

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DS/N° 2063/2019 con Código de Registro N° 117-911240-2019 12 008 Muerte Accidental con Código de Registro N° 117-911240-2019 12 008 1001

CONDICIONES GENERALES

Son partes intervinientes de la presente Póliza:

- 1) El Asegurador **CREDISEGURO S.A. SEGUROS GENERALES**, 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 que es declarada por el Tomador que suscribe la presente Póliza y que se encuentra expuesto al riesgo cubierto por este contrato, en adelante Asegurado.

En virtud al presente documento, la Institución u Organización 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 sobre el Seguro de Accidentes Personales del Asegurado.

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Se entiende por accidente todo suceso o evento 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 por los médicos de una manera cierta.
No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo u otros eventos no accidentales que sufra el Asegurado.
- **Anexo o Cláusula:** Es el acuerdo escrito o documento 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 que se encuentra cubierta bajo las coberturas y sumas aseguradas establecidas en la Póliza y que se encuentre debidamente registrado como tal en la relación y/o en condiciones particulares. Puede ser una persona distinta a la que contrata el seguro.
- **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:** Es la persona designada por el Asegurado como habilitada para recibir total o parcialmente el beneficio de la indemnización en caso de siniestro
- **Cobertura:** Responsabilidad asumida por La Compañía en virtud de la cual se hace cargo del riesgo y de las prestaciones previstas, hasta el límite de la Suma Asegurada estipulada en la Póliza.
- **Comoción Civil:** Alteración del orden público.
- **Tomador:** Es la persona o entidad que suscribe la Póliza con La Compañía y la obligada al pago de la Prima.
- **Corredor de Seguros:** Es la persona jurídica que, a solicitud del Tomador y/o Asegurado puede intermediar en la celebración de los contratos de seguros y asesorar a los asegurados o Tomadores del seguro en materias de su competencia.
- **Daño Malicioso:** Actos realizados voluntariamente con el objeto de causar daños en beneficio propio o de terceros.
- **Deducible:** Es el importe de los gastos cubiertos que debe asumir el "Tomador y/o Asegurado", el mismo que está indicado en las Condiciones Particulares.
- **Días:** Días calendario, salvo que se indique expresamente lo contrario.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en las presentes Condiciones Generales.

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.

PÓLIZA: CRSG-APBS-001

- **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir las coberturas del Seguro.
- **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. La Póliza está conformada por las Condiciones Particulares, las Condiciones Generales, las Cláusulas Adicionales y los eventuales Anexos o Endosos; así como la Solicitud de Seguro y las declaraciones efectuadas por el Asegurado y/o el Tomador (estos 2 últimos si fuesen requeridos).
- **Prima:** Es el valor determinado por La Compañía, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **Riesgos Políticos:** Participar en huelga, motín, asonada o conmoción civil. Realizar actos malintencionados definidos como, daño malicioso, vandalismo y sabotaje.
- **Sabotaje:** El o los actos directos de uno o más empleados con el fin de causar daño a la propiedad para impedir o entorpecer el desarrollo normal del trabajo o de la producción.
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en el presente contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente Póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la Póliza; asimismo, deberá cumplirse con las condiciones establecidas en el presente contrato de seguros.
- **Solicitud de Seguro:** Documento definido por La Compañía aseguradora, en el cual, consignando la identificación del Asegurado, edad, ocupación y/o actividad y beneficiarios, se define el tipo de seguro que se desea, los otros seguros que se tienen, la forma de pago que se desea y, bajo juramento una breve declaración de salud.(si aplica)
- **Suma Asegurada:** También llamado **Beneficio** o **Capital Asegurado**, es el importe de capital que será pagado por La Compañía a los Beneficiarios, en caso de siniestro bajo los términos de la Póliza. Dicho importe se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Vandalismo:** Actos realizados por cualquier individuo o grupo de individuos, con el objeto de causar daños a la propiedad.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS

Las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, sus eventuales Anexos y Certificado de Cobertura, 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 el listado de los Asegurados que estarán cubiertos para su aprobación. Asimismo, deberá notificar por escrito los respectivos nombres, apellidos, fecha de nacimiento y demás datos que solicite La Compañía para la determinación de las Sumas Aseguradas. La Compañía se reserva el derecho de solicitar pruebas de salud para aceptar o rechazar la inclusión de cada Asegurado.

En el caso de Pólizas innominadas el Tomador enviará una carta señalando el número de personas a asegurar especificando claramente a qué categorías de riesgo o niveles laborales pertenecen.

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA POLIZA

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

1. Certificado de Cobertura
2. Los Anexos o 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.

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.

PÓLIZA: CRSG-APBS-001

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

La Póliza ha sido extendida por La Compañía sobre la base de:

- Las declaraciones efectuadas por el Tomador y/o Asegurado en su solicitud y en los cuestionarios en tanto estos hayan sido requeridos; o
- La lista de los asegurados de acuerdo a los parámetros de La Compañía; o
- Solicitud del Tomador determinando número de personas a asegurar, señalando categorías o niveles con los cuales se basan o determinan el/los beneficios e identificando a los Asegurados, de acuerdo a formato provisto por La Compañía.

Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe hacen nulo el contrato de seguro. En este caso el Asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

Las partes Tomadores, el Asegurado y sus Beneficiarios se someten a lo expresamente acordado en la presente Póliza y, adicionalmente, a las disposiciones contenidas en el Código de Comercio, la Ley de Seguros, sus reglamentos y demás normas vigentes, en cuanto resulten aplicables.

QUINTA: INICIO DE VIGENCIA

La Póliza inicia su vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, y se emite con vigencia anual de acuerdo a lo indicado en la CLAUSULA NOVENA de las Condiciones Generales de la presente Póliza titulada: "Renovación del Seguro y Rehabilitación". La cobertura por cada Asegurado se inicia con el pago de la Prima correspondiente, luego de haber aprobado La Compañía, expresamente, su inclusión.

La cobertura de cada Asegurado se mantendrá vigente siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: (i) la Póliza se encuentre vigente; (ii) la Prima por la cobertura del Asegurado sea pagada oportunamente por el Tomador a La Compañía; (iii) que el Asegurado se encuentre dentro de los parámetros de edad asegurable y, (iv) el Asegurado permanezca en el listado declarado por el Tomador (esta última condición no aplica para Pólizas innominadas).

Este seguro es de vigencia anual, renovándose automáticamente salvo que, treinta (30) días antes del aniversario del seguro, alguna de las partes informe a la otra la decisión de no renovar. La renovación de la Póliza se sujetará a los términos y condiciones vigentes en cada aniversario.

SEXTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta Póliza y que no pertenecen a La Compañía, estarán reservados al Tomador, salvo que en las Condiciones Particulares o Generales se hubiere convenido lo contrario.

SÉPTIMA: EDAD

Podrá ingresar como Asegurado bajo la presente Póliza cualquier persona que declare el Tomador que tenga entre catorce (14) años de edad y sesenta y cuatro (64) años de edad a la fecha de presentación de la solicitud de seguro por escrito remitida por el Tomador, pudiendo permanecer como Asegurado sólo hasta los sesenta y cinco (65) años de edad.

El Tomador, el Asegurado o sus 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 exigiría antes de otorgar cualquier beneficio acordado por la Póliza.

Si se comprobase que hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado, pero el mismo aún no ha pasado la edad máxima de ingreso: 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, la Suma Asegurada se aumentará en la misma proporción al exceso de la Prima pagada o, en su caso, el Asegurado tendrá derecho a la devolución de la Prima en exceso.

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.

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.

PÓLIZA: CRSG-APBS-001

La Prima es debida desde el momento de la celebración del contrato, pero no es exigible sino con la entrega de la Póliza o certificado provisional de cobertura. Las Primas sucesivas se pagarán al comienzo de cada período, salvo que se estipule otra forma de pago especificado en las Condiciones Particulares, en cuyo caso se cargarán los intereses correspondientes de acuerdo a su diferimiento.

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 en la fecha de corte determinada entre La Compañía y el Tomador, no dará derecho a Cobertura, aunque se haya emitido el Certificado de Cobertura correspondiente.

Si el Tomador o cualquier otra persona natural o jurídica realizarán el pago de la prima del asegurado, en ningún caso podrá rechazarse el siniestro por causa de falta de pago de éste al Tomador. El rechazo por falta de pago procederá solo en aquellos casos en que la entidad aseguradora no reciba el pago oportuno de la prima.

NOVENA: RENOVACION DEL SEGURO Y REHABILITACION

La Póliza se renovará en forma automática por periodos iguales y bajo las mismas condiciones, siempre que el Tomador pague en la fecha de expedición de esta Póliza, 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.

Si este contrato se extingue por falta de pago de las Primas, el Tomador podrá solicitar, por escrito, la rehabilitación de la Póliza. Para este efecto, el Tomador deberá efectuar el pago de las Primas atrasadas, aun cuando en dicho periodo no haya existido cobertura, sujetándose el Tomador a las condiciones de rehabilitación que La Compañía estime pertinentes.

La Póliza quedará rehabilitada a partir de las 00:00 horas del primer día hábil siguiente en que La Compañía le haya notificado en forma escrita al Tomador su aprobación a la solicitud de rehabilitación efectuada por éste. La rehabilitación no dará cobertura a aquellos siniestros ocurridos durante el periodo no cubierto por falta de pago de Primas.

Toda modificación o rehabilitación de la Póliza requiere para su validez el consentimiento previo de La Compañía salvo estipulación distinta en la Póliza.

DECIMA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente póliza se resolverá en los siguientes supuestos:

1. Por solicitud escrita del Tomador, efectuada de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula DECIMO TERCERA de las Condiciones Generales de la presente Póliza titulada: "Resolución Unilateral y Desafiliación del Asegurado".
2. Por falta de pago de Primas de acuerdo a lo establecido en la Cláusula OCTAVA del presente documento.

Adicionalmente, la presente Póliza se extinguirá al finalizar su periodo de vigencia si cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula NOVENA de las Condiciones Generales de la presente Póliza titulada: "Renovación del Seguro y Rehabilitación".

Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente Póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados incorporados a la misma y La Compañía quedará liberada de toda obligación indemnizatoria derivada del presente contrato. El Tomador, se compromete a comunicar la terminación de la cobertura del presente seguro a cada Asegurado.

Asimismo, la cobertura respecto de cada Asegurado terminará en los siguientes casos:

1. Por solicitud de desafiliación del Asegurado efectuada de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula DECIMO TERCERA de las Condiciones Generales de la presente Póliza titulada: "Resolución Unilateral y Desafiliación del Asegurado".

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.
PÓLIZA: CRSG-APBS-001

2. Por término de la relación del Asegurado con el Tomador o a Solicitud expresa del Tomador, mediante solicitud de baja.
3. Al cumplir el Asegurado la edad de permanencia en el seguro.
4. Al inicio de vigencia si se comprobare que la edad real del Asegurado no estuviera comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por La Compañía, según lo dispuesto en la Cláusula SEPTIMA de las Condiciones Generales de la presente Póliza titulada: "Edad".
5. Si La Compañía procede a indemnización de un siniestro cubierto por la Póliza.
6. 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, esta no responde por el siniestro, según lo que se establece en el artículo 1026 de Código de Comercio y en la Cláusula DECIMO SEXTA del presente documento.
7. Cuando el Tomador incumpla con su obligación de transferir a La Compañía el pago de Primas del Asegurado.

Se deja expresa constancia que, como consecuencia del término de la cobertura por cualquiera de los supuestos listados en el párrafo precedente, los Beneficiarios del Asegurado implicado perderán todo derecho indemnizatorio derivado de la presente Póliza y La Compañía quedará liberada en caso el referido Asegurado sufriese un siniestro.

DECIMO PRIMERA: BENEFICIARIO DEL SEGURO

Los Beneficiarios son las personas que habrán de recibir el beneficio al fallecimiento accidental del Asegurado, conforme a los términos y condiciones de la presente Póliza. El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el o los Beneficiarios. Para estos efectos, deberá remitir una comunicación escrita a la dirección de La Compañía consignada en la presente Póliza, adjuntando copia de su Documento de Identidad.

Tanto la designación como el cambio del o los Beneficiarios se harán en forma expresa y por escrito, al completar la solicitud del seguro o en cualquier otro momento posterior, y será válida siempre que se notifique con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

Designadas varias personas sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando se designe a los herederos legales como beneficiarios, se entenderá por ellos a los que figuren en la sucesión determinada por autoridad competente en la Declaratoria de Herederos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá en partes iguales.

La Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los beneficiarios o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

Si al momento de pagar el siniestro se determina que uno de los Beneficiarios falleció en forma previa al Asegurado, la parte que le hubiera correspondido al Beneficiario fallecido acrecerá la de los demás Beneficiarios designados, en forma proporcional a su participación. Si el fallecimiento del Beneficiario se produce con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, la parte que le hubiera correspondido será pagada a los herederos del Beneficiario fallecido, instituidos de acuerdo a ley.

DECIMO SEGUNDA: PERDIDA DE DERECHO A INDEMNIZACION

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.

DECIMO TERCERA: RESOLUCION UNILATERAL Y DESAFILIACIÓN DEL ASEGURADO

El Tomador cuando sea quien pague la prima, el Asegurado cuando corresponda y paga la prima por intermedio del Tomador o La Compañía, tienen el derecho a resolver el presente contrato sin otro requisito que el de comunicar su decisión de manera escrita a la otra parte. Si La Compañía ejerce la facultad de rescindir debe notificar su decisión al Asegurado o Tomador según corresponda, en su domicilio y con antelación no menor a quince (15) días, quedando la Póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario en que se realiza la referida comunicación (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza respecto de la totalidad de Asegurados incorporados a la misma, si fuera el Asegurado o Tomador quien ejerza la facultad de rescindir, ésta producirá sus efectos desde su notificación escrita a La Compañía. Una vez que se realice la comunicación por cualquiera

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.

PÓLIZA: CRSG-APBS-001

de las partes La Compañía devolverá a prorrata la parte de la prima del seguro por el tiempo no corrido (si aplica) ya sea al Tomador o al Asegurado.

DECIMO CUARTA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES

La prima expresada en la Póliza debe incluir todos los derechos, recargos o cualquier otro concepto relacionado con el seguro o su obtención, salvo los impuestos que estén a cargo del Asegurado. La Compañía o intermediario no podrá cargar o cobrar remuneraciones o compensaciones sobre la Prima indicada en la Póliza.

DECIMO QUINTA: AVISO DE SINIESTRO

El Asegurado o Beneficiario(s), deberá(n) notificar el siniestro a La Compañía tan pronto y a más tardar dentro de los tres (3) días de conocido el mismo, salvo fuerza mayor o impedimento justificado. 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(s), 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 Asegurado o Beneficiario(s) 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 sesenta (60) días, de conformidad a lo dispuesto por el Código de Comercio en sus Artículos 1025 y siguientes.

DECIMO SEXTA: PAGO DEL BENEFICIO

La obligación de pagar el/los montos de cobertura al Asegurado o Beneficiario(s) deberá ser cumplida por La Compañía en un solo acto y por su valor total, debiendo entregar el cheque, el comprobante de transferencia o cualquier otro medio de pago convenido al (a 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 al Asegurado / Tomador que se complementen informes - evidencias y no vuelve a correr hasta que el Asegurado haya cumplido con tales requerimientos.

La solicitud de la Compañía de los complementos, 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, después de la entrega por parte del 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 sesenta (60) días posteriores al aviso del siniestro o tan pronto sean llenados los requerimientos señalados en el artículo 1031 del Código de Comercio.

Corresponderá al Tomador, solicitar al Asegurado o Beneficiario(s) y/o Herederos Legales los documentos indicados para acceder al beneficio 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.

DECIMO SEPTIMA: PRESCRIPCION

En caso de muerte y las demás coberturas, los beneficios del seguro no reclamados, prescriben a favor del Estado en un plazo de cinco años desde la fecha en que el Beneficiario conozca la existencia del beneficio a su favor. Dicha prescripción se interrumpe por cualquier acto jurídico establecido en la normativa vigente de acuerdo a lo establecido en el Artículo 1042 del Código de Comercio.

Cumplido el plazo de prescripción, La Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el/los beneficios, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la solicitud de cobertura.

DECIMO OCTAVA: MODIFICACION DE LA POLIZA

Toda modificación de la Póliza, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un Anexo o Cláusula refrendado por los funcionarios autorizados de La Compañía y aceptada por el Tomador y/o Asegurado.

DECIMO 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 la moneda prevista en las Condiciones Particulares del Contrato 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, y como consecuencia de: (i) cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de Bolivia (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.

VIGESIMA: DISCREPANCIAS EN LA POLIZA

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.

VIGESIMO 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 Tomadores 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.

VIGESIMO SEGUNDA: CLAUSULA ARBITRAL

Las controversias de hecho sobre las características técnicas del seguro, serán resueltas a través del peritaje, con base a lo establecido en la presente Póliza, de no llegar a un acuerdo por ésta vía, las controversias deberán definirse por la vía arbitral.

Las controversias de derecho suscitadas entre las partes, referidas a la interpretación, naturaleza y alcance de ésta 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 a su reglamento vigente y en el marco de la Ley 708 de 25 de junio de 2015 (Ley de Conciliación y Arbitraje).

VIGESIMO TERCERA: EXTENSION DEL SEGURO

Este Seguro cubrirá contra las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes que pudieran ocurrir al Asegurado en:

- a) El ejercicio de su ocupación declarada en la relación enviada por el Tomador.
- b) El curso de su vida privada.
- c) Durante su permanencia en cualquier parte del mundo para las coberturas adquiridas
- d) Durante el uso de cualquier medio de transporte público autorizado de personas, ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo, en vehículos que pertenezcan a una empresa comercial autorizada y recorran itinerarios regulares y fijos, y los que ocurran en el empleo regular de vehículos automotores de uso particular, como conductor o pasajero.

Por extensión y aclaración se asimilan a la noción de accidente:

- a) La asfixia e intoxicación aguda por vapores, ácidos, álcalis, gases y cualquier otra sustancia análoga, por inmersión y obstrucción por cuerpo extraño y la electrocución.
- b) Los casos de rabia o reacción alérgica sistémica (urticaria, anafilaxia) producidos por mordeduras de animales o picaduras de insectos venenosos.
- c) Las infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente Póliza.
- d) El carbunco y el tétanos, a condición de que sean contraídos a raíz de un accidente amparado por la Póliza.
- e) Los causados por un esfuerzo repentino como fracturas, luxaciones articulares y distensiones, laceraciones y rupturas musculares tendinosas y viscerales, así como el fenómeno de latigazo cervical siempre y cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.
- f) Los accidentes que resulten del ejercicio de la legítima defensa del Asegurado.

VIGESIMO CUARTA: COBERTURA Y GASTOS CUBIERTOS

La cobertura básica del seguro es la muerte Accidental, sin embargo, dependiendo de las necesidades de protección del Asegurado, se podrán otorgar coberturas adicionales, mismas que serán mencionadas en el Condicionado Particular de la Póliza, siempre y cuando la causa directa y única fuera un accidente amparado por la póliza y que el riesgo se manifieste durante la vigencia de la misma desde la fecha del accidente, siendo necesario que se haya realizado el aviso del siniestro por escrito a La Compañía.

En estas Condiciones Generales de la Póliza se establece la Cobertura Principal, sin embargo, queda establecido que, para cada Asegurado, las coberturas serán las que se hayan establecido expresamente para su plan de seguro, según conste en las Condiciones Particulares.

Esta Póliza cubre el siguiente riesgo:

MUERTE ACCIDENTAL - COBERTURA BÁSICA:

Se cubre la muerte del Asegurado siempre y cuando sea consecuencia directa de un accidente amparado por la Póliza.

La Compañía pagará la Suma Asegurada convenida a la persona o personas designadas como Beneficiarios en la Solicitud de Seguro firmada por el Asegurado o la señalada por el Tomador al momento de enviar los datos para la suscripción de la presente Póliza.

VIGESIMO QUINTA: RIESGOS NO CUBIERTOS - EXCLUSIONES

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.

PÓLIZA: CRSG-APBS-001

La indemnización prevista en esta Póliza no se concede si la muerte del Asegurado durante la vigencia de la póliza se deba directa o indirectamente a:

- a) Lesiones y/o defectos congénitos existentes al momento de contratar este seguro.
- b) Los accidentes ocurridos cuando el Asegurado se encuentra bajo la influencia de alcohol y/o drogas ilícitas (sin importar su grado de presencia en la sangre) siempre que el accidente sea consecuencia directa de esos estados. Para efectos de esta exclusión, se entiende que el Asegurado se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga ilícita, si se niega a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
En caso específico de accidentes de tránsito y con relación a bebidas alcohólicas, se considera que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroja un resultado mayor de 0.50 gr./lt. al momento del accidente.
- c) Cuando se encuentre en estado de sonambulismo.
- d) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e) Cuando el Asegurado participe de forma activa en actos delictuosos, o en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca que se ha tratado de legítima defensa.
- f) Viajes o vuelos aéreos en líneas no regulares, excepto como pasajero en un avión operado por una empresa de transporte aérea comercial, con una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo
- g) Acto delictivo o Criminal, cometido por el beneficiario o quien pudiera reclamar la suma asegurada, en este caso la parte que correspondía al beneficiario responsable acrecerá la de los demás beneficiarios. A falta de todos éstos, la Suma Asegurada será entregada a los herederos del Asegurado, instituidos de acuerdo a ley, con exclusión del Beneficiario responsable del fallecimiento del Asegurado.
- h) Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible. Lesiones producidas como consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva o química.
- i) Los accidentes que se produzcan en la práctica profesional o como aficionado de deportes y actividades de alto riesgo como ser: montañismo, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, tabla hawaiana, paracaidismo, ala delta, parapente, caza y pesca, deportes a caballo y artes marciales; Así también 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; salvo que el Asegurado los hubiere declarado de manera expresa a La Compañía y La Compañía, previo pago de la extra prima correspondiente, los hubiere aceptado como riesgo en Anexo o Cláusula particular o especial.
- j) Cuadros clínicos de insolación; y las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
- k) Participar en: actos y riesgos políticos y/o terrorismo; atentar contra la propia vida y la de terceros al manipular armas corto punzantes y/o armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- l) Cuando carezca de licencia oficial para manejar y/o cuando teniendo licencia para manejar ésta no faculte la conducción del vehículo, según reglamento de licencias para conducir.
- m) Suicidio, salvo que el Asegurado haya mantenido ininterrumpidamente la cobertura por al menos dos (2) años
- n) Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo.
- o) 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. como también invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, revolución, insurrección, sublevación, rebelión cuando participe en forma activa

VIGESIMO SEXTA: INDEMNIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES SUCESIVOS

Si el Asegurado sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones por Incapacidad Temporal y Gastos Médicos se pagarán independientemente y sin perjuicio de las indemnizaciones que puedan corresponder para los casos de Muerte y/o Invalidez Permanente.

VIGESIMO SEPTIMA: COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL - REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

La Compañía efectuará el pago que corresponda, para lo cual los Beneficiarios deberán presentar el formato de Declaración de Siniestro proporcionado por La Compañía, debidamente llenado, adjuntando las siguientes pruebas:

| Requisitos | Caso de Muerte Accidental |
|--|---------------------------|
| Formulario de Aviso de Siniestro debidamente llenado y firmado | ✓ |

| | |
|---|---|
| Certificado de defunción * | ✓ |
| Certificado médico de defunción * | ✓ |
| Copia del Informe policial (cuando aplique) * | ✓ |
| Copia del Documento de Identidad o Certificado de Nacimiento | ✓ |
| Informe de Toxicología y test de alcoholemia (cuando aplique) * | ✓ |

*Original o Copia Legalizada

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

En caso de 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 de los Beneficiarios, 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. Se podrá realizar un depósito judicial.


Los documentos indicados, así como cualquier otro certificado y/o pruebas que guarden relación con el accidente y que La Compañía considere necesarios, serán suministrados por cuenta del Asegurado y/o los Beneficiarios.

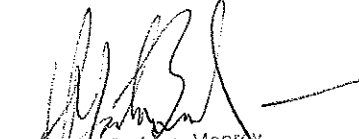
Queda entendido y convenido el estricto y total cumplimiento de la presentación de las obligaciones señaladas en el presente artículo y es esencial a los efectos de la evaluación de este Seguro, no pudiendo en caso alguno El Tomador y/o Asegurado o sus Beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza o el desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS GENERALES


 Diego Noriega Patonduo
 Director Ejecutivo
 CREDISEGURO S.A.
 SEGUROS GENERALES


 Franco Hernandez La Fuente
 GERENTE SISTEMAS Y TECNOLOGÍA
 CREDISEGURO S.A.
 SEGUROS GENERALES


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


 Martin Bledoya Monroy
 Gerente Servicio Seguros e It
 Marketing y Comunicación
 Banco de Crédito de Bolivia S.A.

CLÁUSULA DE COBERTURA ADICIONAL POR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DS/N° 639/2022 con Código de Registro N° 117-911240-2019 12 008 2004

Mediante la presente cláusula, que forma parte integrante de la Póliza, queda convenido y/o acordado que la Compañía otorgará una indemnización adicional para gastos médicos, cuyo monto será establecido en las Condiciones Particulares, si el siniestro fuera consecuencia directa de un accidente, de acuerdo a lo siguiente:

DEFINICIONES

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

- **Clínica o Centro Médico:** Una Clínica o Centro Médico es el espacio en el que se desarrollan todo tipo de servicios vinculados a la salud. En estos recintos, se diagnostican enfermedades y se realizan distintos tipos de tratamientos para restablecer la salud de los pacientes y de los Asegurados. Es una entidad registrada y supervisada por la Autoridad competente y el Ministerio de Salud.
- **Franquicia Deducible:** Es el monto o el porcentaje que queda a cargo del Asegurado, estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, sus Cláusulas y/o Anexos.
- **Medicina Alternativa:** Toda práctica que afirma tener los efectos sanadores de la medicina pero que no está apoyada por evidencia obtenida mediante el método científico.
- **Medicina Complementaria:** Medicina que se utiliza para describir técnicas terapéuticas que no forman parte de la medicina convencional (también denominada medicina "normal", "estándar" o "convencional"). Las terapias complementarias se emplean como "complemento" de la medicina convencional, incluye la medicina comunitaria y la homeopatía.
- **Sistema Cerrado:** El asegurado podrá acudir a cualquier centro médico o profesional que estén en el listado de proveedores de la Aseguradora
- **Sistema Abierto:** El asegurado podrá acudir a cualquier otro centro médico o profesional fuera del listado, en cuyo caso se realizará el reembolso al Asegurado bajo el arancel médico establecido en la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula, las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

COBERTURA

En caso de accidente, la Compañía indemnizará o reembolsará los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis, incluidas dentales; siempre que estos fueran requeridos para reparar el daño sufrido en el accidente, cubierto bajo la presente Póliza.

El sistema de atención médica (sistema abierto o sistema cerrado) quedará establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se cubre los exámenes de compatibilidad del donante de las unidades de sangre que vayan ser efectivamente transfundidas, en los casos que como consecuencia de un accidente amparado por la Póliza sea necesaria una transfusión de sangre total y/o fracciones.

Se cubre terapia física o rehabilitación hasta 12 sesiones por año, excluyendo los tratamientos con ondas de choque. Para vigencias menores a un (1) año, la cantidad máxima de tratamientos se calculará a prorrata.

Se cubre hasta el 50% del costo de la Resonancia Magnética y de cualquier otro estudio distinto a los Rayos X o Tomografías.

Se indemnizarán daños producidos hasta 90 días posteriores a la ocurrencia del accidente, cubierto por la presente Póliza.

La Compañía se reserva el derecho de fijar una Franquicia Deducible. La misma estará establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

Además de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, se excluyen:

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.

PÓLIZA: CRSG-APBS-001

- a) El denominado "Accidente Cerebro Vascular" y los denominados "Accidentes Médicos", como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos y otros similares
- b) Compra de células, tejidos y órganos. Terapia con células madres, factor de crecimiento plaquetario, albúmina humana
- c) Todo material de osteosíntesis, ortopedia, ortesis, prótesis externas, equipos para la rehabilitación de índole mecánica o electrónica de uso domiciliario, audífonos, implante coclear
- d) Implantes dentales que no sean requeridos a consecuencia de un accidente como se define en el presente documento
- e) Atenciones a domicilio, incluyendo cuidados particulares de enfermería o técnicas de enfermería, sean durante la hospitalización o en domicilio u otro centro de internamiento
- f) Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloides
- g) No se cubren medicamentos, insumos, implantes o prótesis que no estén aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration – EEUU)
- h) Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, discolisis laser, infiltración o nucleolisis facetaria, vertebroplastia y discografía
- i) Dispositivos para columna del tipo separadores intervertebrales, prótesis discales o vertebrales y cajetillas o cages
- j) Medicina alternativa o complementaria
- k) Compra o alquiler de equipos médicos

REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

La Compañía efectuará el pago que corresponda, para lo cual el Tomador, el Asegurado o sus representantes deberán presentar el formulario de Aviso de Siniestro proporcionado por la Compañía, debidamente llenado, adjuntando la siguiente documentación:

- a) Certificado médico, expedido por el médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables (Original)
- b) Receta con la indicación del tratamiento correspondiente y su fecha de inicio emitida por un profesional médico colegiado (Si corresponde)
- c) Copia del Documento de Identidad
- d) Facturas, emitidas a nombre de Crediseguro S.A. Seguros Generales, con NIT 343764028
- e) Copia del Informe de la Autoridad Competente, si corresponde
- f) Examen toxicológico y de alcoholemia, si corresponde (Original)

Las facturas deberán entregarse en el mismo mes de emitidas, caso contrario se procederá con la retención de los impuestos de Ley

El Asegurado deberá presentar la relación de gastos de curación incurridos, ya sea en honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios y/o quirúrgicos, debidamente sustentados con los informes médicos y la receta médica, incluyendo los comprobantes de pago y/o facturas respectivas emitidos.


Asimismo, el Asegurado proporcionará a la Compañía cualquier información que esta solicite, con el fin de verificar la causa del fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.


En caso de 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 de los Beneficiarios, 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.


Todos los demás términos y condiciones quedan vigentes y sin alteración alguna.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS GENERALES


 Diego Noriega Palencue
 Director Ejecutivo
 CREDISEGURO S.A.
 SEGUROS GENERALES


 Franco Hernandez La Fuente
 GERENTE SISTEMAS Y TECNOLOGIA
 CREDISEGURO S.A.
 SEGUROS GENERALES


 Martin Esdroya Monroy
 Gerente Servicio Seguros e In-
 Marketing y Comunicación
 Banco de Crédito de Bolivia S.A.


 Dennis Melandro Marcon Barrios
 Gerente Servicio Productos
 Marketing
 Banco de Crédito de Bolivia S.A.

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.
 PÓLIZA: CRSG-APBS-001