

Condiciones Particulares

PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Póliza 80275

Código: 207 - 934920 - 2016 06 031

Resolución Administrativa APS/DS/Nº809 Del 17 de junio del 2016

Producto:	31	DESGRAVAMEN TEXTO UNICO
Tipo de Póliza:	Colectiva	Póliza: 80275
Frecuencia de Pago:	Único	
Contratante:	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA FATIMA R.L. - J0000000029482	
Dirección:	BA CASCO VIEJO CA OBISPO PEÑA NRO 63 ZONA EL PARI	
Vigencia:	Desde el 01 de julio del 2020 12 M.	Hasta el 01 de julio del 2023 12 M.
Forma de Pago		
Facilidades:	La Facturación es por Certificado.	
Agente:	J0000000000009	H.P. BROKERS CORREDORES Y ASESORES DE SEGUROS SRL. - 9

Si el tomador o asegurado encuentran que la póliza no concuerda con lo convenido o con lo propuesto, pueden pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días siguientes a la recepción de la póliza. Se consideran aceptadas las estipulaciones de esta Póliza, si dentro del plazo de los quince (15) días siguientes a su recepción el Asegurado no solicita cualquier rectificación o modificación por escrito, conforme al Artículo 1013 del Código de Comercio.

INTERMEDIARIOS

Código	Intermediario	Nombre	Figura	Participación (%)
J0000000000009	95	H.P. BROKERS CORREDORES Y ASESORES DE SEGUROS SRL.	Re. Princ	100.00

ACLARACIONES GENERALES

9.198.563 - 1 CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA

CONDICIONES PARTICULARES
DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
Resolución Administrativa Nº 809 del 17 de Junio 2016
Código de Registro 207 - 934920 - 2016 06 01314001
PÓLIZA Nº 80275

TOMADOR:
COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO FATIMA R.L.

ASEGURADOS:
PRESTATARIOS DEL CONTRATANTE

INICIO DE VIGENCIA:
01 de Julio del 2020

FIN DE VIGENCIA:
01 de Julio del 2023

DIRECCION TOMADOR:
Calle Obispo Peña N°63

CIUDAD:
SANTA CRUZ DE LA SIERRA

TELEFONO (S):
3537000

LUGAR DE PAGO:
ALIANZA VIDA SEGUROS & REASEGUROS S.A.

INFORMACION DE LA ASEGURADORA:
ALIANZA VIDA SEGUROS & REASEGUROS S.A.

RAZON SOCIAL:
ALIANZA VIDA SEGUROS & REASEGUROS S.A.

DIRECCION:
AV. ROCA Y CORONADO NO. 1380 ESQ. CALLE MARIO GUTIERREZ (3ER. ANILLO EXTERNO)

TELEFONO:
(591) 3 63-2727

FAX:
(591) 3 63-2800

E-MAIL:
info@alianzaseguros.com

PAGINA WEB:
www.alianza.com.bo

MATERIA DEL SEGURO:
Cliente del tomador el seguro que hubiera contraído un préstamo, los cuales se consideran para el presente seguro, como asegurados.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO:

La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose al momento del desembolso del Préstamo por parte de la entidad de intermediación Financiera a favor del Asegurado (prestatario) y finalizando en el momento de la extinción de la operación de préstamo.

Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

Los reemplazos de la Entidad Aseguradora que se dieran durante el periodo de vigencia del préstamo, no interrumpirán la vigencia de la Cobertura Individual.

CAPITAL ASEGURADO:

El Capital Asegurado durante la vigencia de la póliza corresponderá para la cobertura de fallecimiento o Invalidez Total y Permanente de la póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, al Valor del Saldo Insoluto de la Deuda; y para las Coberturas Adicionales, corresponderá al valor establecido en el presente certificado.

PRIMA:

El monto de la Prima de tarifa del Seguro de desgravamen Hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado.

COBERTURAS (considerando las exclusiones de la póliza)**COBERTURAS BÁSICAS TASA POR MIL**

Fallecimiento por cualquier causa 0.55 ‰

Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad 0.55 ‰

COBERTURAS ADICIONALES

Gastos de sepelio por USD 500

BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO:

COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO ABIERTA FATIMA R.L.

ALCANCE TERRITORIAL:

Negocios suscritos en el Estado Plurinacional de Bolivia con cobertura Mundial.

LÍMITES DE EDADES:**FALLECIMIENTO**

Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 70 años y 364 días Permanencia: Hasta cumplir los 75 años y 364 días.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 65 años y 364 días.

Permanencia: Hasta cumplir los 70 años y 364 días.

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD:

No podrán asegurarse personas que sean menores de 18 años y las personas mayores a los límites de permanencia establecidos en el presente condicionado particular.

Cuando se traten de casos de mayor riesgo, la admisibilidad podrá requerir el cumplimiento de requisitos establecidos por la Entidad Aseguradora, según Tabla de Requisitos siguiente:

EDAD SUMA EN USD REQUISITOS

Hasta 45 años
de 1.- a 150.000.-
de 150.001.- a 250.000.-
de 250.001.- a 300.000.-
de 300.001.- a 400.000.-
Mayor a 400.000

DJS
DJS+EM+HIV
DJS+EM+AO+L+HIV
DJS+EM+AO+ECG+L+HIV
DJS+EM+AO+ECG+L+HIV+IF

De 46 a 55 años
de 1 a 150.000.-
de 150.001.- a 200.000.-
de 200.001.- a 350.000.-
Mayor a 350.000.

DJS
DJS+EM+HIV
DJS+EM+AO+ECG+L+HIV
DJS+EM+AO+ECGM+L+HIV+IF

de 56 a 70 años
De 1 hasta 100.000.-
de 100.001.- a 150.000.-
de 150.001.- a 200.000.-
de 200.001.- a 300.000.-
Mayor a 300.000.-

DJS
DJS+EM
DJS+EM+AO+L+HIV
DJS+EM+AO+ECG+L+HIV
DJS+EM+AO+ECGM+HIV+IF

NOTA: Una vez evaluado el riesgo y en caso de ser necesario, la Compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional.

PROCÉDIMIENTO DE CONTROL DE FORMULARIOS:

El plazo de validez del llenado del Formulario de Declaración Jurada de Salud y las pruebas de asegurabilidad, se establece en 180 días.

Una vez autorizada la cobertura para el Propuesto Asegurado, la Cooperativa tiene 180 días para realizar el desembolso; pasado ese tiempo si el crédito no fue desembolsado, se deberá gestionar el llenado de una nueva Declaración Jurada de Salud y su aprobación correspondiente incluyendo el cumplimiento de requerimientos médicos (si corresponden).

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE ASEGURADOS:

La Entidad Aseguradora se responsabiliza por el control de los incrementos en el capital asegurado de cada Prestatario y por el

cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad y admisibilidad a través del cruce de información de su base de datos.

CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA:

Conforme al reglamento de seguro de Desgravamen Hipotecario de la APS.

PLAZOS DE RESPUESTA: se establecen los siguientes plazos de respuesta para toda solicitud de contratación del seguro de Desgravamen Hipotecario:

- Para casos donde se requiera la autorización y/o validación de parte de la Compañía, se conviene un plazo máximo de 1 día hábil.
- Para casos donde el Cliente requiera dar cumplimiento a exámenes médicos, se conviene un plazo con la Aseguradora de 2 días hábiles, una vez completado los mismos.
- Para casos que requieren evaluación especial del Reasegurador, el plazo máximo de respuesta es de 3 días hábiles, una vez completado los mismos.

MONTO A INDEMNIZAR EN CASO SE SINIESTRO: El saldo insoluto del crédito otorgado al asegurado, a la fecha del siniestro, considerando tanto el capital como los intereses corrientes que se devenguen.

PLAZOS DE EVALUACIÓN Y PAGO DE SINIESTROS: Una vez completada toda la documentación requerida por la Entidad Aseguradora, ésta tiene un plazo máximo de 15 días hábiles para emitir un pronunciamiento.

Las indemnizaciones que correspondan al Asegurado en caso de siniestros cubiertos por la póliza, no excederán en ningún caso los 15 días hábiles.

Queda convenido igualmente que la ausencia de la Declaración Jurada de Salud no constituye por sí sola, causa de rechazo por parte de la Entidad Aseguradora.

REQUISITOS MÍNIMOS A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL

- a) Certificado Médico de Defunción (copia legalizada) emite Hospital o Clínica - Forense
 - b) Certificado de Defunción (original Registro Civil); si el Asegurado hubiera fallecido fuera del país, el certificado indicado deberá llevar las legalizaciones correspondientes según disposiciones legales, tales como las del Consulado Boliviano en el país de ocurrencia del deceso, Cancillería de la República y otros.
 - c) Certificado de Nacimiento – copia simple
 - d) Cedula de Identidad – copia simple
 - e) Historia Clínica foliada y en su totalidad (en caso de fallecimiento natural); en caso de que el saldo del crédito del cliente a fecha de fallecimiento sea menor a Bs. 35,000 se libera la presentación del Historial Médico.
- En caso no existir Historial Médico, se deberá presentar Certificado Negativo de las Cajas de Salud y principales Hospitales Municipales.
- f) Informe de la FELCC - original o copia legalizada por la misma institución (en caso de muerte accidental)
 - g) Levantamiento legal del cadáver - original o copia legalizada por la misma institución (en caso de muerte accidental)
 - h) Contrato de Préstamo – copia simple
 - i) Plan de pagos del crédito – copia simple
 - j) DJS original
 - k) Saldo insoluto a fecha de fallecimiento

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

- a) Certificado de Invalidez Total y Permanente expedida por el médico tratante
- b) Resultado de los exámenes o pruebas de diagnóstico que respalden el informe médico
- c) Cedula de Identidad – copia simple
- d) Dictamen del grado de invalidez emitido por un médico autorizado por el Ente Regulador
- e) Contrato de Préstamo – copia simple Saldo insoluto a fecha de dictamen de invalidez. Plan de Pagos

SEPELIO

- a) Certificado de Defunción (original Registro Civil)
- b) DJS original
- c) Cedula de Identidad del Beneficiario de la cobertura adicional – copia simple

EXCLUSIONES

- a) Enfermedad pre-existente que no fue comunicada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- b) Intervención directa o indirecta del Asegurado en actos criminales, que le ocasionen el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.
- c) Guerra internacional o civil (declarada o no), revolución, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad del Estado.
- d) Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- e) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso no declarada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.
- f) Suicidio causado dentro de los dos primeros años a partir del desembolso del préstamo.

ERRORES U OMISIONES: La Entidad Aseguradora se compromete en considerar bajo cobertura de ésta póliza, aquellas operaciones que, por algún error u omisión del Tomador, no hubiesen sido incorporadas en los reportes mensuales proporcionados al Asegurador y por lo tanto las primas no hubiesen sido canceladas, en cuyo caso el Asegurador deducirá el monto de las indemnizaciones procedentes las primas no cobradas.

OBSERVACIONES: Las primas de este seguro no constituyen hecho generador de tributo según el Art. N°54 de la Ley de Seguros 1883 del 25 de junio de 1998

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA:

Condicionado Particulares

Condicionado General

Certificados de Coberturas Individual.

Clausulas.

Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Asegurado.

Santa cruz 19 de junio de 2020

CLAUSULAS

- Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario - Cond. General

CENTRAL DE RIESGO

En cumplimiento del Art. 14 del Capítulo III de las disposiciones finales de la Resolución Administrativa Nro. 746 de fecha 31 de diciembre de 2001 de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros, autorizo a ALIANZA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A. a reportarme a la Central de Riesgo del Mercado de Seguros, en caso de incumplimiento de pago acorde las normativas reglamentarias de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros -APS.



Carlos Alberto Salazar Riquelme
JEFE REGIONAL TECNICO COMERCIAL
"ALIANZA VIDA"
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.



Fabrizio Amelunge Alénder
APODERADO
"ALIANZA VIDA"
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

ALIANZA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

ASEGURADO

Santa Cruz, 19 de junio de 2020

PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO - COND. GENERAL

207-934920-2016 06 031

CONDICIONES GENERALES

Resolución Administrativa APS/DS/Nº 809 del 17 de Junio de 2016

CLÁUSULA 1.- (DEFINICIONES). Las partes convienen en definir, los siguientes términos:

Asegurado: Persona natural deudora y/o codeudora de una Entidad de Intermediación Financiera por la suscripción de un contrato de préstamo, cubierto por el Seguro de Desgravamen Hipotecario.

Beneficiario: La Entidad de Intermediación Financiera otorgante del préstamo contratado por el Asegurado con la Cobertura del Seguro de Desgravamen Hipotecario, descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguros.

Para las coberturas adicionales, Beneficiario (s) será (n) la (s) designada (s) por el Asegurado.

Codeudor: Es la persona que se obliga conjuntamente a otra (s) de forma directa) a efectuar el pago del préstamo.

Entidad Aseguradora: Sociedad Anónima de giro exclusivo en la Administración de autorizada por APS, para la contratación de seguros directos en la modalidad de Seguros de Personas, que asume los riesgos amparados en el Seguro de Desgravamen Hipotecario.

Enfermedad Pre-existente: Corresponde a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien toma el servicio de diagnóstico de salud o examen médico, antes de la contratación de Seguro.

Fallecimiento: Es la muerte por cualquier causa del Asegurado.

Invalidez Total y Permanente: Se considera Invalidez Total y Permanente al estado de situación física del Asegurado que como consecuencia de una enfermedad o accidente presenta una pérdida o disminución de su capacidad física y/o intelectual, igual o superior al 60% de su capacidad de trabajo, siempre que el grado de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO) o la Entidad Encargada de Calificar (EEC) o por un médico calificador debidamente registrado en la APS.

Saldo Insoluto de la Deuda: Es el saldo adeudado por el Asegurado a la Entidad de Intermediación Financiera y representa el monto inicial del préstamo menos las amortizaciones de capital efectuadas más los intereses devengados.

Tomador del Seguro: Entidad de Intermediación Financiera que por cuenta y a nombre del Asegurado (prestatario), contrata con la Entidad Aseguradora el Seguro de Desgravamen Hipotecario.

CLÁUSULA 2.- (COBERTURAS BÁSICAS Y ADICIONALES).

Fallecimiento por cualquier Causa

COD: 207 - 934920 - 2016 06 031 1001

Invalidez Total y Permanente

COD: 207 - 934920 - 2016 06 031 1002

El Capital Asegurado que figura en el Certificado de Cobertura Individual será pagado por la Entidad Aseguradora, cuando el Asegurado sufra el Fallecimiento por cualquier causa o la Invalidez Total y Permanente, salvo por los riesgos excluidos que se encuentran especificados en la Cláusula 3 del presente documento.

En ningún caso la Entidad Aseguradora podrá realizar el pago del siniestro a prorrata en función de número de codeudores.

debiendo cubrir la totalidad del Saldo Insoluto de la Deuda para los casos referidos, ante la ocurrencia del siniestro que afecte a cualquiera de los Codeudores.

Cuando la operación de préstamo contemple Codeudores, se aseguran todos los codeudores, cada uno por el 100% del Saldo Insoluto de la Deuda.

CLÁUSULA 3.- (RIESGOS EXCLUIDOS). La Entidad Aseguradora no cubrirá y estará eximida de toda responsabilidad, en caso que el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado sobrevenga, directa o indirectamente como consecuencia de:

- a) Enfermedad pre-existente que no fue comunicada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- b) Intervención directa o indirecta del Asegurado en actos criminales, que le ocasionen el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.
- c) Guerra internacional o civil (declarada o no), revolución, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad del Estado.
- d) Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- e) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso no declarada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.
- f) Suicidio causado dentro de los primeros años a partir del desembolso del préstamo.

CLÁUSULA 4.- (VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO). La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente en el marco de la vigencia de la Póliza de Seguro.

La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado se iniciará en el momento del desembolso del Préstamo por parte de la Entidad de Intermediación Financiera a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizará en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de la fecha de vencimiento de pago.

Los reemplazos de Entidad Aseguradora que se dieran durante el periodo de vigencia del préstamo, no interrumpirán la vigencia de la Cobertura Individual.

La aprobación del Seguro podrá ser automáticamente al llenado del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.

En caso de que el riesgo requiera de evaluación y no sea aprobado de manera automática, el pronunciamiento de la Entidad Aseguradora no podrá exceder el plazo de 5 días hábiles de haber recibido los Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud, entendiéndose aceptada la solicitud de no pronunciarse en dicho plazo.

Si la Entidad Aseguradora para su pronunciamiento requiera previamente de exámenes médicos sobre el estado de salud del solicitante del Seguro de Desgravamen Hipotecario, deberá solicitar los mismos en el plazo de los cinco (5) días hábiles establecidos para su pronunciamiento, computables de la fecha de recepción del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud. Una vez conocidos los resultados de los exámenes médicos, la Entidad Aseguradora en el plazo de diez (10) días hábiles computables a partir de la recepción de los mismos, deberá pronunciarse comunicado de manera expresa la aceptación, o el establecimiento de condiciones particulares de aseguramiento para el caso, o el rechazo. La falta de dicha comunicación, significará la tácita aceptación de la Entidad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora tiene la responsabilidad de que los requisitos de asegurabilidad establecidos por su reasegurador, se encuentren reflejados en el Condicionado Particular.

CLÁUSULA 5.- (CERTIFICADOS DE COBERTURA INDIVIDUAL). La Entidad Aseguradora deberá acreditar individualmente a los Asegurados los términos y condiciones básicos del Seguro de Desgravamen Hipotecario establecidos en el presente reglamento.

Sin que supla el mecanismo electrónico, el Certificado de Cobertura Individual también podrá instrumentarse, sujeto a aceptación de la Entidad de Intermediación Financiera, sin costo para el Asegurado, a través de los comprobantes de amortización del préstamo, incluyéndose en ellos los términos y condiciones básicos de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario (Coberturas, tasa neta, exclusiones, requisitos, plazo para el pago de las indemnizaciones y otros).

De manera coexistente al Certificado de Cobertura Individual efectuado por intermedio del mecanismo electrónico y del comprobante de amortización del préstamo, la Entidad Aseguradora o en su caso la Corredora de Seguros, a simple requerimiento del Asegurado y sin costo alguno para éste, también podrá extender el Certificado de Cobertura Individual convencional.

CLÁUSULA 6.- (PREVALENCIA LEGAL). La Póliza de Seguro comprende el Condicionado General, el Condicionado Particular, el Certificado de Cobertura Individual, las Cláusulas, Formularios de Solicitud de Seguros y Declaración de Salud del Asegurado.

En caso de discrepancia entre éstas, prevalecerá lo establecido en el Condicionado Particular sobre el Condicionado General. Si el Certificado de Cobertura Individual se encuentra en discrepancia con lo establecido en el Condicionado General y/o Condicionado Particular de la Póliza y/o Cláusulas, prevalecerá lo dispuesto por el Certificado de Cobertura Individual.

CLÁUSULA 7.- (PARTES CONTRATANTES). Son partes en el presente contrato, la Entidad Aseguradora que asume los riesgos comprendidos en el contrato, el Asegurado que es la persona física que está expuesta al riesgo cubierto por el Seguro y el Tomador del Seguro es la persona jurídica que, por cuenta y a nombre de un Asegurado, contrata con la Entidad Aseguradora la cobertura de los riesgos.

CLÁUSULA 8.- (ADMISIBILIDAD). No podrán asegurarse personas que sean menores de 18 años y las personas mayores de la edad establecida en el Condicionado Particular. Cuando se traten de casos de riesgo agravado, la admisibilidad requerirá el cumplimiento de requisitos de asegurabilidad establecidos en el Condicionado Particular y la aceptación expresa del riesgo por la Entidad Aseguradora.

CLÁUSULA 9.- (OBLIGACIÓN DE DECLARAR DEL ASEGURADO). El Asegurado está obligado a declarar objetiva y verazmente las afectaciones de salud que tiene y todo hecho y circunstancias que tengan importancia para la determinación del estado de riesgo, tal como lo conozca; a través del Formulario de Declaración de Salud proporcionado por la Entidad Aseguradora.

Si se extendió la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario sin exigir al Asegurado las declaraciones escritas, se presume que la Entidad Aseguradora conocía el estado de riesgo, salvo que ésta pruebe dolo o mala fe del Asegurado.

CLÁUSULA 10.- (RETICENCIA O INEXACTITUD). La reticencia o inexactitud en las declaraciones del Asegurado en el Formulario de Declaración de Salud hacen anulable la Cobertura Individual, siempre y cuando dicha reticencia o inexactitud suponga ocultación de antecedentes, de tal importancia que, de ser conocidos por la Entidad Aseguradora, ésta no habría otorgado la o las coberturas del contrato o de hacerlo, lo hubiera hecho en condiciones distintas. La Entidad Aseguradora deberá demostrar este aspecto al momento de alegar reticencia o inexactitud.

Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe por parte del Asegurado hacen nula la Cobertura Individual, en tal caso el Asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

Se presume la buena fe del Asegurado, correspondiendo probar lo contrario a la Entidad Aseguradora.

CLÁUSULA 11.- (INAPLICABILIDAD DE LA RETICENCIA O INEXACTITUD). La Entidad Aseguradora no puede alegar reticencia o inexactitud, en los siguientes casos:

- a) Si la reticencia o inexactitud no implica un mayor riesgo, tal que conocidos por la Entidad Aseguradora los hechos o estados de situación verdaderos, la misma admitiría el riesgo sin recargo alguno.
- b) Si la Entidad Aseguradora otorga cobertura al Asegurado con el Certificado de Cobertura Individual sin exigir la Declaración de Salud.
- c) Si el Asegurado al momento de su Declaración de Salud no conocía el estado del riesgo.
- d) Si la Entidad Aseguradora no pidió antes de la emisión del Certificado de Cobertura Individual, las aclaraciones en puntos manifiestamente vagos y/o imprecisos de las declaraciones.
- e) Si la Entidad Aseguradora por otros medios de manera previa a la aceptación del estado de riesgo tuvo conocimiento del verdadero estado del riesgo.
- f) Si la reticencia o inexactitud no tiene relación con la producción del siniestro o sus efectos.

CLÁUSULA 12.- (MODIFICACIÓN, RESCISIÓN Y PÉRDIDA DE COBERTURA DEL CONTRATO). Una vez que la Entidad Aseguradora asume los riesgos derivados del Certificado de Cobertura Individual, esta no podrá modificar las condiciones del contrato, ni podrá rescindir del mismo, la falta de pago de la prima implica la pérdida de la cobertura después de los treinta (30) días de la fecha en que debió ser efectuado el pago.

CLÁUSULA 13.- (NULIDAD DE LA COBERTURA). La cobertura Individual será declarada nula cuando el Seguro haya sido suscrito para una persona menor a diez y ocho (18).

CLÁUSULA 14.- (INDISPUTABILIDAD). La validez de esta Póliza y su cobertura no será discutida después de transcurridos los dos años desde el momento de la fecha de desembolso del préstamo, y de la aceptación expresa o tácita de la Entidad Aseguradora.

Si dentro de los dos años desde la fecha de desembolso del préstamo, la Entidad Aseguradora no ha pretendido impugnar o anular de dicha cobertura por reticencia o inexactitud en las Declaraciones de Salud del Asegurado. La Entidad Aseguradora pasado dicho plazo, está impedida de pretender la impugnación o anulación.

Para efectos del cómputo del plazo mencionado precedentemente, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida de la Cobertura Individual, no obstante la misma hubiera sido otorgada por más de una Entidad Aseguradora.

La falta de pago de primas por parte del Asegurado libera a la Entidad Aseguradora a Indemnizar en caso de producido el evento.

CLÁUSULA 15.- (SUICIDO). La Entidad Aseguradora no se libera de pagar el siniestro correspondiente, en caso de producirse el suicidio del Asegurado, después de dos años desde el desembolso del préstamo.

CLÁUSULA 16.- (PRIMAS). El monto de la prima de tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado.

La prima es debida desde el momento de la celebración del contrato, pero no es exigible sino con la emisión del Certificado de Cobertura Individual.

Es obligación de la Entidad de Intermediación Financiera abonar a la Entidad Aseguradora el monto de la prima pagada por el Asegurado en el término que ambas partes convengan contractualmente.

El pago de la prima deberá ser efectuado mensualmente por el Asegurado a la Entidad Aseguradora, a través de la Entidad de Intermediación Financiera, designada por la Entidad Aseguradora, en las mismas fechas del cronograma de amortización del préstamo, salvo que en el Condicionado Particular de la Póliza se establezca una modalidad diferente. No incurre en mora el Asegurado, si el lugar del pago o el domicilio de la Entidad Aseguradora o el lugar indicado en la Póliza han sido cambiados sin su conocimiento.

El incumplimiento de pago de la prima treinta (30) días después de la fecha en que debió efectuarse, interrumpirá la vigencia de la Cobertura Individual del Asegurado.

El abono de las primas de la Entidad de Intermediación Financiera a la Entidad Aseguradora, en forma posterior a la fecha en que el Asegurado pagó la prima, no significará mora o incumplimiento atribuible al Asegurado, y cualquier contingencia o perjuicio que causen dichas situaciones al Asegurado, serán de responsabilidad plena de la Entidad de Intermediación Financiera.

CLÁUSULA 17.- (REHABILITACIÓN). Si el Seguro caduca por falta de pago de la prima, el Asegurado o el Tomador del Seguro puede, en cualquier momento, rehabilitar la Cobertura, con el pago de la (s) prima (s) atrasada (s), y los intereses devengados sin la necesidad del examen médico.

CLÁUSULA 18.- (CAPITAL ASEGURADO). El Capital Asegurado durante la vigencia de la Póliza corresponderá, para la cobertura de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, al Valor del Saldo Insoluto de la Deuda y; para las Coberturas Adicionales, corresponderá al valor establecido en el Certificado de Cobertura Individual.

CLÁUSULA 19.- (EL SINIESTRO). El siniestro se produce al materializarse el riesgo cubierto por la Póliza de Seguro y da origen a la obligación de la Entidad Aseguradora de indemnizarlo efectuar el pago de la prestación convenida. El siniestro se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario.

Si el siniestro se produce dentro de la vigencia del Seguro, la Entidad Aseguradora responde con la indemnización correspondiente, aun cuando se evidencie la ocurrencia del siniestro durante el mes siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago de la prima que no fue pagada, pero si el siniestro se produce antes de la entrada de vigencia del Seguro, o de manera posterior a la conclusión de la vigencia del seguro, la Entidad Aseguradora no responde por la indemnización.

Para efectos de la cobertura de Fallecimiento, el siniestro se reconocerá a partir de la fecha de la ocurrencia del mismo.

En caso de Invalidez Total y Permanente, se reconoce que el siniestro se ha producido en la fecha determinada en el dictamen médico.

CLÁUSULA 20. (PRUEBA DEL SINIESTRO). En caso de Fallecimiento, incumbe al beneficiario probar que se suscitó el siniestro.

En caso de Invalidez Total y Permanente, corresponde al Asegurado o Beneficiario probar la ocurrencia del Siniestro.

En su caso corresponde a la Entidad Aseguradora probar los hechos y circunstancias que pudieran liberarlo, en todo o en parte, de su responsabilidad.

El siniestro se presume producido por caso fortuito, salvo pruebe en contrario.

CLÁUSULA 21.- (AVISO DE SINIESTRO). El Asegurado o Beneficiario en un plazo máximo de quince (15) días calendario de tener conocimiento del siniestro, deberá comunicar tal hecho a la Entidad Aseguradora, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.

No se puede invocar retardación u omisión del aviso cuando la Entidad Aseguradora, dentro del plazo indicando, intervenga en la comprobación del siniestro al tener conocimiento del mismo por cualquier medio.

La Entidad Aseguradora podrá liberarse de sus obligaciones cuando compruebe que el Asegurado o Beneficiario, según el caso, omita dar el aviso dentro del plazo establecido, con el fin de impedir la comprobación oportuna de las circunstancias del siniestro.

CLÁUSULA 22.- (REQUERIMIENTOS Y LIMITES A LA INFORMACIÓN). La Entidad Aseguradora tiene el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario, toda la información que pueda ser proporcionada por estos, siempre y cuando permitan determinar la causa, identidad de las personas, hechos y circunstancias del Siniestro.

La exigencia de documentos por parte de la Aseguradora, estará limitada a la posibilidad razonable de ser presentados por parte del Asegurado o Beneficiario. Toda exigencia que sobrepase ese límite, ha de entenderse como exigencia prohibida. Además, dichas exigencias no pueden exceder los límites de la obligación determinada en la cláusula 20 del presente condicionado y deberán estar relacionadas a la ocurrencia del Siniestro.

No surte efecto alguno la convención que condicione la indemnización a cargo de la Entidad Aseguradora, a una sentencia pasada en autoridad de cosa juzgada.

CLÁUSULA 23.- (PLAZO PARA PRONUNCIARSE). La Entidad Aseguradora debe pronunciarse sobre el derecho del Asegurado o Beneficiario dentro de los (30) días de recibida la información y evidencias del Siniestro. Se dejara constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efecto del cómputo de plazos.

El plazo de (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del Siniestro o con la solicitud de la Entidad Aseguradora al Asegurado para que se complemente la información, y este plazo no vuelve a correr hasta que el Asegurado haya cumplido con tales requerimientos.

La solicitud de complementación por parte de la Entidad Aseguradora 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 y/o Beneficiario, después de la entrega por parte del Asegurado y/o Beneficiario del último requerimiento de información.

El silencio de la Entidad Aseguradora, vencido el término para pronunciarse o vencida (s) la (s) solicitud (es) de complementación, importa la aceptación del reclamo.

CLÁUSULA 24.- (REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN).

a) Documentación para el pago de la Indemnización en caso de Fallecimiento del Asegurado

-Certificado de Defunción extendido por Oficial de Registro Civil. Si el Asegurado hubiera fallecido fuera del país, el indicado Certificado deberá llevar las legalizaciones correspondientes del consulado boliviano del país donde hubiera ocurrido el

hecho o el consulado boliviano más accesible, y el de la Autoridad Competente en territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

En caso de que la obtención del Certificado de Defunción fuera dificultosa por ausencia de Oficinas de Registro Civil en la jurisdicción municipal del domicilio del Asegurado siniestrado o en la jurisdicción municipal colindante del municipio donde vive el Asegurado siniestrado, podrá ser aceptada una certificación extendida por la autoridad comunitaria competente del lugar de ocurrencia del siniestro, con la participación de dos personas en calidad de testigos.

- Documento de identificación del Asegurado.
- Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.
- Documento de Pre-liquidación del préstamo emitido por el Tomador.

b) Documentación para el Pago de la Indemnización en caso de Invalidez Total y Permanente

- Declaración médica de Invalidez, emitida por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO) o por la Entidad Encargada de Calificación (EEC) o por el médico calificador registrado en la APS.
- Documento de identificación del Asegurado.
- Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.
- Documento de Pre-liquidación del préstamo emitido por el Tomador.

CLÁUSULA 25. (PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN). Establecido el derecho del Asegurado o Beneficiario conforme lo dispuesto en la cláusula 23 del presente condicionado, la Entidad Aseguradora debe pagar la indemnización, dentro de los quince (15) días siguientes.

La Entidad Aseguradora se compromete a realizar el pago total de la indemnización ante la ocurrencia del Siniestro que afecte a cualquiera de los codeudores.

Si la Entidad Aseguradora incurre en mora, vencido el plazo señalado, procederá el pago adicional de intereses sobre el capital no pagado entre la fecha límite de pago y la fecha de pago efectivo, que se calcularán diariamente aplicando la tasa promedio ponderada del sistema financiero para préstamos en moneda nacional, publicada por el Banco Central de Bolivia.

CLÁUSULA 26. (DERECHOS NO SUBROGABLES). La Entidad Aseguradora no puede, en ningún caso, subrogarse los derechos que tenga el Asegurado o Beneficiario contra terceros causantes del siniestro.

CLÁUSULA 27. (PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN). El Asegurado o Beneficiario pierde el derecho a la indemnización o pago de las prestaciones convenidas, cuando:

- a) Provoquen dolosamente el siniestro;
- b) Oculte o altere, maliciosamente, en la verificación del siniestro, los hechos y circunstancias relacionados al aviso del siniestro y la documentación requerida por la Entidad Aseguradora;
- c) Recorra a pruebas falsas con el ánimo de obtener un beneficio ilícito.

CLÁUSULA 28. (PRESCRIPCIÓN). Los beneficios no reclamados, prescriben en favor del Estado, en el término de cinco años a contar de la fecha en que el Beneficiario conozca la existencia del beneficio en su favor.

La prescripción se interrumpe por cualquiera de los actos jurídicos establecidos por Ley.

29. (CONTRAVERSIA DE HECHO). Las controversias de hecho sobre las características técnicas del Seguro, serán resueltas a través del peritaje, de acuerdo a lo establecido en la Póliza de Seguro. Si por esta vía no se llegara a un acuerdo sobre dichas

controversias, éstas deberán definirse por la vía del arbitraje.

Las partes, de común acuerdo, podrán nombrar un perito único; si no hubiera acuerdo, cada parte nombrará el suyo y un tercero dirimidor. Este último será designado por el Juez, si las partes no acuerdan su nombramiento.

CLÁUSULA 30.- (CONTROVERSIAS DE DERECHO). Las controversias de derecho suscitadas entre las partes sobre la naturaleza y alcance del contrato de Seguro, serán resueltas únicamente por la vía del arbitraje de acuerdo a lo previsto en la Ley N° 708 de 25 de junio de 2015.

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá fungir como instancia de conciliación, para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV 100.000.000.- (Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento a la Vivienda). Si por esta vía y considerando dicha cuantía, no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá conocer y resolver la controversia mediante Resolución Administrativa debidamente motivada.

CLÁUSULA 31.- (COMPETENCIA). El Juez o tribunal competente para conocer las acciones judiciales emergentes del contrato de Seguro de Desgravamen Hipotecario será el del asiento judicial correspondiente al domicilio señalado por el Asegurado como domicilio real.

CLÁUSULA 32.- (OBLIGACIÓN DE COMUNICAR). Cualquier comunicación que haya de efectuarse entre las partes del contrato, en relación a la presente póliza, deberá enviarse a la Entidad Aseguradora por escrito a su domicilio y al último domicilio establecido por el Asegurado o Tomador del Seguro.

CLÁUSULA 33.- (COMPUTO DE PLAZOS). Para efecto de los plazos de la Póliza, el plazo en días, se computará a partir del día siguiente al de la fecha de ocurrido el hecho.

El plazo de vencimiento que coincida en un día sábado, domingo o feriado pasará al día hábil siguiente.

CLÁUSULA 34.- (DUPLICADOS DE PÓLIZAS Y CERTIFICADOS DE SEGUROS). La Entidad Aseguradora, a solicitud escrita y a costa del Tomador o Asegurado, extenderá duplicado legalizado de la póliza (Cláusulas, Certificados, etc.) en caso de robo, pérdida, destrucción u otros.

Asimismo, el Tomador y/o el Asegurado podrán requerir copia de la propuesta de seguro y de sus declaraciones a la Entidad Aseguradora.

FIRMAS AUTORIZADAS



Carlos Alberto Bulcázar Espino
JEFE REGIONAL TÉCNICO COMERCIAL
"ALIANZA VIDA"
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.



Fabrizio Amelunge Méndez
APODERADO
"ALIANZA VIDA"
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Santa Cruz, 19 de junio de 2020