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

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

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

CONDICIONES GENERALES

Son partes intervinientes de la presente Póliza:

1. El Asegurador **CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES**, entidad aseguradora legalmente establecida en Bolivia debidamente registrada y autorizada por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), 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/empleado de la Entidad/Empresa que suscribe el presente contrato (EL TOMADOR), que haya solicitado su afiliación al seguro, que se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza y que haya pagado la prima correspondiente, en adelante el ASEGURADO.

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

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

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

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

Conmoción Civil: Alteración del orden público.

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

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

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

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

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

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

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

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

SÉPTIMA: ASEGURADOS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLE

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

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

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

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

OCTAVA: PRIMAS

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

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

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

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

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

NOVENA: RENOVACION DEL SEGURO Y REHABILITACIÓN

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

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

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

DÉCIMO CUARTA: AVISO DE SINIESTRO

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

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

El ASEGURADO o Beneficiario (s) tienen la obligación de facilitar, a requerimiento de LA COMPAÑÍA, toda la información que tengan sobre los hechos y circunstancias del siniestro, luego de lo cual LA COMPAÑÍA deberá pagar su obligación en un plazo de quince (15) días, de conformidad a 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/BENEFICIARIO del último requerimiento de información. En caso de demora u omisión del ASEGURADO o BENEFICIARIO en proporcionar la información y evidencias sobre el siniestro, el término señalado no corre hasta el cumplimiento de estas obligaciones. El silencio de LA COMPAÑÍA, vencido el término para pronunciarse, importa la aceptación del reclamo.

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

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

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

DÉCIMO SEXTA: PRESCRIPCIÓN

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

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

y Arbitraje de la Cámara Nacional de Comercio de acuerdo a su reglamento vigente y en el marco de la Ley 708 de 25 de junio de 2015 (Ley de Conciliación y Arbitraje).

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

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

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

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

VIGÉSIMO CUARTA: COBERTURA DE MUERTE – SUMA ASEGURADA

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

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

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

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

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

COBERTURA ADICIONAL GASTOS DE SEPELIO
Código de Registro N° 209-934642-2016 04 021 1003
Forma parte integrante de la Póliza registrada en la APS bajo el Registro N° 209-934642-2016 04 021

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

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

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

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA
LA COMPAÑÍA rembolsará hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, a los Beneficiarios determinados por el ASEGURADO en el Certificado de Cobertura, si no se encuentran detallados el beneficio será indemnizado a los Herederos Legales sujeto a la presentación del documento correspondiente.

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

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

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

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

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

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

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES

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

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

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

Martín Bedoya Monroy
Gerente Servicio Segmentos a lo
Marketing y Comunicación
Banco de Crédito de Bolivia S.A

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

COBERTURA ADICIONAL INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER

Resolución Administrativa APS/DS/N° 988/2019 con Código de Registro N° 209-934642-2016 04 021 1114
Forma parte integrante de la Póliza registrada en la APS bajo el Registro N° 209-934642-2016 04 021

Mediante la presente Cobertura, se acuerda y establece otorgar cobertura al Asegurado contra la enfermedad diagnosticada como Cáncer en los términos y condiciones siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES

Cáncer: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y a la proliferación de células malignas así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos, incluyendo Leucemia.
Diagnóstico: Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte.
Exclusiones: Condiciones que NO están cubiertas por el seguro según lo establecido en el Anexo.
Informe Anatomo Patológico Histológico: Resultado histopatológico que define el diagnóstico de cáncer y es emitido por un médico Anatomo Patólogo.
Metástasis: Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel que se inició.
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.
Período de carencia: Tiempo durante el cual las coberturas aún no están activas. Se cuenta luego de la fecha de inicio de la Póliza. Todo diagnóstico y/o enfermedad manifestada durante este período no estará sujeto a cobertura.
Preexistencias: Aquellas enfermedades y condiciones que se han iniciado o diagnosticado ANTES de la contratación de la Póliza, o dentro del período de carencia.
Siniestro: Materialización del riesgo cubierto que en este tipo de Póliza es el primer diagnóstico de la enfermedad de Cáncer, sustentado con el Informe Anatomo Patológico Histológico.
Tumor maligno: Conjunto de células cancerosas que conforman una lesión anormal que aumenta de volumen, invade tejidos vecinos y que puede migrar por vías sistémicas (sanguínea) a otros órganos.

SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

La Compañía ampara al Asegurado pagando una indemnización correspondiente a la enfermedad diagnosticada como Cáncer, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza por persona. Es requisito para que se active este beneficio adicional, que la enfermedad esté diagnosticada y sustentada con el correspondiente Informe Anatomo Patológico Histológico con resultado positivo para Cáncer. Para determinar si procede la cobertura, se tendrá en cuenta la fecha del diagnóstico de Cáncer.

La cobertura estará sujeta una extra prima y a un período de carencia que estará establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza y no será mayor a 90 días para contar con el beneficio, la enfermedad de Cáncer que se inicie o se detecte durante el período de carencia, no se encontrará cubierto bajo este beneficio.

TERCERA: PERSONAS ASEGURABLES

Podrá asegurarse cualquier persona que goce de buena salud y que haya pasado por el proceso de evaluación de La Compañía. Este seguro ampara al Asegurado.

La edad máxima de ingreso y de permanencia de los Asegurados se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza. La edad máxima de permanencia no será mayor a 65 años.

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

ANEXO MODIFICATORIO DE LA CLAUSULA VIGESIMO SEXTA DEL CONDICIONADO GENERAL

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa 1180/2019 con Código de Registro N° 209-934642-2016 04 021 2003

Mediante el presente Anexo, se acuerda y establece la modificación de la Cláusula Vigésimo Sexta del Condicionado General "Cobertura de Muerte – requisitos para Solicitar el beneficio" para leerse de la siguiente manera:

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

Muerte Natural

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

Muerte Accidental

Adicionalmente a las mencionadas anteriormente

a. Si corresponde Informe de la autoridad competente que certifique las circunstancias del Accidente (en caso de que haya tomado acción en el siniestro) en copia legalizada
b. Si corresponde examen toxicológico y/ de alcoholemia en copia legalizada

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. 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 del Asegurado/Tomador, después de la entrega por parte del Asegurado/Tomador del último requerimiento de información. En caso de demora u omisión del Tomador en proporcionar la información y evidencias sobre el siniestro, el término de 30 días no corre hasta el cumplimiento de estas obligaciones. El silencio de La Compañía, vencido el término para pronunciarse, determina la aceptación del reclamo.

Todos los demás Términos y Condiciones de la Póliza de Accidentes Personales, con excepción de lo expresamente variado por la presente Cláusula, quedan en pleno vigor.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES

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

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

Camilo Alejandro Morón Barrios
Gerente Servicio Productos
Marketing
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

[illegible] Bedoya Montoy
Gerente Servicio Segmentos o lo
Marketing y Comunicación
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

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

CLAUSULA DE AMPLIACIÓN DE AVISO DE SINIESTRO

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Código de Registro N° 209-934642-2016 04 021 2002

Mediante la presente Cláusula, se acuerda y conviene ampliar el Plazo de Aviso de Siniestro a la Compañía a 15 días, en aplicación a lo estipulado en los Art. 1028 y 1030 del Código de Comercio en actual vigencia.

Todos los demás Términos y Condiciones de la Póliza de Accidentes Personales, con excepción de lo expresamente variado por la presente Cláusula, quedan en pleno vigor.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES

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

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

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

Martin Sedoya Monroy
Gerente Servicio Segmentos e Io
Marketing y Comunicación
Banco de Crédito de Bolivia S.A.