

**SLIP DE COTIZACIÓN
POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
DE VIVIENDA Y VEHICULAR**

1. TOMADOR Y/O CONTRATANTE

Banco de Crédito de Bolivia S.A.

2. PLAZO DE CONTRATACIÓN

De acuerdo a lo establecido en el DBC:

Un (1) año, pudiendo acordarse renovaciones automáticas bajo las mismas condiciones por hasta dos periodos similares. La vigencia de la póliza no podrá exceder los tres años según normativa de la APS.

3. COBERTURA

- Fallecimiento por cualquier causa
- Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad (ITP)

4. BENEFICIARIO

Beneficiario a título oneroso del Banco

5. ASEGURADOS

Personas Naturales (deudores y/o codeudores) que contraten con el Banco de Crédito de Bolivia S.A. créditos hipotecarios de vivienda, créditos hipotecarios de vivienda de interés social y créditos hipotecarios vehiculares.

6. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

6.1. Límites de edad

Muerte por cualquier causa

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 70 años y 364 días

Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días

ITP x Accidente o Enfermedad

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 65 años y 364 días

Edad máxima de permanencia: 70 años y 364 días

6.2. Requisitos de admisibilidad

No podrán asegurarse personas que sean menores de 18 años y las personas mayores a los límites de permanencia establecidos.

Cuando se traten de casos de mayor riesgo, la admisibilidad podrá requerir el cumplimiento de requisitos establecidos por la entidad aseguradora.

De acuerdo a los siguientes rangos:

Rango U\$D	Requisitos	Tiempo de respuesta
0 – 100.000	Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud	Afiliación automática
100.001 – 150.000	Formulario de Solicitud de Seguro + Declaración de Salud	Máximo 24 Horas hábiles
150.001 – 250.000	Formulario de Solicitud de Seguro + Declaración de Salud + Evaluación Médica + Examen de Sangre Básico	Máximo 4 días hábiles
250.001 – 600.000	Formulario de Solicitud de Seguro + Declaración de Salud + Evaluación Médica + Examen de Sangre Completo + Electrocardiograma + Examen de Orina Completo	Máximo 4 días hábiles

7. VIGENCIA DE COBERTURA

La Póliza iniciará su vigencia con el Banco en la fecha que se indique en el Condicionado Particular.

7.1. Cartera Nueva

La vigencia individual de la cobertura será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento del desembolso del crédito por parte del Banco a favor del Asegurado 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.

Esto incluye la cobertura para la cartera cuyas cuotas sean diferidas y/o reprogramadas por efecto de disposiciones legales y regulatorias que eventualmente sean emitidas por autoridades competentes, hasta la conclusión de la operación crediticia asegurada.

7.2. Cartera Antigua

Todos los clientes del banco (deudores y codeudores) de las operaciones de crédito desembolsadas por el Banco antes del inicio de la vigencia de esta póliza están automáticamente asegurados sin ningún tipo de limitación y en las mismas condiciones de la póliza anterior, por lo tanto, la vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente y se iniciará al momento de la suscripción de la presente póliza.

La antigüedad del Asegurado para efectos de la indisputabilidad y riesgo de muerte por suicidio se mantendrá subsistente y proseguirá su acumulación, aun cuando se produzca el cambio de Entidad Aseguradora. La vigencia finaliza 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.

Esto incluye la cobertura para la cartera cuyas cuotas han sido diferidas y/o reprogramadas por efecto de disposiciones legales y regulatorias y las que eventualmente sean emitidas por autoridades competentes, hasta la conclusión de la operación crediticia asegurada.

8. SUMA ASEGURADA

El saldo insoluto del crédito otorgado al Asegurado a la fecha del siniestro considerando tanto el capital como los intereses corrientes que se devenguen.

9. PERIODO DE CARENIA

No aplica periodo de carencia.

10. 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.

11. INDEMNIZACIÓN

Una vez que la Aseguradora haya recibido la documentación que respalda el pago del siniestro, se deberá proceder a la cancelación del monto a indemnizar en un sólo pago dentro de los plazos de ley y/o condiciones de póliza siempre y cuando sean menores.

12. LIQUIDACIÓN MENSUAL

Se enviará el listado de asegurados mensualmente a la Compañía en formato electrónico con la modalidad de mes vencido. Esta liquidación considerará la base final de clientes y las primas correspondientes a cada Asegurado en función a su suma asegurada. Una vez entregada la información la Aseguradora deberá generar la liquidación en las siguientes 24 horas hábiles.

13. TASA

La tasa a aplicarse será la resultante del proceso de licitación. La tasa podrá ser individual o mancomuna.

14. MONEDA DEL CONTRATO

La contratación y los pagos serán expresados en moneda nacional o extranjera (Bolivianos/Dólares Americanos) en función a la moneda origen de la(s) operaciones.

15. FORMA DE PAGO

La forma de pago de primas es mensual.

16. COMISIÓN DE CORREDOR DE SEGUROS

La comisión que corresponde a Corredor de Seguros deberá ser del 2% sobre la prima de tarifa.

17. COMISIÓN DE SERVICIO DE COBRANZA

El Banco recibirá una comisión del 10% de la tasa neta por la recaudación de la prima de tarifa.

18. CONDICIONES ADICIONALES

18.1. Recargos

Solo se aplicarán recargos a la prima para los casos en el que el riesgo agravado implique un incremento superior al 100% de la tasa base.

18.2. Vigencia de los documentos

Las Declaraciones de Salud para el Seguro de Desgravamen Hipotecario tendrán una vigencia de 6 meses.

Los exámenes médicos realizados a los clientes tendrán una vigencia de 6 meses.

18.3. Plazo para desembolsar luego de la aprobación de la Aseguradora

Una vez aceptada la solicitud de afiliación del cliente al Seguro de Desgravamen Hipotecario, el Banco tiene el plazo de un (1) año para realizar el desembolso del crédito.

18.4. Cláusula Errores u Omisiones

Se acuerda y establece que no obstante lo estipulado en las condiciones de la Póliza, se extiende a cubrir aquellos casos que por error u omisión no se hubieran considerado en los reportes mensuales proporcionados por el Banco y por los cuales la prima no se hubiera pagado, siempre y cuando los mismos hayan pasado por los procesos de

suscripción acordados, hayan cumplido con los requisitos de asegurabilidad según límites establecidos y hayan sido aceptados por la Aseguradora.

En tales casos la Aseguradora procederá con la indemnización deduciendo el monto de la prima que correspondió haberse pagado por concepto del seguro.

Asimismo, quedarán amparados los riesgos que por error u omisión tengan desembolsos superiores al monto aprobado, máximo hasta USD. 15.000, siempre y cuando se pague la prima correspondiente y el incremento no requiera procesos de suscripción diferentes a los que se utilizaron cuando fueron aprobados.

19. ASPECTOS TÉCNICOS

La empresa postulante deberá contar con sistemas 100% adecuados a las disposiciones de la Resolución Administrativa APS/DS/No. 687-2016 (31/05/2016) y sus modificaciones y cumplir los siguientes requerimientos:

19.1. Seguridad de Información

Se requiere la vinculación del 100% con los datos del cliente provenientes del sistema del Banco bajo los niveles de seguridad y confidencialidad definidos a continuación:

- a) Manejo de los siguientes tipos de información (A requerimiento del Banco):
 - Información encriptada:
 - Información encriptada en base de datos
 - Políticas de confidencialidad
 - Información codificada:
 - Solicitud, Evaluación y Respuesta de afiliaciones codificadas
 - Información del cliente en la evaluación del siniestro codificada
- b) Se debe seguir el principio de mínimo privilegio y los debidos controles de autenticación que aseguren la confidencialidad del envío de información.
- c) Toda información clasificada como de "Uso Restringido" debe ser cifrada. El protocolo que se debe cumplir es:
 - Protocolo TLS 1.2. regido con los estándares internacionales.
- d) La Aseguradora deberá contar con acuerdos de confidencialidad a personal tercerizado o subcontratado.
- e) La Aseguradora deberá contar con un plan de respuesta ante incidentes específicos que apoye la respuesta al mismo y de igual forma exista la comunicación oportuna hacia el Banco.
- f) La Aseguradora deberá contar con una gestión de vulnerabilidades que incluya parches en S.O., antivirus y pruebas de Ethical Hacking.

Debe incorporar en la propuesta técnica (sobre B establecido en el DBC) los documentos que validen la existencia de los requerimientos de Seguridad de Información detallados en los incisos d) y e).

19.2. Sistemas requeridos

Las empresas postulantes deben tener los siguientes sistemas:

- a) Sistema de Administración de Solicitudes para el Seguro Desgravamen.

- b) Sistema de Administración de Siniestros para el Seguro de Desgravamen.
- c) Sistema de conciliación y liquidación mensual para el seguro de Desgravamen.

Estos sistemas deberán cumplir mínimamente las siguientes especificaciones generales:

El sistema informático debe estar desarrollado en plataformas y lenguajes de programación con soporte de proveedor de plataforma tanto en base de datos como en su entorno operativo:

- Sistema Operativo Windows Server 2019 o superior.
- Base de Datos MS SQL Server Versión 15.0.0 o superior.
- Instalación On Premise.
- Sistemas desarrollados en una arquitectura de N capas (SOA/APIs), y una interfaz de usuario en plataforma web.
- Antigüedad/Experiencia de mínimo 3 años.

Se debe adjuntar en la propuesta técnica (sobre B establecido en el DBC) el documento que especifique el diseño tecnológico de los sistemas.

Se deberá adjuntar adicionalmente al sobre B establecido en el DBC, lo siguiente:

- Esquema de arquitectura de la(s) aplicación(es).
- Esquema de contingencia que incluya redundancia On Premise.
- Localización de sus centros de cómputo.
- Esquema de soporte y niveles de atención.
- Ubicación física de las oficinas de soporte
- Esquema de monitoreo del funcionamiento de la(s) aplicación(es).
- Procedimiento de respaldo y restauración de información de Base de Datos.
- Controles de autenticación y seguridad para el manejo de la información.
 - Esquema de control de accesos.
 - Políticas y procedimientos que garanticen la seguridad de la información, conforme lo establecido en el Reglamento para la Gestión de Seguridad de la Información – ASFI, emitido a través de circular ASFI/536/2018 detallado por el artículo 4 de la sección 11.
 - Registro (log) de auditoría.

g) Sistema de Administración de Solicitudes de Seguro Desgravamen:

- Registro online de solicitudes de seguro y declaraciones de salud del seguro de Desgravamen Hipotecario de Vivienda y Vehicular
- Aprobaciones online y automáticas de solicitudes de seguro que cumplen con las características de free cover.
- Registro de aprobaciones, recargos o rechazos en el sistema.
- Administración de observaciones del Bróker o Aseguradora por solicitud de seguro.
- La solicitud de seguro solo debe ser administrada y visualizada según catálogo de roles.
- Permitir el seguimiento de las solicitudes de seguro (estado y tiempos transcurridos).
- Validación y cálculo de cúmulos.

- Flujo de aprobaciones automáticas (Funcionario del Banco; Bróker; Aseguradora), dentro de la misma plataforma.
- Flujo de aprobación, observación y rechazo de solicitudes evaluadas por suscripción (Funcionario del Banco; Bróker; Aseguradora), dentro de la misma plataforma.
- Flujo de casos facultativos en el sistema de suscripción (Funcionario del Banco; Bróker; Aseguradora), dentro de la misma plataforma.
- Herramientas de control y alertas de tiempos de respuesta.
- Herramientas de generación y cargado de Documentos digitales (Formulario de Solicitud del Seguro, Declaración de Salud, Certificado de Cobertura y otros).
- Manejo de impresión de código QR en los documentos generados por el sistema de administración.
- Esquema de registro para validación histórica de casos con agravación de riesgo.
- Envío automático de correos electrónicos a los usuarios/funcionarios por cambios de estado en la solicitud (etapas del proceso de afiliación/suscripción), con copia a los involucrados (parametrizable).
- Capacidad de parametrización de valores (afiliación automática, vigencias, moneda, tipo de cambio, edades, plazos)
- Módulo de descarga de Certificado de Cobertura vía web para los clientes del Banco, a través de la página web de la Aseguradora, con la posibilidad de integrarse para acceder también a través de la página web del Banco.
- Manejo de plazos, estado y tiempos transcurridos por tipo de solicitud (parametrizable).
- Módulo de citas médicas para la gestión de órdenes y exámenes médicos donde se registre constancia del horario seleccionado por el cliente y el documento con la orden médica enviada al cliente.
- Arquitectura del sistema que soporte servicios de integración SOAP/APIs REST (liquidación y control operativo).
- Módulo de Reportes:
 - Reporte de Asegurados por fechas (aceptados, rechazados, pendientes y observados) según normativa.
 - Reporte de seguimiento por estado de las solicitudes, garantizando la trazabilidad de los casos.
 - Interfaz de consulta histórica de Solicitudes de Suscripción (Pendientes, Aprobadas, Rechazadas)

h) Sistema de Administración de Siniestros:

- Atención de solicitudes en línea, a través del mismo sistema.
- Registro online de denuncias de siniestros.
- Cargado de documentos digitales para pago de beneficio.
- Administración de observaciones y solicitud de documentos adicionales.
- Registro de aprobaciones o rechazos de siniestros.
- Envío automático de correos electrónicos Aseguradora – Banco.
- Herramientas para el seguimiento de las denuncias y control de tiempos de respuesta.
- Modalidad de pago de siniestros vía transferencia en cuenta bancaria.
- Módulo de reportes:
 - Reporte de siniestros por fechas, estado y monto.

- Reporte de seguimiento por estado de los siniestros garantizando la trazabilidad de los casos.

i) Sistema de liquidaciones y conciliaciones mensuales

- Integración Aseguradora – Banco a través de un API para atender observaciones previas al cierre mensual.
- Conciliación en línea Aseguradora – Banco.
- Este sistema debe validar el reporte de liquidaciones del Banco con las aprobaciones del Sistema de Administración de Solicitudes y debe generar observaciones de corresponder.
- Se requiere que este sistema permita realizar el seguimiento en línea a las enmiendas de las observaciones para una correcta liquidación. Una vez se tenga la conciliación y conformidad registrada en el sistema, la Aseguradora tomará la información para el cierre mensual.

Estos sistemas propios deben ser fácilmente integrables a los sistemas del Banco en un plazo máximo de 15 días calendario.

En caso de ser necesario, en coordinación con el área de Sistemas del Banco la Aseguradora deberá analizar la factibilidad técnica para la instalación de los sistemas en el plazo mencionado.

Debe incorporar en la propuesta técnica (sobre B establecido en el DBC) un manual del diseño y funcionalidad de la aplicación el cual cumpla lo detallado en el punto 19.2. Asimismo, debe adjuntar un video o demo de los sistemas propuestos que respalde las funcionalidades detalladas en el presente Slip.

En caso de ser habilitado, se validará en la visita *in situ* del personal autorizado por el Banco, la documentación presentada en la propuesta, así como el cumplimiento de las especificaciones detalladas en el presente Slip.

19.3. Plan de continuidad de negocio

Las empresas postulantes deben tener los siguientes planes de continuidad de negocios:

- a) Plan de Contingencias Tecnológicas.
- b) Plan de Continuidad Operativa de Negocios.
- c) Plan de Recuperación de Desastres

Debe incorporar en la propuesta técnica (sobre B establecido en el DBC) los documentos que respaldan la existencia de los planes detallados en este punto.

20. ASPECTOS OPERATIVOS

20.1. Suscripción

- a) Visitas a domicilio para evaluación médica, toma de muestras de laboratorio y electrocardiograma sin costo adicional para el Asegurado.
- b) Tiempos de respuesta óptimos máximo 4 días hábiles según cuadro de rangos del presente documento.

- c) Programación de visitas diarias para evaluación médica a domicilio o centro médico.
- d) Evaluación profesional por médicos certificados.
- e) Envío de órdenes médicas por medios digitales.
- f) Envío de resultados médicos al cliente máximo en 24 horas de la solicitud por correo electrónico (a requerimiento del cliente).
- g) Asesoramiento médico en casos de rechazo.
- h) Asesoramiento médico forense en caso de siniestros.
- i) Seguimiento a casos pendientes.
- j) Soporte operativo a funcionarios del Banco.
- k) Capacitación presencial de red del Banco a nivel nacional, previo al inicio de vigencia, y a requerimiento del Banco, a cargo de la Aseguradora.

20.2. Siniestros

- a) Tiempos de respuesta requeridos:
 - Plazo de respuesta a siniestros de máximo 15 días, desde que se cuenta con la documentación completa.
 - Plazo de pago de siniestro de máximo 7 días, una vez emitido el pronunciamiento.