PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL RENOVABLE ANUALMENTE "MÚLTIPLE"

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante
Resolución Administrativa APS/DS/N° 802-2019 con Código de Registro N° 209-934653-2019 05 049
Cobertura de Muerte I 209-934653-2019 05 049 1001
Cobertura de Gastos de Sepelio 209-934653-2019 05 049 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 # 5555, Torre Empresarial Esimsa, Zona Obrajes de la ciudad de La Paz, en adelante LA COMPAÑÍA o CREDISEGURO.

2) El Asegurado, persona natural cliente de la Entidad Financiera que suscribe el presente contrato (EL TOMADOR), que hayan solicitado su afiliación al seguro y que se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, en adelante el ASEGURADO.

En virtud al presente documento, la Entidad Financiera que suscribe la presente Póliza es EL TOMADOR, quien a nombre y cuenta del ASEGURADO contrata con LA COMPAÑÍA, la cobertura de la presente Póliza.

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

PRIMERA: DEFINICIONES
Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta 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 cardiacos, 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.
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.
Beneficiario: Persona designada por el Asegurado como habilitada para recibir total o parciamente el beneficio de la indemnización en caso de siniestro.
Conmoción Civil: Alteración del orden público.
Contratante: Es la persona o entidad que suscribe la Póliza con la Compañía y la obligada al pago de la Prima.
Daño Malicioso: Actos realizados voluntariamente con el objeto de causar daños en beneficio propio o de terceros.
Enfermedad grave y/o crónica: Patología de especial gravedad y/o afección de larga duración de progresión lenta.
Fecha de inicio de la Póliza: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir las coberturas del seguro.
Gastos de Sepelio: Todos los gastos que demande la Empresa Funeraria, por el Sepelio del ASEGURADO como consecuencia del fallecimiento amparado por la presente Póliza.
Huelgas: Conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores que puede estar circunscrito al abandono del trabajo en relación a una sola empresa o a un grupo de empresas o a todas las de un mismo ramo de actividad. Las huelgas pueden ser en defensa de intereses y reivindicaciones laborales especificas o de carácter general, cuya motivación no se basa en problemas laborales, sino que representan una lucha contra las autoridades públicas, por razones, generalmente, de índole política.

Motín: Movimiento acompañado de violencia de carácter popular, dirigido 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 y alteración del orden público, 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.
Saldo Promedio: Es el equivalente al promedio de los saldos de la(s) cuenta(s) afiliada(s) en los últimos seis (6) meses. Las cuentas con vigencia menor a seis (6) meses, el promedio se calculará sobre el número de meses que tenga vigencia la cuenta.
Suma Asegurada: También llamada **Beneficio** o **Capital Asegurado**, es el importe que será pagado por LA COMPAÑÍA al ASEGURADO/BENEFICIARIO, en caso de siniestro bajo los términos de la Póliza. Dicho importe se calcula sobre los Saldos Promedio de la cuenta de acuerdo a los límites mínimos y máximos establecidos en el presente documento.
Terrorismo: Toda acción violenta efectuada con la finalidad de desestabilizar el sistema político establecido, o causar temor e inseguridad en el medio social en que se produce.
Tomador: Es la persona o entidad que suscribe la Póliza con la Compañía y la obligada al pago de la Prima.
Vandalismo: Actos realizados por cualquier individuo o grupo de individuos, con el objeto de causar daños a la propiedad independientemente sea particular o pública.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS

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

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

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

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

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

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

QUINTA: INICIO DE VIGENCIA

La cobertura otorgada por esta Póliza respecto de cada ASEGURADO, entrará en vigencia a partir del día siguiente de la afiliación.

SEXTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

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

SÉPTIMA: ASEGURADOS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLE

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

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

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

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

OCTAVA: PRIMAS

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

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

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

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

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

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 proporcional al tiempo que la Póliza ha estado en vigor durante dicho periodo.

NOVENA: RENOVACION DEL SEGURO Y REHABILITACIÓN

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

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

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

DÉCIMA: TÉRMINO DEL SEGURO RESPECTO DE CADA ASEGURADO

La responsabilidad de LA COMPAÑÍA respecto a cada ASEGURADO cesará en la primera de los siguientes casos:

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

DÉCIMO PRIMERA: BENEFICIARIO DEL SEGURO

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

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

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

DÉCIMO SEGUNDA: PÉRDIDA DE DERECHO A INDEMNIZACIÓN

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

DÉCIMO TERCERA: CARGOS Y RÉGIMEN IMPOSITIVO

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

DÉCIMO CUARTA: AVISO DE SINIESTRO

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

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

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

DÉCIMO QUINTA: PAGO DEL BENEFICIO

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

LA COMPAÑÍA debe pronunciarse sobre el derecho del BENEFICIARIO dentro de los treinta (30) días de recibidos todos los informes, evidencias, documentos y/o requerimientos adicionales acerca de los hechos y circunstancias del siniestro, las evidencias conducentes a la determinación de la causa, identidad de las personas o intereses asegurados y cuantía de los daños, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 1031 del Código de Comercio, se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efectos del cómputo del plazo. El plazo de treinta (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del siniestro o con la solicitud de LA COMPAÑÍA a EL ASEGURADO/TOMADOR que se complementen los requerimientos contemplados en el artículo 1031 y no vuelve a correr hasta que el asegurado haya cumplido con tales requerimientos. La solicitud de complementos establecidos en el Artículo 1031 por parte de LA COMPAÑÍA no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro del plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho de EL ASEGURADO, después de la entrega por parte de EL ASEGURADO 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.

LA COMPAÑÍA procederá al pago del Beneficio en el plazo máximo de 15 dias posteriores al aviso del siniestro o tan pronto sean llenados los requerimientos señalados en el artículo 1031 del Código de Comercio.

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

Para certificar la Suma Asegurada, EL TOMADOR presentará la relación de los saldos promedios de los últimos seis (6) meses de sus Cuentas de Ahorro, previos a la fecha del siniestro, mediante correo electrónico indicando el monto a indemnizar. Los beneficios en las cuentas mancomunadas, se prorratean entre el número de personas que constituyen la cuenta.

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

DÉCIMO SEXTA: PRESCRIPCIÓN

En caso de muerte, los beneficios del seguro no reclamados, prescriben a 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.

Cumplido el plazo de prescripción, LA COMPAÑÍA quedará liberada de la obligación de pagar la Suma Asegurada al BENEFICIARIO.

DÉCIMO SEPTIMA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

DÉCIMO OCTAVA: IMPUGNACIÓN

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

DÉCIMO NOVENA: MONEDA DEL CONTRATO

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

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

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

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

VIGÉSIMA: DISCREPANCIAS EN LA PÓLIZA

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

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

VIGÉSIMO PRIMERA: DOMICILIO

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

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

VIGÉSIMO SEGUNDA: CLÁUSULA ARBITRAL

Las controversias de hecho sobre las características técnicas del seguro, serán resueltas a través del peritaje, con base en lo establecido en las condiciones de cada 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 cada 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 de acuerdo a su reglamento vigente y en el marco de la Ley 708 de 25 de junio de 2015 (Ley de Conciliación y Arbitraje).

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) podrá fungir como instancia de conciliación, para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV 100.000.- (Cien mil 00/100) Unidades de Fomento de Vivienda). Si por esa vía no se llegara a un acuerdo, la APS podrá conocer y resolver la controversia por resolución administrativa debidamente motivada.

VIGÉSIMO TERCERA: COBERTURA DE MUERTE - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

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

El ASEGURADO deberá cumplir el periodo de carencia establecido en las Condiciones Particulares para que la cobertura pueda ser cubierta en caso de que el ASEGURADO sufra un siniestro accidental dentro del primer mes de su afiliación, gozará de cobertura independientemente del pago de su primera Prima.

LA COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS de la Póliza o Herederos Legales, la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares para la Cobertura de Muerte por causas naturales o accidentales, si el fallecimiento del ASEGURADO se produce a consecuencia de un Accidente, la condición para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA es que el fallecimiento sea inmediato y a consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente, entendido como inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el mismo. Inclusive se considerará Accidente si la muerte accidental ocurre como consecuencia de actos de terrorismo, huelgas, conmoción civil, vandalismo, invasión, motín o tumulto popular, siempre que el ASEGURADO no participe activa y/o directamente en estos actos, y que la causa de la muerte no se encuentre dentro de la cláusula VIGÉSIMO SEXTA del presente documento.

En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia directa e inmediata de un accidente, y ocurrido durante la vigencia de la póliza; la Compañía pagará a los Beneficiarios la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre y cuando la causa de fallecimiento no se encuentre dentro de las exclusiones mencionadas líneas abajo.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de producido el accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa e inmediata de las lesiones originadas por un accidente.

La Compañía cubrirá la consecuencia de muerte que pueda resultar de accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

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

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

a) Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación de acuerdo a la cláusula DÉCIMO NOVENA del presente documento.
b) Suicidio, salvo que el ASEGURADO haya mantenido ininterrumpidamente la cobertura por al menos dos años.
c) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular.
d) Participación en acto delictivo.
e) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
f) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
g) Participar en: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; parapente; artes marciales, boxeo u otros deportes o disciplinas de peleas; equitación; carreras de caballo. Asimismo, la participación del ASEGURADO como conductor o acompañante, profesionalmente o como aficionado, en competencias o ensayos de velocidad o resistencia, en cualquier clase de vehículo, terrestre, acuático o aéreo, a motor o no.
h) Participar en: actos y riesgos políticos y/o terrorismo; atentar contra la propia vida y la de terceros al manipular armas corto punzantes, armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
i) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.7 gramos-litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su deceso.
j) VIH/SIDA
k) Cuando el ASEGURADO esté bajo los efectos de drogas ilícitas.
l) 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.
m) Epidemias declaradas como tal por las entidades gubernamentales competentes.

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

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

A. Muerte Natural

a) Certificado de Defunción original.
b) Certificado Médico de Defunción.
c) Fotocopia simple del Documento de Identidad.
d) Formularios requeridos por la UIF (si aplica)

B. Muerte Accidental

a) Certificado de Defunción original.
b) Certificado Médico de Defunción o Certificado de Defunción emitido por el Instituto de Investigaciones Forenses original o copia legalizada.
c) Fotocopia simple del Documento de Identidad.
d) De ser necesario se solicitará el Informe de la autoridad competente que certifique las circunstancias del Accidente (original o en copia legalizada.)
e) De ser necesario se solicitará el Examen toxicológico y/o de alcoholemia en copia legalizada.
f) Formularios requeridos por la UIF (si aplica)

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

VIGÉSIMO SEXTA: COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA reembolsará los Gastos de Sepelio a consecuencia de Muerte Natural o Muerte Accidental, hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, a lo(s) beneficiario(s) designado(s) o heredero(s) legal(es) que demuestre(n), mediante la presentación de factura(s) de pago, los gastos incurridos para el Sepelio del ASEGURADO cualquiera sea la época en que éste ocurra en tanto se encuentre dentro de la vigencia de la Póliza.

La(s) factura(s) correspondiente(s) debe(n) ser presentada(s) a LA COMPAÑÍA y a nombre de la Razón Social de esta dentro del mismo mes, caso contrario, se procederá al descuento correspondiente de impuestos previo al pago de la indemnización.

Esta cobertura rembolsa los Gastos de Sepelio sobre factura(s) original(es) hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares

La edad de permanencia es de setenta y cinco (75) años. Se contará con un período de carencia de treinta (30) días para contar con el beneficio.

VIGÉSIMO OCTAVA: COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO – EXCLUSIONES, RIESGOS NO CUBIERTOS PARA

Las mismas exclusiones de la Cobertura de Muerte.

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

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

a) Certificado de Defunción Original.
b) Fotocopia simple del Documento de identidad.
c) Facturas Originales del gasto incurrido.

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

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

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES

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

Daniel Renjel Serrano
Gerente Técnico y de Operaciones
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES

Gerente Servicio Segmentos e Marketing y Comunicación
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL RENOVABLE ANUALMENTE "MULTIPLE"

COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Resolución Administrativa APS/DS/N° 802-2019 con Código de Registro N° 209-934653-2019 05 049 1003

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

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 del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.
  No se consideran Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo u otros denominados Accidentes médicos 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 Y SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑIA pagará el Beneficio, si el ASEGURADO sufriera 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.

La Compañía pagará el Beneficio establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

La edad máxima de permanencia es de setenta y cinco (75) años.

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 indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

CUARTA: PAGO DEL BENEFICIO

La obligación de pagar el beneficio, deberá ser cumplida por LA COMPAÑÍA en un solo acto luego de haber determinado la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO y por su valor total, debiendo entregar el(los) cheque(s), el comprobante de transferencia o cualquier otro medio de pago convenido a EL TOMADOR para que este a su vez realice la entrega al(los) BENEFICIARIO(S). El pago de esta cobertura anula la cobertura de muerte natural o muerte accidental en cualquier evento.

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, 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 autoinflingidos.
j) Los ocasionados por los denominados "accidentes médicos", tales como: apoplejía, congestiones, síncopes, 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 COMPAÑIA 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 COMPAÑIA.

SÉPTIMA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

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

a) Dictamen de Invalidez emitido por la Autoridad Competente
b) Certificado Médico original indicando las causas del pronóstico.

c) Fotocopia simple del Documento de Identidad
d) Informe de la autoridad competente que certifique las circunstancias del Accidente (en caso que haya tomado acción en el siniestro) en copia legalizada.
e) Examen toxicológico y/o de alcoholemia en copia legalizada.

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

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

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES

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

Daniel Renjel Serrano
Gerente Técnico y de Operaciones
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES

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

Gerente Servicio Seguridad e Ic
Marketing y Comunicación
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

Crediseguro S.A.
Seguros Personales

SEGURO COLECTIVO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL RENOVABLE ANUALMENTE "MULTIPLE"

COBERTURA ADICIONAL DE ADELANTO POR ENFERMEDAD TERMINAL

Resolución Administrativa APS/DS/N° 802-2019 con Código de Registro N° 209-934653-2019 05 049 1007

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

PRIMERA: DEFINICIONES:

Enfermedad: Es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado de salud. El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo. Es una alteración de la salud de un ser vivo.

Enfermedad Terminal: Enfermedad de Evolución Progresiva; Pronóstico de Supervivencia (médicamente establecida) inferior a seis (6) meses; Ineficacia Comprobada de los Tratamientos; Pérdida de la esperanza de recuperación.

SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA otorga al ASEGURADO un adelanto de la cobertura de muerte, en caso de ser detectada alguna Enfermedad Terminal.
LA COMPAÑÍA pagará el Beneficio establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza para la presente Cobertura.
La edad máxima de permanencia es de sesenta (60) años. Se contará con un periodo de carencia de treinta (30) días para contar con el beneficio.
LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de comprobar el estado de salud del ASEGURADO antes de otorgar este beneficio.

TERCERA: EXCLUSIONES

La presente Cobertura Adicional, tiene las siguientes exclusiones:

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) Enfermedades preexistentes y/o congénitas al inicio del seguro, y que hayan ocasionado menoscabos en la capacidad física del ASEGURADO antes del inicio del seguro, que sean de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación de acuerdo a la normativa vigente.
e) Daños autoinfringidos

CUARTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

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

a) Certificado médico original (Formulario del Colegio Médico) detallando la enfermedad, evolución y pronóstico de la enfermedad expresando la expectativa de vida.
b) Fotocopia simple del Documento de Identidad.

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

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

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES

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

Daniel Renjel Serrano
Gerente Técnico y de Operaciones
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES

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

Bedoya Monroy
Servicio Segmentos e la Marketing y Comunicación
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

TOMADOR: Banco de Crédito de Bolivia S.A.
PÓLIZA: CRS-MULT-005

SEGURO COLECTIVO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL RENOVABLE ANUALMENTE "MULTIPLE"

COBERTURA ADICIONAL POR EMERGENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE

Resolución Administrativa APS/DS/N° 802-2019 con Código de Registro N° 209-934653-2019 05 049 1004

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

Emergencia: Asunto o suceso imprevisto que requiere una acción inmediata. Es una situación fuera de control que se presenta por el impacto de un Accidente.

SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA rembolsa los Gastos Médicos y/o traslado en ambulancia derivados de un Accidente incurridos hasta las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a su ocurrencia y hasta el límite establecido como Suma Asegurada Máxima. No considerándose dentro de la misma aquellas que surjan en la internación del ASEGURADO

La cobertura se otorga sobre los gastos efectivamente incurridos, LA COMPAÑÍA pagará el Beneficio establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza para la presente Cobertura.

La edad máxima de permanencia es de setenta y cinco (75) años.

TERCERA: EXCLUSIONES

La presente Cobertura Adicional, excluye de su cobertura la emergencia médica 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 caballos. 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, 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 la Emergencia.
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, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
i) Daños autoinflingidos.

j) Los ocasionados por los denominados "accidentes médicos", tales como: apoplejía, congestiones, síncopes, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos.

CUARTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

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

a) Original o copia legalizada del informe médico indicando fecha del Accidente, causas y diagnóstico.
b) Informe de la autoridad competente que certifique las circunstancias del Accidente (en caso que haya tomado acción en el siniestro) en copia legalizada.
c) Factura(s) Original(es) que sustente(n) el(los) gasto(s) incurrido(s) por la atención médica exclusivamente.
d) Fotocopia simple del documento de identidad.
e) Examen toxicológico y/o de alcoholemia en copia legalizada.

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

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

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES

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

Daniel Renjel Serrano
Gerente Técnico y de Operaciones
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES

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

Gerente Servicio Segmentos y
Marketing y Comunicación
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL RENOVABLE ANUALMENTE "MULTIPLE"

COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO POR GASTOS ONCOLÓGICOS

Resolución Administrativa APS/DS/N° 802-2019 con Código de Registro N° 209-934653-2019 05 049 1005

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

PRIMERA: DEFINICIONES

- **Cáncer:** Es un término que se emplea para un grupo de enfermedades que tienen un común denominador, la transformación de la célula normal en otra que se comporta de forma muy peligrosa para el cuerpo humano. Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales (invasión del tejido circundante y a veces metástasis).
- **Enfermedad:** Es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado de salud. El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo. Es una alteración de la salud de un ser vivo.
- **Enfermedad grave y/o crónica:** Patología de especial gravedad y/o afección de larga duración de progresión lenta.
- **Hospital:** Establecimiento público o privado para la estancia de personas enfermas o heridas, y de dependencias acondicionadas para el examen, diagnóstico y tratamiento de los pacientes que cuenta con las autorizaciones correspondientes para ejercer como tal.
- **Metástasis:** Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel en que se inició.
- **Tratamiento Médico:** Conjunto de cuidados y remedios que se aplican a una persona para curar una enfermedad. Medidas y acciones terapéuticas o higiénicas, que se ponen en práctica para la curación o el alivio de las enfermedades.
- **Oncología:** Es la especialidad médica que se encarga del estudio y tratamiento de los tumores benignos y malignos, con especial atención a los malignos. Se encarga del diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del cáncer. Se ocupa de los cuidados paliativos de pacientes con enfermedades en estado terminal, los aspectos éticos relacionados con la atención de los enfermos con cáncer y los estudios genéticos relacionados a los tumores.

SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA rembolsa los gastos incurridos por tratamiento médico y/u hospitalización a consecuencia de la enfermedad de cáncer diagnosticada por primera vez, durante el primer y segundo año de tratamiento y hasta el tope establecido como Suma Asegurada máxima. Sólo se consideran como gastos incurridos aquellos sustentados con facturas originales. Los gastos incurridos deberán estar de acuerdo al tarifario médico boliviano.

LA COMPAÑÍA pagará el Beneficio establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza para la presente Cobertura.

No se rembolsarán los gastos realizados con posterioridad al segundo año. Si el tratamiento se prolonga por más de un (1) año, se rembolsará sólo por un (1) año adicional los gastos hasta un máximo de Un mil quinientos 00/100 Dólares Americanos (US$ 1.500).

Para determinar si procede la Cobertura, se tendrá en cuenta la fecha del diagnóstico de cáncer. Para determinar el periodo máximo de rembolso se considerará la fecha de inicio de gastos incurridos por tratamiento de cáncer.

La edad máxima de permanencia es de sesenta (60) años. Se contará con un período de carencia de treinta (30) días para contar con el beneficio.

TERCERA: EXCLUSIONES

La presente Cobertura Adicional, tiene las siguientes exclusiones:

a) Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación de acuerdo a la cláusula DECIMO NOVENA de las Condiciones Generales.
b) 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.
c) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
d) Cáncer de piel (excepto melanoma maligno).
e) Cáncer detectado antes del inicio del seguro.
f) Cáncer no sustentado por un examen de anatomía patológica.
g) Cáncer como consecuencia de acciones de guerra.

CUARTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

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

a) Recetas Médicas.
b) Factura(s) Original(es) que sustente(n) el(los) gasto(s) incurrido(s) por la atención médica exclusivamente.
c) Examen Anatomopatológico.
d) Fotocopia simple del Documento de Identidad.

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

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

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES

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

Daniel Renjel Serrano
Gerente Técnico y de Operaciones
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES

Dennys Alejandra Alarcón Barrios
Gerente Servicio Productos
Marketing
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

Banco de Crédito de Bolivia S.A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL RENOVABLE ANUALMENTE "MULTIPLE"

COBERTURA ADICIONAL DE RENTA HOSPITALARIA

Resolución Administrativa APS/DS/N° 802-2019 con Código de Registro N° 209-934653-2019 05 049 1006

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA otorga una renta diaria al ASEGURADO a partir del tercer día, en caso de hospitalización o internación ininterrumpida y por un periodo máximo de hasta cincuenta (50) días calendario. Los gastos incurridos deberán estar de acuerdo al tarifario médico boliviano.

LA COMPAÑÍA pagará el Beneficio establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza para la presente Cobertura.

La edad máxima de permanencia es de sesenta (60) años. Se contará con un periodo de carencia de treinta (30) días para contar con el beneficio.

TERCERA: EXCLUSIONES

La presente Cobertura Adicional, tiene las siguientes exclusiones:

a) Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación de acuerdo a la cláusula DECIMO QUINTA de las Condiciones Generales de la Póliza.
b) 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.
c) Participación en acto delictivo.
d) 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.
e) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
f) Participar en: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; parapente; artes marciales, boxeo u otros deportes o disciplinas de peleas; equitación; carreras de caballos. 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.
g) Participar en: actos y riesgos políticos y/o terrorismo; atentar contra la propia vida y la de terceros al manipular armas corto punzantes, armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. 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 el siniestro.
h) La participación del ASEGURADO en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

i) VIH/SIDA.
j) Hospitalización por uso o adicción a drogas ilícitas, estupefacientes o alcohol.
k) Embarazo y maternidad.
l) Tratamiento de infertilidad, obesidad o esterilización.
m) Cambio de sexo.
n) Enfermedades contagiosas epidémicas que requieren aislamiento, chequeos médicos o despistajes.
o) Cirugía estética o plástica con fines de embellecimiento.
p) Curas de reposo.
q) Surmenage y enfermedades emocionales.

CUARTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

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

a) Informe médico indicando las causas, diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta original o copia legalizada.
b) Facturas originales que sustenten los gastos incurridos por la atención médica exclusivamente en donde se confirmen los días de hospitalización.
c) Fotocopia simple del Documento de Identidad.

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

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

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES

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

Daniel Renjel Serrano
Gerente Técnico y de Operaciones
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES

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

[illegible] Sedoya Monroy
Gerente de Servicio Segmentos a la
Marketing y Comunicación
Banco de Crédito de Bolivia S.A.