certificado de Cobertura
2. Cláusulas y Anexos, según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
3. Condiciones Particulares
4. Condiciones Generales

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo al orden de prelación 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 CONTRATACION DE LA POLIZA
La Póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Tomador y/o el Asegurado, en tanto estos hayan sido requeridos.

La reticencia o inexactitud en las declaraciones del Tomador y/o el 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.

Las partes contratantes y el Asegurado se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y, supletoriamente, a las disposiciones contenidas en el Código de Comercio, la Ley de Seguros No. 1883 y toda normativa vigente, ya sea modificatoria, sustitutoria, ampliatoria y conexa, en cuanto resulte aplicable.

QUINTA: INICIO DE VIGENCIA
La Póliza inicia su vigencia en la Fecha de Inicio de Vigencia, indicada en las Condiciones Particulares, y se emite con vigencia de hasta un (1) año, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula "Renovación del Seguro" del presente documento. La cobertura de cada Asegurado inicia su vigencia en la Fecha de Inicio de Vigencia, indicada en el Certificado de Cobertura Individual, y luego de que su inclusión haya sido expresamente aprobada por la Compañía.

La cobertura otorgada por esta Póliza respecto a cada Asegurado podrá ser renovable o renovable automáticamente, por periodos de hasta un (1) año, en función a las declaraciones periódicas de asegurados que el Tomador envíe a la Compañía. Esta condición estará establecida en las Condiciones Particulares.

La cobertura de cada Asegurado se mantendrá vigente siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

i. La Póliza y/o Certificados de Cobertura se encuentren vigentes
ii. La Prima sea pagada oportunamente a la Compañía
iii. El Asegurado no supere la edad establecida en las Condiciones Particulares

SEXTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD
Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta Póliza y que no pertenecen a la Compañía, estarán reservados al Tomador y o Asegurado, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiere convenido lo contrario.

SÉPTIMA: ASEGURADOS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLE

Podrá ingresar como Asegurado bajo la presente Póliza, cualquier persona que se encuentre entre la edad mínima de ingreso y la edad máxima de ingreso (a la fecha de la solicitud del seguro), y podrá permanecer como Asegurado sólo hasta que cumpla la edad máxima de permanencia. Los límites de edad están establecidos en las Condiciones Particulares.

El Tomador y/o el Asegurado deberán probar mediante documentación fehaciente, la fecha de nacimiento del Asegurado para obtener la cobertura. Dicha prueba podrá ser presentada en cualquier momento. Asimismo, la Compañía podrá exigirla antes de otorgar cualquier Beneficio amparado por la Póliza.

Si se comprobase que, al momento de presentar su solicitud de seguro, el Asegurado se encontraba fuera de los límites establecidos en las Condiciones Particulares, su cobertura quedará sin efecto, y la Compañía podrá rescindir el contrato, debiendo devolver al Tomador el valor de las Primas pagadas respecto de dicho Asegurado, sin intereses y descontando el valor de la prima adicional.

OCTAVA: PRIMAS

La Prima y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza, y podrán ser modificadas por acuerdo entre partes. Es obligación del Tomador o del Asegurado, pagar la Prima conforme a lo establecido.

La Prima es debida desde el momento de la celebración del contrato, pero no es exigible sino con la entrega de la Póliza o Certificado Provisional de Cobertura. Las primas sucesivas se pagarán al comienzo de cada periodo, salvo que se estipule otra forma de pago en las Condiciones Particulares.

La Prima tiene el objeto de garantizar la cobertura, siempre y cuando sea abonada en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

Si la entrega de la Póliza o Certificado Provisional de Cobertura se la hace sin la percepción de la prima se presume la concesión de crédito por su importe.

Si el pago de la prima es parcial, se presume el otorgamiento de crédito por el saldo

El incumplimiento en el pago de la prima dentro de los plazos fijados, no suspende la vigencia del contrato, sino 8 días después que la Compañía notifique este hecho, por escrito, al asegurado con su decisión de rescindir el mismo. La notificación debe ser personal o por carta certificada dirigida al último domicilio indicado por el asegurado. Toda cláusula que libere a la Compañía de la notificación escrita, es nula.

Suspendida la vigencia de la póliza, el asegurador tiene el derecho a la prima correspondiente al periodo corrido calculado conforme a la tarifa para seguros a corto plazo.

Si el Tomador o cualquier otra persona natural o jurídica realizaran el pago de la Prima del Asegurado, en ningún caso podrá rechazarse el siniestro por causa de falta de pago de éste al Tomador. El rechazo por falta de pago procederá solo en aquellos casos en que la Compañía no reciba el pago oportuno de la Prima. De acuerdo a lo establecido en el Código de Comercio, en el Art. 1020.

NOVENA: RENOVACION DEL SEGURO

La Póliza será emitida por la vigencia establecida en las Condiciones Particulares. Transcurrido este periodo, la Póliza podrá renovarse, con modificaciones, o renovarse automáticamente, bajo las mismas condiciones, por periodos de hasta un (1) año, según lo establecido en las Condiciones Particulares, y siempre que el Tomador o el Asegurado paguen la Prima correspondiente al vencimiento de esta Póliza.

La Póliza no será renovada si alguna de las partes hubiera ejercido la opción de resolución unilateral prevista en la Póliza.

La Prima de renovación será establecida por la Compañía.

DECIMA: REHABILITACION DE LA COBERTURA

Si la cobertura de este contrato caduca por falta de pago de Primas, el Tomador podrá solicitar, por escrito, la rehabilitación de la misma. Para este efecto, se deberá realizar el pago de las Primas atrasadas, aun cuando durante dicho periodo la cobertura haya quedado suspendida. Asimismo, los términos de rehabilitación estarán sujetos a las condiciones que la Compañía considere pertinentes.

La Póliza quedará rehabilitada de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El pago de las Primas atrasadas no otorgará cobertura para aquellos siniestros ocurridos durante el periodo de caducidad por falta de pago.

DECIMO PRIMERA: RESCISIÓN DE PÓLIZA A PLAZOS CORTOS

El contrato podrá ser rescindido por voluntad unilateral de cualquiera de las partes contratantes.

Si la Compañía ejerce la facultad de rescindir debe notificar por escrito su decisión al Asegurado en su domicilio y con antelación no menor de quince días, si fuera el Asegurado quien ejerza la facultad de rescindir, ésta producirá sus efectos desde su notificación escrita a la Compañía.
Si la rescisión fuera por voluntad de la Compañía, ésta devolverá a prorrata la parte de la prima de seguro por el tiempo no corrido, salvo que durante la vigencia del seguro objeto de la rescisión, haya pagado al asegurado siniestros por un valor de cuando menos el ochenta y cinco por ciento (85%) del monto de la prima neta anual pactada, en este caso no habrá devolución de prima

Si fuera por voluntad del asegurado, la Compañía tendrá derecho a la prima por el tiempo corrido, según la tarifa a corto plazo.

TABLA DE PLAZOS CORTOS

Duración de la cobertura (Meses)	% de la prima neta anual
15 días	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%

DECIMO SEGUNDA: TERMINACION DE LA COBERTURA

La presente Póliza se resolverá en los siguientes casos:

1. Por solicitud escrita del Tomador, sujeto a lo establecido en la cláusula "Rescisión de Contrato a Plazos Cortos"
2. Por falta de pago de Primas, sujeto a lo establecido en la cláusula "Primas", del presente documento
3. Al finalizar el periodo de vigencia, sujeto a lo establecido en la cláusula "Renovación del Seguro"

Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente Póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados incorporados a la misma y la Compañía quedará liberada de toda obligación indemnizatoria derivada del presente contrato. El Tomador se compromete a comunicar la terminación de la cobertura del presente seguro a cada Asegurado.

Asimismo, la cobertura respecto de cada Asegurado terminará en los siguientes casos:

1. Por solicitud de desafiliación del Asegurado
2. Por el término de la relación entre el Asegurado y el Tomador
3. Al cumplir el Asegurado la edad máxima de permanencia, establecida en las Condiciones Particulares
4. En cualquier momento, si se comprobase que la edad real del Asegurado no se encuentra comprendida dentro de los límites establecidos en la Póliza, según lo dispuesto en la cláusula "Asegurados y Límite de Edad Asegurable"
5. Si la Compañía procede a la indemnización de un siniestro cubierto por la Póliza

Se deja expresa constancia que, si el siniestro se inicia durante el periodo de vigencia del seguro y continúa después de vencido el plazo del mismo, la Compañía será responsable por la indemnización; pero si el siniestro se inicia antes de la Fecha de Inicio de Vigencia y continúa después de la misma, la Compañía no será responsable por ninguna indemnización, de conformidad a lo establecido en el Artículo 1026 del Código de Comercio.

Como consecuencia del término de la cobertura por cualquiera de los casos listados en la presente cláusula, el Asegurado perderá todo derecho indemnizatorio derivado de la presente Póliza y la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad referida a un eventual siniestro que sufriese el Asegurado.

DECIMO TERCERA: PERDIDA DE DERECHO A INDEMNIZACION

El Asegurado o Beneficiario pierden 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
c. Recurra a pruebas falsas con el ánimo de obtener un Beneficio ilícito

En cualquier da estos casos el Asegurado pierden adicionalmente el derecho a la devolución de las Primas, sin perjuicio de las sanciones penales que puedan surgir.

DECIMO CUARTA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

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 Tomador o del Asegurado, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

DECIMO QUINTA: AVISO DE SINIESTRO

El Tomador o el Asegurado, deberán notificar el siniestro a la Compañía tan pronto y a más tardar dentro de los tres (3) días de conocido el mismo, salvo fuerza mayor o impedimento justificado. 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 Tomador o Asegurado, 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.

DECIMO SEXTA: PAGO DEL BENEFICIO

La obligación de pagar la Suma Asegurada al Tomador o al Asegurado deberá ser cumplida por la Compañía de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, debiendo entregar el cheque, el comprobante de transferencia o cualquier otro medio de pago convenido al Tomador.

La Compañía debe pronunciarse sobre el derecho del Tomador o Asegurado 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 al Tomador, Asegurado o Beneficiario de que se complementen los requerimientos contemplados en el artículo 1031 del Código de Comercio, y no vuelve a correr hasta que se haya cumplido con tales requerimientos.

La solicitud de complementos 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 del Tomador, Asegurado o Beneficiario, después de la recepción del último requerimiento de información.

En caso de demora u omisión del Tomador o Asegurado en proporcionar la información y evidencias sobre el siniestro, el término señalado queda paralizado y no corre hasta el cumplimiento de dichas obligaciones.

El silencio de la Compañía, vencido el término para pronunciarse, determina la aceptación del reclamo.

Corresponderá al Tomador, solicitar a los Asegurados los documentos indicados para acceder al Beneficio respectivo.

La Compañía procederá al pago del Beneficio en el plazo máximo de quince (15) días, una vez el siniestro haya sido aceptado por la compañía.

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 Tomador o Asegurado, la Compañía podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del Beneficio a la conclusión en última instancia del respectivo proceso.

DECIMO SEPTIMA: PRESCRIPCION
Las acciones emergentes de un contrato de seguros de daños prescriben en el término de dos (2) años a contar de la fecha en del siniestro. Dicha prescripción se interrumpe por cualquiera de los actos jurídicos establecidos por la ley de acuerdo al Artículo 1042 del Código de Comercio.

DECIMO OCTAVA: MODIFICACION DE LA POLIZA
Para que sea válida cualquier modificación a la Póliza, deberá ser establecida por escrito, mediante un Anexo o Cláusula refrendados por los funcionarios autorizados de la Compañía. Para que dicha modificación sea válida deberá ser aceptada por el Tomador o el Asegurado.

DECIMO 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 la moneda establecida en las Condiciones Particulares. Y de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente

VIGESIMA: DISCREPANCIAS EN LA POLIZA
Si el Tomador o Asegurado encuentran discrepancias entre la Póliza y lo convenido, podrán solicitar por escrito la modificación de la misma, dentro de los quince (15) días siguientes a la recepción de la misma. Si una vez realizada la solicitud, la Compañía mantiene silencio o no se manifiesta, se dará por aceptada la modificación solicitada.

VIGESIMO PRIMERA: DOMICILIO
Los domicilios en los que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas bajo este contrato, son el de la Compañía y los últimos declarados por el Tomador o 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.

VIGESIMO SEGUNDA: CLAUSULA 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 del arbitraje.

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 administrado por el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Nacional de Comercio, 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 de Vivienda). Si por esa vía no se llegará a un acuerdo, la APS podrá conocer y resolver la controversia por resolución administrativa debidamente motivada.

VIGESIMO TERCERA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA DE RENTA TEMPORAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO
Se cubrirá el pago de las cuotas del crédito al Tomador por cuenta del Asegurado, a consecuencia de desempleo involuntario, siempre y cuando a la fecha de ocurrencia del desempleo el Asegurado tenga como mínimo seis (6) meses continuos trabajando con el mismo empleador. La cobertura se activará por alguna de las siguientes causas:

a) Despido intempestivo sin justa causa.
b) Terminación del contrato por mutuo acuerdo siempre y cuando exista conciliación ante autoridad competente y el pago de la indemnización correspondiente.
c) Supresión de cargos por fusión, transformación o liquidación de empresas privadas.
d) Cualquier otra modalidad de despido sin justa causa.

La cantidad máxima de cuotas a ser indemnizadas y el monto máximo por cuota estarán estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza. Las cuotas serán pagadas de acuerdo al plan de pagos del crédito y el monto indemnizable para cada cuota será el equivalente a la primera cuota mínima mensual posterior a la fecha de desempleo, más el deducible a cargo del Asegurado, si se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La presente cobertura opera única y exclusivamente para los Asegurados que tengan vigente un vínculo laboral mediante contrato escrito, verbal o memorándum de designación de trabajo, por tiempo indefinido, del sector público o privado, visado por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social (cuando corresponda)

La responsabilidad de la Compañía frente a reclamos presentados por esta cobertura, finalizará automáticamente en cualquiera de las siguientes circunstancias:

a) Si el Asegurado, durante el periodo de indemnización, obtiene un nuevo empleo.
b) Si el Asegurado ha sobrepasado la edad límite de permanencia, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.
c) En la fecha de cancelación de la obligación del Asegurado con el Tomador, por las operaciones de crédito contraídas e incorporadas en esta Póliza.

El Asegurado se obliga a informar de manera inmediata a la Compañía, la fecha en la que obtenga un nuevo empleo. El incumplimiento de esta obligación será considerado como mala fe en la presentación del reclamo, lo cual dará derecho a la Compañía a cobrar al Asegurado todas las sumas de dinero, que en razón de la presente póliza se hubieran indemnizado durante el tiempo en que el Asegurado hubiera estado prestando servicios remunerados y, simultáneamente, percibiendo los pagos de la Compañía.

La Compañía pagará al Tomador los montos establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza al momento del despido involuntario del asegurado, siempre y cuando se cumpla lo siguiente: (i) que la Póliza se encuentre vigente; (ii) que el Tomador hubiera efectuado el pago de la prima a la Compañía, (iii) que la causa del despido no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la Póliza, según el caso.

VIGESIMO CUARTA: EXCLUSIONES, RIESGOS NO CUBIERTOS PARA COBERTURA DE RENTA TEMPORAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

No se cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de desempleo involuntario del Asegurado que resulte de:

a) Pérdida del empleo para trabajadores con una antigüedad menor a seis (6) meses con el mismo empleador.
b) Se excluye los retiros voluntarios o los retiros pactados entre empleado y empleador que no impliquen indemnización por parte del empleador.
c) Trabajadores temporales, bajas médicas, propietarios, directores, trabajadores independientes o retiro por jubilación
d) Participar en paros, disputas laborales o huelgas que sean declaradas ilegales por las Autoridades Competentes.
e) Despido justificado y amparado por la Ley General del Trabajo y/o sus complementos y/o reglamentos. En el caso de funcionarios Públicos, serán aplicables las estipulaciones normativas vigentes a la fecha de contratación de la Póliza
f) Jubilación y/o pensión del Asegurado.
g) Conclusión del trabajo o servicio que dio origen al contrato de trabajo.
h) Vencimiento del plazo convenido en el contrato de trabajo.
i) Contratos a plazo fijo
j) Contratos en consultorías en línea
k) Incumplimiento del ASEGURADO a las obligaciones pactadas en el contrato que genera la relación laboral con el empleador.
l) Cierre temporal o definitivo de la empresa.

VIGESIMO QUINTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL PAGO DE LA COBERTURA DE RENTA TEMPORAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Los requisitos que debe presentar el Asegurado a la Compañía, para reclamar esta cobertura son:

Funcionarios Privados

a) Formulario de Declaración de Siniestro, proporcionado por la Compañía (debidamente llenado)
b) Fotocopia simple del Documento de Identidad del Asegurado
c) Copia de la carta/memorándum de despido (si corresponde)
d) Original y Copia del Formulario de Finiquito visado por el Ministerio de Trabajo, firmado por el Empleador, el Asegurado y un representante del Ministerio de Trabajo (el original se devolverá al Asegurado una vez verificados los documentos)
e) Extractos de la AFP (si corresponde)
f) Plan de pagos
g) Formularios requeridos por la UIF (si corresponde)

Funcionarios Públicos

a) Formulario de Declaración de Siniestro, proporcionado por la Compañía (debidamente llenado)
b) Fotocopia simple del Documento de Identidad del Asegurado
c) Original o Copia Legalizada del Memorándum acreditando la remoción de su puesto de trabajo
d) Original o Copia Legalizada del Carta de recisión de contrato o recisión intempestiva de contrato

e) Extractos de la AFP (si corresponde)
f) Plan de pagos
g) Formularios requeridos por la UIF (si corresponde)

Asimismo, el Asegurado proporcionará a la Compañía cualquier información que solicite ésta para verificar el siniestro y que le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. La solicitud de documentos complementarios por parte del asegurador no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro el plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del asegurado, después de la entrega por parte del asegurado del último requerimiento de información.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS GENERALES

Franco Hernando La Fuente
GERENTE SISTEMAS Y TECNOLOGÍA
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS GENERALES

Dennis Alejandro Alarcón Barrios
Gerente Servicio Productos
Marketing
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

CLÁUSULA DE COBERTURA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante
Resolución Administrativa APS/DS/N° 830/2021 con Código de Registro N° 117-9109341-2021 08 015 2001

Por medio de la presente Cobertura, que forma parte integrante de la póliza, se acuerda y establece que la Cobertura por Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad se rige por lo establecido en el presente texto, de acuerdo a lo siguiente:

DEFINICIONES

Trabajadores Independientes: Son trabajadores independientes todos los profesionales o no profesionales que desarrollan libre e individualmente, por cuenta propia, cualquier profesión, oficio, arte o ciencia, capaces de generar ingresos por la prestación de sus servicios, sin relación de subordinación ni exclusividad a un empleador determinado.

Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad: Situación en la que se encuentra el asegurado que está temporalmente incapacitado a realizar su trabajo habitual, a causa de un accidente o enfermedad, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o en reposo absoluto y continuo en su domicilio, por prescripción de un médico legalmente autorizado e inscrito en el Colegio Médico de Bolivia.

Rigen para la presente Cobertura, las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

DESCRIPCION DE LA COBERTURA

Se cubre el pago de las cuotas mensuales del crédito por la incapacidad temporal del Asegurado, a causa de un accidente o enfermedad.

La cantidad máxima de cuotas a ser indemnizadas y el monto máximo por cuota estarán estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza. Las cuotas serán pagadas de acuerdo al plan de pagos del crédito y el monto indemnizable para cada cuota será el equivalente a la primera cuota mínima mensual posterior a la fecha de incapacidad, más el deducible a cargo del Asegurado, si el mismo se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La presente cobertura de incapacidad temporal se activará con el pago de la prima adicional correspondiente y únicamente para el Asegurado sin relación de dependencia laboral, quien tendrá derecho al pago de las cuotas del crédito en favor del Tomador, siempre y cuando la incapacidad sea superior a quince (15) días, a consecuencia directa de un accidente o enfermedad.

La responsabilidad de la Compañía frente a reclamos presentados por esta cobertura, finalizará automáticamente en cualquiera de las siguientes circunstancias:

d) Cuando el Asegurado se encuentre en condiciones de retomar y desempeñarse en su trabajo habitual.
e) Si el Asegurado ha sobrepasado la edad límite de permanencia, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.
f) En la fecha de cancelación de la obligación del Asegurado con el Tomador, por las operaciones de crédito contraídas e incorporadas en esta Póliza.

EXCLUSIONES

La presente Cobertura excluye, adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, y de manera permanente, la incapacidad del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

a) El fallecimiento del Asegurado.
b) Enfermedad preexistente al inicio del seguro,
c) Incapacidad derivada de las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
d) Incapacidad debido a tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de este contrato.
e) Incapacidad debido a lesiones sufridas por culpa grave del asegurado si este se encuentra bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas o estupefacientes.
f) Incapacidad debido a accidentes sufridos por el asegurado cuando este se encuentre bajo la influencia de enervantes, estimulantes u otras sustancias similares, salvo que se demuestre que las mismas fueron usadas por el asegurado por razones de prescripción médica.
g) Incapacidad debido a tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psiquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.
h) Incapacidad producida o derivada de lesiones debido a la participación del asegurado en riñas o pleitos callejeros.

i) Se excluye a las personas que sean empleados de tiempo completo y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa legalmente constituida.
j) Incapacidad debido a accidentes por estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litro, excepto cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su deceso
k) Incapacidad debido a accidentes por viajes o vuelos en líneas aéreas no regulares, excepto como pasajero, en un avión operado por una empresa de transporte aérea comercial, con una ruta establecida para el transporte de pasajeros, sujeto a itinerario regular, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo
l) Incapacidad por la participación del Asegurado como sujeto activo en un hecho o acto criminal
m) Incapacidad debido a la participación en Actividades o Deportes de Alto Riesgo, incluyendo pero no limitado a: Cacería, Inmersión Submarina, Montañismo, Ala Delta, Paracaidismo, Parapente, Zipline, Rafting, Artes Marciales, Boxeo u otros deportes o disciplinas de pelea o combate, Equitación, carreras de caballo. Así también, 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
n) VIH/SIDA
o) Incapacidad por 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.
p) Incapacidad debido a participar en actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción civil, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado atenta contra la propia vida y la de terceros, al manipular armas punzocortantes y/o armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas
q) Brotes, epidemias o enfermedades epidémicas que puedan derivar en pandemias, declaradas como tal por entidades gubernamentales competentes u organismos internacionales competentes.
r) Consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva o química.
s) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, revolución, insurrección, sublevación, rebelión, cuando el Asegurado participe en forma activa.

No se podrá efectuar ninguna reclamación por incapacidad total temporal, durante el periodo de doce (12) meses siguientes a una reclamación anterior pagada por la compañía de seguros, para un mismo evento.

PERIODO DE ESPERA
De acuerdo a lo mencionado en las Condiciones Particulares de la Póliza

DEDUCIBLE
De acuerdo a lo mencionado en las Condiciones Particulares de la Póliza

REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO
Los requisitos que debe presentar el Asegurado a la Compañía, para reclamar esta cobertura son:

a) Formulario de Aviso de Siniestro debidamente llenado y firmado
b) Fotocopia simple del Documento de Identidad del Asegurado
c) Original o Copia Legalizada del Informe del médico tratante que respalde los días de incapacidad así como estudios y laboratorios realizados
d) Original o Copia Legalizada del Certificado de incapacidad temporal, emitido por el médico tratante, detallando el origen de la incapacidad y el tiempo de la misma
e) Informe de la Autoridad Competente (si corresponde).
f) Formularios requeridos por la UIF (si corresponde).
g) Plan de pagos

Asimismo, el Asegurado proporcionará a La Compañía cualquier información que solicite ésta para verificar el siniestro y que le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. La solicitud de documentos complementarios por parte del asegurador no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro el plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del asegurado, después de la entrega por parte del asegurado del último requerimiento de información.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS GENERALES

Franco Hernandez La Fuente
GERENTE SISTEMAS Y TECNOLOGÍA
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS GENERALES

Denis Alejandro Alarcón Barrios
Gerente Servicio Productos
Marketing
Banco de Crédito de Bolivia S.A.