

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN - K

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 1204/2024 modificada por Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 1382/2024 con Código de Registro N°209-934929-2024 09 057
Muerte 209-934929-2024 09 057 1001
Gastos de Sepelio 209-934929-2024 09 057 1002

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), con domicilio en la Av. Hernando Siles esquina calle 10 N° 5555, Torre Empresarial ESIMSA, Zona Obrajes de la ciudad de La Paz, en adelante LA COMPAÑÍA o CREDISEGURO.
- 2) **El Tomador**, Entidad Financiera que por cuenta y a nombre del ASEGURADO, contrata con LA COMPAÑÍA la cobertura de los riesgos establecidos por la presente Póliza, en adelante TOMADOR.
- 3) **El Asegurado**, persona natural que ha contratado un crédito del TOMADOR y que se encuentra expuesto al riesgo cubierto por este contrato, en adelante el ASEGURADO.

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 la presente Póliza de seguros:

- **Accidente:** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo o la existencia del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes, que puedan ser determinados de una manera cierta. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo u otros eventos no accidentales 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.
- **Asegurado:** Es la persona natural cuya vida se asegura en virtud de la Póliza. El cliente titular de un préstamo vigente con EL TOMADOR que ha presentado un Certificado de Cobertura aceptado por LA COMPAÑÍA. Tratándose de operaciones mancomunadas, se podrá considerar como ASEGURADO al titular del crédito y al (los) mancomuno(s), quienes estarán cubiertos al 100% de acuerdo con lo indicado en la presente 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.
- **Condiciones Particulares:** Documento donde se estipulan todas las condiciones específicas para cada TOMADOR: la vigencia de la Póliza, número de la Póliza, primas, coberturas, deducibles, sumas aseguradas, la descripción de la materia asegurada y, en caso de aplicar, el período de carencia.
- **Conmoción Civil:** Alteración del orden público.
- **Daño Malicioso:** Actos realizados voluntariamente con el objeto de causar daños en beneficio propio o de terceros.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas en ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en estas condiciones generales.
- **Fecha de Inicio del Seguro:** 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.
- **Gastos de Sepelio:** Todos los gastos que demande la empresa funeraria por el Sepelio de un ASEGURADO, como consecuencia del fallecimiento por enfermedad o accidente amparado por la presente Póliza.
- **Huelgas:** Conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores que puede estar circunscrito al abandono del trabajo en relación con 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, 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.

- **Siniestro:** El siniestro se produce al acontecer el riesgo cubierto por la Póliza y da origen a la obligación de la COMPAÑÍA de efectuar la prestación convenida.
- **Suma Asegurada:** También llamada **Beneficio** o **Capital Asegurado**, es el importe establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, que será pagado por LA COMPAÑÍA a EL TOMADOR, ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS declarados, en caso de siniestro bajo los términos de la Póliza. Dicho importe se establecerá en las Condiciones Particulares de la Póliza al momento del siniestro
- **Vandalismo:** Actos realizados por cualquier individuo o grupo de individuos, con el objeto de causar daños a la propiedad.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS

La Póliza- y sus eventuales Anexos y/o Endosos son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. LA COMPAÑÍA no será responsable por declaraciones efectuadas documentación alterna.

EL TOMADOR deberá enviar a LA COMPAÑÍA las solicitudes presentadas por sus clientes para su aprobación. 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.

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

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

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo con su jerarquía e importancia; los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo, sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo 38 de la Ley N° 1883.

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

La Póliza ha sido extendida por LA COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones efectuadas por el ASEGURADO en su Certificado de Cobertura y en los cuestionarios relativos a su salud, 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 o a estipular condiciones distintas, hacen anulable el presente contrato de seguro y LA COMPAÑÍA podrá impugnar la nulidad de este 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

La Póliza inicia su vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares pudiendo renovarse anualmente. La cobertura de la póliza inicia con el momento del desembolso de cada crédito, siempre que, el asegurado, haya cumplido con los requisitos de asegurabilidad correspondientes.

SEXTA: EDAD

Bajo la presente Póliza, podrá ingresar en calidad de ASEGURADO, cualquier persona que haya cumplido dieciocho (18) años y que no supere la edad máxima de ingreso (a la fecha de contratación del seguro) establecida en las Condiciones Particulares, pudiendo permanecer en calidad de ASEGURADO sólo hasta la edad máxima de permanencia establecida en dichas Condiciones.

Si aconteciera un siniestro y con el fin de obtener la cobertura, EL TOMADOR, el ASEGURADO, o sus beneficiarios deberán probar mediante documentación fehaciente la fecha de nacimiento del ASEGURADO que fue declarada previamente a la COMPAÑÍA. El ASEGURADO podrá realizar la presentación de la mencionada documentación en cualquier momento.

Si se comprueba que hubo inexactitud en la declaración de la edad del asegurado, se aplicarán las siguientes normas:

1. Si la edad real, al tiempo de la suscripción, estuvo fuera de los límites de admisión establecidos en las Condiciones Particulares, el asegurador podrá rescindir el contrato devolviendo las sumas recibidas menos intereses y gastos administrativos;
2. Cuando la edad del asegurado se encuentre dentro de los límites de admisión, 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; y b) cuando la edad real es menor, la suma asegurada se aumentará en la misma proporción al exceso de la prima pagada o, en su caso, el ASEGURADO tendrá derecho a la devolución de la prima en exceso.

SÉPTIMA: PRIMAS

La Prima, es la contraprestación que el tomador del seguro debe hacer a cambio de la obligación que contrae LA COMPAÑÍA. Dicha contraprestación, deberá ser pagada por EL TOMADOR, en cuenta y nombre del 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 encuentran establecidas 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 incumplimiento del pago de la Prima correspondiente producirá la caducidad de hecho de la Póliza después de transcurrido el plazo de treinta (30) días de la fecha de vencimiento establecida para su pago, en conformidad a lo establecido en el Artículo 1019 del Código de Comercio, liberando a LA COMPAÑÍA 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.

Si la Póliza termina su vigencia durante o al final del período de treinta (30) días posterior a la fecha de vencimiento de pago, EL TOMADOR será responsable del pago de la Prima, de forma proporcional al tiempo transcurrido.

OCTAVA: RENOVACIÓN DEL SEGURO Y REHABILITACIÓN

La Póliza tiene una vigencia anual. Transcurrido este período LA COMPAÑÍA procederá anualmente a renovar la Póliza en forma automática, bajo las mismas condiciones, siempre y cuando EL TOMADOR se encuentre al día en el pago de primas. Asimismo, la póliza podrá renovarse bajo distintas condiciones de acuerdo con lo expresamente pactado por LA COMPAÑÍA y EL TOMADOR.

La Prima considerada para cada renovación será calculada con la tasa que LA COMPAÑÍA tenga aprobada 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 período efectivo de cobertura y LA COMPAÑÍA deberá dar su conformidad explícita, sujetándose EL TOMADOR a las condiciones de garantía que LA COMPAÑÍA estime pertinentes.

La rehabilitación solo procederá cuando el ASEGURADO no haya conocido o reportado siniestros a la fecha de solicitud.

NOVENA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La responsabilidad de LA COMPAÑÍA respecto a cada ASEGURADO cesará ante los siguientes casos: 1) A solicitud del ASEGURADO. 2) Si LA COMPAÑÍA procede a la indemnización de un siniestro cubierto por la Póliza. 3) Por desaparición del interés asegurable.

Como consecuencia de la terminación de la cobertura por cualquiera de los casos listados en la presente cláusula, la COMPAÑÍA quedará liberada de toda responsabilidad referida a un eventual siniestro que sufriese el ASEGURADO.

DÉCIMA: BENEFICIARIO DEL SEGURO

Los BENEFICIARIOS estarán definidos en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura Individual de la Póliza.

Para la cobertura de Sepelio el Beneficiario será la persona que haya demostrado haber incurrido en los gastos respectivos.

DÉCIMO PRIMERA: PÉRDIDA DE DERECHO A INDEMNIZACIÓN

El ASEGURADO o Beneficiario(s) pierde(n) su derecho al beneficio u otras prestaciones de la Póliza, 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 SEGUNDA: 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 (03) días de conocido el mismo, salvo fuerza mayor o impedimento justificado. El TOMADOR deberá remitir el aviso de siniestro de forma inmediata a LA COMPAÑÍA. Los términos señalados pueden ampliarse mediante 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 de este 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 en la presente cláusula, con el fin de impedir la comprobación oportuna de las circunstancias del siniestro o el de la magnitud de los daños, de acuerdo con lo establecido en los Artículos 1028 y 1030 del Código de Comercio.

El ASEGURADO o Beneficiario (s) tiene la obligación de facilitar, a requerimiento de LA COMPAÑÍA, toda la información que tenga sobre los hechos y circunstancias del siniestro.

DÉCIMO TERCERA: PLAZO PARA PRONUNCIARSE

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 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 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.

DÉCIMO CUARTA: PAGO DEL BENEFICIO

La obligación de pagar el Beneficio a EL TOMADOR y/o BENEFICIARIO(S), deberá ser cumplida por LA COMPAÑÍA en un solo acto y por su valor total, salvo pacto en contrario, debiendo entregar el cheque, el comprobante de transferencia o cualquier otro medio de pago convenido a la persona natural o jurídica, según sea el caso.

Una vez establecido el derecho del ASEGURADO y el monto del beneficio, LA COMPAÑÍA procederá al pago del Beneficio en el plazo máximo de quince (15) días, en concordancia con lo establecido en el Artículo 1034 del Código de Comercio.

DÉCIMO QUINTA: PRESCRIPCIÓN

En caso de muerte, los beneficios no reclamados, prescriben favor del Estado en un plazo de cinco (5) años desde la fecha en que el BENEFICIARIO conozca la existencia del beneficio a su favor. Dicha prescripción se interrumpe por cualquiera de los actos jurídicos establecidos por la ley, de acuerdo con el Artículo 1042 del Código de Comercio.

Cumplido el plazo de prescripción, sin que el ASEGURADO o el BENEFICIARIO hubieran solicitado el beneficio, LA COMPAÑÍA quedará liberada de la obligación de pago.

DÉCIMO SEXTA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

DÉCIMO SÉPTIMA: IMPUGNACIÓN

En virtud del 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 este tiempo, el contrato no puede ser objeto de impugnación, salvo incumplimiento en el pago de las Primas.

DÉCIMO OCTAVA: MONEDA

La moneda del contrato que será utilizada para efectuar los pagos que devienen de las obligaciones del presente contrato será establecida en las Condiciones Particulares.

DÉCIMO NOVENA: DISCREPANCIAS EN LA PÓLIZA

Si el TOMADOR y/o ASEGURADO encuentra que la Póliza no concuerda con lo convenido o con lo propuesto, puede pedir la rectificación correspondiente, por escrito, dentro de los quince (15) días siguientes a la recepción de la misma. Se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta si durante dicho plazo no se

solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince (15) días siguientes al de la reclamación, LA COMPAÑÍA no da curso a la rectificación solicitada o mantiene silencio, se entiende aceptada en los términos de la modificación, en aplicación del Artículo 1013 del Código de Comercio.

VIGÉSIMA: 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. Adicionalmente, se considerarán las comunicaciones realizadas a través del correo electrónico que hayan declarado las partes.

VIGÉSIMO PRIMERA: CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE

Las partes intervinientes acuerdan que todo litigio, discrepancia, cuestión o reclamación resultantes de la ejecución o interpretación del presente contrato o relacionado con él, directa o indirectamente o de sus documentos complementarios o modificatorios, será resuelto definitivamente mediante procedimientos de Conciliación y Arbitraje en Equidad administrados por el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Nacional de Comercio de Bolivia con sede en la ciudad de La Paz, de acuerdo a sus reglamentos, los cuales las partes aceptan y declaran conocer.

De igual forma, las partes, de conformidad a lo estipulado por el Artículo 67 de la Ley Nro. 708 de Conciliación y Arbitraje, acuerdan habilitar la figura del Árbitro de Emergencia para todas las medidas preparatorias y precautorias previas al desarrollo de un eventual arbitraje. Asimismo, las partes aceptan la designación de Conciliadores, Árbitro de Emergencia y/o Árbitros que pudiese efectuar la Comisión de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Nacional de Comercio.

Igualmente, las partes hacen constar expresamente su compromiso de cumplir el Laudo Arbitral que se dicte.

De conformidad a lo establecido en la normativa vigente, 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 en 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 SEGUNDA: COBERTURA DE MUERTE - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, sea en territorio nacional o extranjero, LA COMPAÑÍA pagará al TOMADOR y/o BENEFICIARIO(S) el capital adicional, al momento de su fallecimiento y siempre que 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 fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de Póliza, (iv) que el ASEGURADO no haya superado la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares respecto a las coberturas señaladas, según el caso.

VIGÉSIMO TERCERA: COBERTURA DE MUERTE - EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

El presente contrato, no otorga cobertura del seguro, a causa del fallecimiento del ASEGURADO cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- a) Enfermedad preexistente que no fue comunicada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y/o Declaración de Salud.
- 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 cortopunzantes y/o 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 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 CUARTA: COBERTURA DE MUERTE - REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

LA COMPAÑÍA efectuará el pago que corresponda, para lo cual EL TOMADOR y/o el ASEGURADO, según corresponda, deberá presentar el formulario de Declaración de Siniestro o Carta de Aviso de Siniestro, debidamente llenado, adjuntando las siguientes pruebas:

Requisitos	Caso de Muerte Natural:	Caso de Muerte Accidental:
Certificado de defunción.	✓	✓
Certificado médico único de defunción o documento equivalente. *	✓	✓
Historial médico, sólo en caso de muerte natural. *	✓	
Copia del Informe policial.		✓
Copia del Documento de Identidad o Certificado de Nacimiento.	✓	✓
Liquidación del saldo deudor y el Capital Adicional a la fecha de fallecimiento por parte de la Entidad Financiera.	✓	✓
De ser necesario se pedirá el examen toxicológico y de alcoholemia. *		✓
Formularios requeridos por la UIF (si aplica)	✓	✓

*Original o Copia Legalizada

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

VIGÉSIMO QUINTA: COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA reembolsará los gastos de sepelio hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, a la(s) persona(s) que demuestren, mediante la presentación de factura(s) de pago, los gastos incurridos para el Sepelio del ASEGURADO cualquiera sea la época en que éste ocurra.

VIGÉSIMO SEXTA: COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO - EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

El presente contrato, no otorga cobertura del seguro, a causa del fallecimiento del ASEGURADO cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

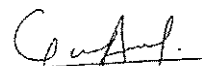
- m) Enfermedad preexistente que no fue comunicada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y/o Declaración de Salud.
- n) Suicidio, salvo que el ASEGURADO haya mantenido ininterrumpidamente la cobertura por al menos dos años.
- o) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, 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.
- p) Participación en acto delictivo.
- q) 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.
- r) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
- s) 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.
- t) Participar en: actos y riesgos políticos y/o terrorismo; atentar contra la propia vida y la de terceros al manipular armas cortopunzantes y/o armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- u) VIH/SIDA.
- v) Cuando el ASEGURADO esté bajo los efectos de drogas ilícitas.
- w) 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.
- x) Epidemias declaradas como tal por las entidades gubernamentales competentes.


VIGÉSIMO SÉPTIMA: COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO - REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

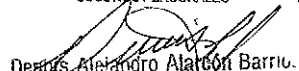
Factura(s) de pago del(los) gastos incurridos para el Sepelio del ASEGURADO. La(s) factura(s) correspondiente(s) debe(n) ser presentada(s) a LA COMPAÑÍA dentro del mismo mes, caso contrario, se procederá al descuento correspondiente de impuestos previo al pago de beneficio.


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

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES


 Gabriela Patricia Asmat Fejardo
 Gerente General
 CREDISEGURO S.A.
 SEGUROS PERSONALES


 Claudia Penaranda Irahola
 Subgerente de Riesgos
 CREDISEGURO S.A.
 SEGUROS PERSONALES


 Dennis Alejandro Alarcon Barrio
 Gerente de Producto
 Marketing
 Banco de Crédito de Bolivia S.A.


 Amara Gabriela Baldivieso Garrón
 Gerente de Servicio Segmentos
 Marketing
 Banco de Crédito de Bolivia S.A.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN - K

CLÁUSULA DE COBERTURA ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 1204/2024 modificada por Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 1382/2024 con Código de Registro N° 209-934929-2024 09 057 2001

Mediante la presente cláusula, que forma parte integrante de la Póliza, queda convenido que LA COMPAÑÍA otorgará un beneficio adicional por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad. Esta cobertura estará sujeta a una extra prima, siempre y cuando ello se encuentre establecido en las Condiciones Particulares.

PRIMERA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará el Capital Asegurado establecido en las Condiciones de la Póliza, si la persona designada como el ASEGURADO, sufriera, alguna enfermedad que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente, definida en los términos establecidos en la presente Cobertura. Esto se cumplirá, siempre y cuando la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, el seguro principal esté vigente y la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Cobertura Adicional.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por una enfermedad.

SEGUNDA: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

A efectos de esta cobertura se considera que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente, si a consecuencia de una enfermedad presenta una calificación de Invalidez, igual o superior al 60%, tomando en consideración el dictamen de la Entidad Encargada de Calificar (EEC) y dictamen de los peritos de LA COMPAÑÍA, en caso de que éste haya sido realizado. Si existiera una discrepancia significativa entre ambos dictámenes, la posición será dirimida por la EEC mediante un nuevo dictamen realizado según los procedimientos que éste último haya establecido al efecto.

Un mismo siniestro no dará derecho a beneficios acumulados por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un siniestro ya coburado por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, no corresponde el pago de beneficio adicional alguno.

TERCERA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente Cobertura Adicional sólo será válida mientras la póliza se encuentre vigente.

La cobertura prevista por esta Cobertura Adicional cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación del contrato de seguro por cualquier causa.
- b) Cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares para esta Cobertura Adicional.
- c) La solicitud expresa de EL TOMADOR de la cancelación de esta Cobertura Adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en las oficinas de LA COMPAÑÍA, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día hábil del mes siguiente a la respectiva comunicación.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente Cobertura Adicional, excluye de su cobertura la invalidez del ASEGURADO que ocurra a consecuencia de:

- a) Falsas declaraciones, omisión o reticencia del ASEGURADO que puedan influir en la comprobación de su estado de invalidez.
- b) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- c) VIH/SIDA
- d) Enfermedad preexistente que no fue comunicada por el ASEGURADO a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- e) Daños autoinfligidos.

QUINTA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

LA COMPAÑÍA determinará la configuración de la invalidez en base a la documentación presentada, debiendo el ASEGURADO presentar a LA COMPAÑÍA los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que LA COMPAÑÍA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios. LA COMPAÑÍA, asumirá los gastos médicos necesarios para que sus peritos puedan determinar el grado de Invalidez.

No obstante, a lo anterior, LA COMPAÑÍA no asumirá los gastos relacionados a la EEC.

El ASEGURADO se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite LA COMPAÑÍA, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por LA COMPAÑÍA, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

El ASEGURADO deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que LA COMPAÑÍA solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas. El costo de esta verificación será asumido por LA COMPAÑÍA.

SEXTA: PAGO DEL BENEFICIO

El beneficio será pagado en una (1) sola cuota, luego de haber determinado la invalidez total y permanente del ASEGURADO.

SÉPTIMA: BENEFICIARIOS

Los BENEFICIARIOS estarán definidos en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o Certificado de Cobertura Individual.

OCTAVA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

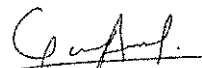
EL TOMADOR deberá informar por escrito a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura.

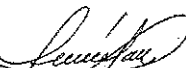
LA COMPAÑÍA efectuará el pago, por cualquier medio de pago convenido, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar los siguientes documentos:


Caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
Certificado Médico (en formato del Colegio Médico) exponiendo origen, naturaleza del desarrollo y consecuencias de la enfermedad. *
Documento emitido por EEC y/o por un Médico Calificador debidamente inscrito y registrado ante la APS. *
Copia del Documento de Identidad o Certificado de Nacimiento.
Liquidación del saldo deudor por parte de la Entidad Financiera, a la fecha de determinación de Invalidez.


*Original o copia legalizada

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES


Gabriela Patricia Asmat Fajardo
Gerente General
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


Claudia Páez Aranda Irahola
Subgerente de Riesgos
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


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


Amara Gabriela Baldivieso Garrón
Gerente de Servicio Segmentos
Marketing
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN - K

CLÁUSULA DE COBERTURA ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 1204/2024 modificada por Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 1382/2024 con Código de Registro N° 209-934929-2024 09 057 2002

Mediante la presente cláusula, que forma parte integrante de la Póliza, queda convenido que LA COMPAÑÍA otorgará un beneficio adicional por Invalidez Total y Permanente por Accidente. Esta cobertura estará sujeta a una extra prima, siempre y cuando ello se encuentre establecido en las Condiciones Particulares.

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo o existencia del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el ASEGURADO.
- **Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Parte diferenciada del cuerpo que participa en la realización de una función. Es una entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará el Beneficio, si el ASEGURADO sufre durante la vigencia, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente. Esto se cumplirá siempre y cuando la Invalidez ocurra antes de que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, el seguro principal esté vigente y la causa de la Invalidez no se encuentre dentro de las exclusiones de la presente Cobertura Adicional.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente.

TERCERA: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

A efectos de esta Cobertura se considera que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un accidente presenta una calificación de Invalidez, igual o superior al 60%, tomando en consideración tanto el dictamen de la Entidad Encargada de Calificar (EEC), como el de los peritos de LA COMPAÑÍA, en caso de que éste haya sido realizado. Si existiera una discrepancia significativa entre ambos dictámenes, la posición será dirimida por la EEC mediante un nuevo dictamen realizado según los procedimientos que éste último haya establecido al efecto.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a beneficios por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya cubierto por un beneficio por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de beneficio adicional alguna.

CUARTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente Cobertura Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cobertura Adicional cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares para esta Cobertura Adicional.
- c) La solicitud expresa de EL TOMADOR de la cancelación de esta Cobertura Adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en las oficinas de LA COMPAÑÍA, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día hábil del mes siguiente a la respectiva comunicación.

El pago del valor de la Prima después de haber quedado sin efecto esta Cobertura Adicional, no dará derecho, en ningún caso a beneficio por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha.

QUINTA: EXCLUSIONES

La presente Cobertura Adicional excluye de su cobertura la invalidez del ASEGURADO que ocurra a consecuencia de:

- a) 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.
- b) Participación en acto delictivo.
- c) 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.
- d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
- e) 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.
- f) Participar en: actos y riesgos políticos y/o terrorismo; atentar contra la propia vida y la de terceros al manipular armas corto punzantes y/o armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Asimismo, eventos en los que el ASEGURADO realice actividades que atenten contra su vida o la de terceros al encontrarse en estado de ebriedad o con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0,7 gramos/litro, salvo cuando el ASEGURADO hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su invalidez.
- g) Cuando el ASEGURADO esté bajo los efectos de drogas ilícitas.
- h) 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.
- i) Daños autoinfligidos.
- j) Los ocasionados por los denominados "accidentes médicos", tales como: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos.

SEXTA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

LA COMPAÑÍA determinará la configuración de la invalidez en base a la documentación presentada, debiendo el ASEGURADO presentar a LA COMPAÑÍA los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que LA COMPAÑÍA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios. LA COMPAÑÍA, asumirá los gastos médicos necesarios para que sus peritos puedan determinar el grado de Invalidez.

El ASEGURADO deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que LA COMPAÑÍA solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas. El costo de esta verificación será asumido por LA COMPAÑÍA.

SÉPTIMA: PAGO DEL BENEFICIO

El beneficio será pagado en una (1) sola cuota, luego de haber determinado la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO.

SÉPTIMA: BENEFICIARIOS

Los BENEFICIARIOS estarán definidos en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o Certificado de Cobertura Individual.

OCTAVA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

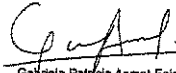
EL TOMADOR deberá informar por escrito a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la Cobertura.

LA COMPAÑÍA efectuará el pago que corresponda en sus oficinas, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar los siguientes documentos:

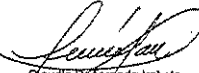
Caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente
Documento emitido por EEC y/o por un Médico Calificador debidamente inscrito y registrado ante la APS. *
Copia del Documento de Identidad o Certificado de Nacimiento.
Liquidación de saldo deudor a fecha de determinación de Invalidez (por parte de la Entidad Financiera).
Si correspondiera, Informe de la Autoridad Competente.

*Original o copia legalizada.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES



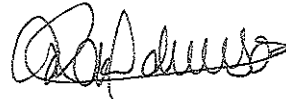
Gabriela Patricia Asmat Fejardo,
Gerente General
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES



Claudia Penaranda Irahola
Subgerente de Riesgos
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES



Daniel Alejandro Alayón Barrios
Gerente Servicio Productos
Marketing
Banco de Crédito de Bolivia S.A.



Amara Gabriela Baldiviso Garrón
Gerente de Servicio Segmentos
Marketing
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN - K

CLÁUSULA DE COBERTURA ADICIONAL POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 1204/2024 modificada por Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 1382/2024 con Código de Registro N° 209-934929-2024 09 057 2003

Mediante la presente cláusula, que forma parte integrante de la Póliza, queda convenido que LA COMPAÑÍA otorgará un beneficio adicional por Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad. Esta cobertura estará sujeta a una extra prima, siempre y cuando ello se encuentre establecido en las Condiciones Particulares.

La cobertura se otorgará conforme a lo siguiente:

DEFINICIONES

Trabajadores Independientes: Se consideran trabajadores independientes a aquellas personas que desarrollan libre e individualmente, por cuenta propia, cualquier profesión, oficio, arte o ciencia y que son 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.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Se cubre el pago de las cuotas mensuales del crédito de trabajadores independientes, producto de 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 con el 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 cumpla los requisitos establecidos en el Condicionado Particular, 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:

- a) Cuando el ASEGURADO se encuentre en condiciones de retomar y desempeñarse en su trabajo habitual.
- 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.

EXCLUSIONES

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

- a) El fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro, que no fue comunicada por el ASEGURADO a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- 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 psíquico-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.

LA COMPAÑÍA no proporcionará cobertura por reclamaciones de incapacidad total temporal si estas se presentan dentro de los doce (12) meses posteriores al pago de una reclamación previa por el mismo siniestro.

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.

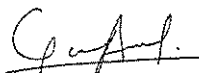
REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

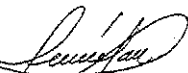
Los requisitos que debe presentar el ASEGURADO a LA COMPAÑÍA, para reclamar solicitar cobertura son:


- 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 de LA COMPAÑÍA 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 PERSONALES


Gabriela Patricia Asmat Fejardo
Gerente General
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


Claudia Pilaranda Trahola
Subgerente de Riesgos
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


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


Amara Gabriela Baldivieso Garrón
Gerente de Servicio Segmentos
Marketing
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN - K

CLÁUSULA DE COBERTURA ADICIONAL DE RENTA TEMPORAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 1204/2024 modificada por Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 1382/2024 con Código de Registro N° 209-934929-2024 09 057 2004

Por medio de la presente Cobertura, que forma parte integrante de la póliza, se acuerda y establece que, con el pago de extra prima (si correspondiera de acuerdo con las Condiciones Particulares), se cubrirá el pago de las cuotas del crédito 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) Supresión de cargos por fusión, transformación o liquidación de empresas privadas.
- c) 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 irá en función del plan de pagos actualizado del cliente, 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 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:

- d) Si el ASEGURADO, durante el periodo de indemnización, obtiene un nuevo empleo.
- 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.
- g) En caso de que LA COMPAÑÍA evidencie o sea de su conocimiento probado que, en caso de Funcionarios Públicos exista doble percepción de recursos del Estado, al ser contradictorio a normativa vigente.

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.

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.

EXCLUSIONES, RIESGOS NO CUBIERTOS

No se otorgará cobertura 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.

REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO PARA 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 acreditando la remoción de su puesto de trabajo (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) A solicitud de LA COMPAÑÍA (según la periodicidad de pago) presentar "reporte de movimientos del ASEGURADO" emitido por la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, que respalden que no se encuentra activo laboralmente.
- f) Plan de pagos.
- g) Formularios requeridos por la UIF (si corresponde).

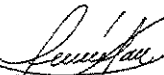
Funcionarios Públicos


- 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) A solicitud de LA COMPAÑÍA (según la periodicidad de pago) presentar "reporte de movimientos del ASEGURADO" emitido por la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, que respalden que no se encuentra activo laboralmente.
- e) Plan de pagos.
- f) 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 de LA COMPAÑÍA 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 PERSONALES


Gabriela Patricia Asmet Fajardo
Gerente General
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


Claudia Páez Aranda Irachola
Subgerente de Riesgos
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


Dennis Alejandro Aragón Serríos
Gerente Servicio Productos
Marketing
Banco de Crédito de Bolivia S.A.


Amara Gabriela Baldivieso Garrón
Gerente de Servicio Segmentos
Marketing
Banco de Crédito de Bolivia S.A.