

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DS/N° 1086-2013 con Código de Registro N° 209-934905-2012 06 001 Muerte Natural 209-934905-2012 06 001 1001 Muerte Accidental 209-934905-2012 06 001 1002 Gastos de Sepelio 209-934905-2012 06 001 1005

CONDICIONES GENERALES

Son partes intervinientes de la presente Póliza:

- 1) El Asegurador **CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES**, entidad aseguradora legalmente establecida en Bolivia debidamente registrada y autorizada por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), con domicilio en la Av. Hernando Siles esquina calle 10 # 5555, Torre Empresarial ESIMSA, Zona Obrajes de la ciudad de La Paz, en adelante LA COMPAÑÍA o CREDISEGURO.
- 2) El Asegurado, persona natural que ha contratado un crédito de la Entidad Financiera que suscribe la presente Póliza (EL TOMADOR) y que se encuentra expuesto al riesgo cubierto por este contrato, en adelante el ASEGURADO.

En virtud al presente documento, la Entidad Financiera que suscribe la presente Póliza es EL TOMADOR y Beneficiario del seguro, quien a nombre y cuenta de EL ASEGURADO contrata con LA COMPAÑÍA, la cobertura de la presente Póliza sobre el Seguro de Vida Desgravamen 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 la presente Póliza de seguros:

- **Accidente:** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo o la existencia del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes, que puedan ser determinados de una manera cierta. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo u otros eventos no accidentales que sufra el ASEGURADO.
- **Anexo o Endoso:** Es el acuerdo escrito mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.
- **Asegurado:** Es la persona natural cuya vida se asegura en virtud de la Póliza. El cliente titular de un préstamo vigente con EL TOMADOR que ha presentado un Certificado de Cobertura aceptado por LA COMPAÑÍA. Tratándose de operaciones mancomunadas, se podrá considerar como ASEGURADO al titular del crédito y al (los) mancomuno(s), quienes estarán cubiertos al 100% de acuerdo a lo indicado en la presente Póliza.
- **Asonada:** Reunión de personas, premeditada u ocasional, en una vía pública que, por su naturaleza, tienda a perturbar el orden público y que solo llega a convertirse en delictuosa cuando, después de las intimaciones de la autoridad competente, los participantes se niegan a dispersarse.
- **Comoción Civil:** Alteración del orden público.
- **Daño Malicioso:** Actos realizados voluntariamente con el objeto de causar daños en beneficio propio o de terceros.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en estas condiciones generales.
- **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.
- **Gastos de Sepelio:** Todos los gastos que demande la empresa funeraria por el Sepelio de un ASEGURADO, como consecuencia del fallecimiento por enfermedad o accidente amparado por la presente Póliza.
- **Huelgas:** Conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores que puede estar circunscrito al abandono del trabajo en relación a una sola empresa o a un grupo de empresas o a todas las de un mismo ramo de actividad. Las huelgas pueden ser en defensa de intereses y reivindicaciones laborales específicas o de carácter general, cuya motivación no se basa en problemas laborales, sino que representan una lucha contra las autoridades públicas, por razones, generalmente, de índole política.
- **Motín:** Movimiento tumultuoso de carácter popular contra la autoridad constituida o como protesta ante alguna de sus disposiciones. Alteración local del orden público que reviste poca gravedad y no mayor a 5 días. Entiéndase como movimiento tumultuoso, a la confusión agitada o ruidosa o alboroto producido por una multitud. Y alteración del orden público, como la perturbación de la paz, tranquilidad y seguridad pública.
- **Póliza:** Es el documento emitido por LA COMPAÑÍA en el que consta el contrato de seguro. En él, se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.
- **Prima:** Es el valor determinado por LA COMPAÑÍA, como contraprestación por la cobertura de seguro contratada.
- **Riesgos Políticos:** Participar en huelga, motín, asonada o conmoción civil. Realizar actos malintencionados definidos como, daño malicioso, vandalismo y sabotaje.
- **Sabotaje:** El o los actos directos de uno o más empleados con el fin de causar daño a la propiedad para impedir o entorpecer el desarrollo normal del trabajo o de la producción.

- **Suma Asegurada:** También llamada **Beneficio** o **Capital Asegurado**, es el importe de capital (excluye intereses corrientes y/o moratorios, formularios, comisiones de cobranzas y otros cargos) que será pagado por LA COMPAÑÍA a EL TOMADOR, en caso de siniestro bajo los términos de la Póliza. Dicho importe es equivalente al saldo deudor que el ASEGURADO mantenga con EL TOMADOR al momento del siniestro, hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares; sin embargo, tratándose de préstamos mancomunados el importe será equivalente al 100% del saldo deudor de acuerdo a lo indicado en la presente Póliza siempre y cuando se haya pagado por cada mancomuno.
- **Vandalismo:** Actos realizados por cualquier individuo o grupo de individuos, con el objeto de causar daños a la propiedad.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS

La Póliza y sus eventuales Anexos son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. LA COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

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

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

1. Certificado de Cobertura/ Declaración de Salud.
2. Los Anexos o Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
3. Las Condiciones Particulares
4. Las Condiciones Generales
5. Las Condiciones Generales de las Cláusulas Adicionales

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

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

La Póliza ha sido extendida por LA COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones efectuadas por el ASEGURADO en su Certificado de Cobertura y en los cuestionarios relativos a su salud, en tanto estos hayan sido requeridos.

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

QUINTA: INICIO DE VIGENCIA

La Póliza inicia su vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares pudiendo renovarse anualmente. La cobertura por cada ASEGURADO se inicia con el desembolso de cada crédito, siempre que se haya cumplido con los requisitos de asegurabilidad correspondientes.

SEXTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

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

SÉPTIMA: EDAD

Podrá ingresar como ASEGURADO bajo la presente Póliza, cualquier persona que haya cumplido dieciocho (18) años y que no supere la edad máxima de ingreso (a la fecha de presentación de su certificado de cobertura) establecida en las Condiciones Particulares, pudiendo permanecer como ASEGURADO sólo hasta la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

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

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.

PÓLIZA: CRS-DESG-003

Si se comprobare que el ASEGURADO era mayor a la edad máxima de ingreso establecida en las Condiciones Particulares al momento de presentar su Certificado de Cobertura, LA COMPAÑÍA podrá rescindir el contrato, debiendo devolver a EL TOMADOR el valor de las Primas pagadas respecto de dicho ASEGURADO, sin intereses, menos los gastos administrativos incurridos.

Asimismo, si se comprobare 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.

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

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

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

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

Si la Póliza termina su vigencia durante o al final del período de treinta (30) días posterior a la fecha de vencimiento de pago, EL TOMADOR será responsable del pago de la Prima proporcional al tiempo que la Póliza ha estado en vigor durante dicho período.

NOVENA: RENOVACION DEL SEGURO Y REHABILITACIÓN

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

La Prima considerada para cada renovación será calculada con la tasa que LA COMPAÑÍA tenga aprobada en ese momento.

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

DÉCIMA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La responsabilidad de LA COMPAÑÍA respecto a cada ASEGURADO cesará en la primera de las siguientes fechas:

1. Aquella en que surta efecto la resolución unilateral del contrato por EL TOMADOR o LA COMPAÑÍA, de acuerdo a lo indicado en el presente contrato.
2. Al pago total o término del plazo del préstamo.
3. Cuando EL TOMADOR incumpla con su obligación de pago de Primas.
4. Al cumplir el ASEGURADO la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares.
5. Si se comprobare que la edad real del ASEGURADO no estuviera comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por LA COMPAÑÍA. Si se diera este caso, LA COMPAÑÍA actuará de acuerdo a lo establecido en la cláusula SEPTIMA del presente documento.
6. Si LA COMPAÑÍA procede a indemnización de un siniestro cubierto por la Póliza.

DÉCIMO PRIMERA: BENEFICIARIO DEL SEGURO

El Beneficiario único será EL TOMADOR, salvo la cobertura de Sepelio cuyo Beneficiario será la persona que haya demostrado haber incurrido en los gastos respectivos.

DÉCIMO SEGUNDA: PÉRDIDA DE DERECHO A INDEMNIZACIÓN

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

DÉCIMO TERCERA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

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

DÉCIMO CUARTA: AVISO DE SINIESTRO

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

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

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

DÉCIMO QUINTA: PAGO DEL BENEFICIO

La obligación de pagar el Beneficio a EL TOMADOR, 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 Beneficiario.

LA COMPAÑÍA debe pronunciarse sobre el derecho del Beneficiario dentro de los treinta (30) días de recibidos todos los informes, evidencias, documentos y/o requerimientos adicionales acerca de los hechos y circunstancias del siniestro, las evidencias conducentes a la determinación de la causa, identidad de las personas o intereses asegurados y cuantía de los daños, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 1031 del Código de Comercio, se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efectos del cómputo del plazo. El Plazo de treinta (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del siniestro o con la solicitud de LA COMPAÑÍA a EL ASEGURADO/TOMADOR que se complementen los requerimientos contemplados en el artículo 1031 por parte de LA COMPAÑÍA no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro del plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho de EL ASEGURADO, después de la entrega por parte de EL ASEGURADO del último requerimiento de información. En caso de demora u omisión del ASEGURADO o Beneficiario en proporcionar la información y evidencias sobre el siniestro, el término señalado no corre hasta el cumplimiento de estas obligaciones. El silencio de LA COMPAÑÍA, vencido el término para pronunciarse, importa la aceptación del reclamo.

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

DÉCIMO SEXTA: PRESCRIPCIÓN

En caso de muerte, 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.

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

DÉCIMO SÉPTIMA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

DÉCIMO OCTAVA: IMPUGNACIÓN

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

DÉCIMO NOVENA: MONEDA DEL CONTRATO

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

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

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

Todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a bolivianos utilizando el tipo de cambio determinado por LA COMPAÑÍA y basado en las condiciones de mercado, salvo que en los supuestos (a) o (b) precedentes, la disposición del Banco Central o la norma legal, fijara la tasa de cambio aplicable. En cualquier circunstancia, EL TOMADOR será notificado sobre la conversión a moneda nacional.

VIGÉSIMO: DISCREPANCIAS EN LA PÓLIZA

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

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

VIGÉSIMO PRIMERA: DOMICILIO

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

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

VIGÉSIMO SEGUNDA: PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El ASEGURADO o Beneficiario(s) pierde 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.

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.

PÓLIZA: CRS-DESG-003

VIGÉSIMO TERCERA: 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 sobre la naturaleza y alcance de ésta Póliza, se resolverán en única e inapelable instancia por la vía arbitral, en el marco de la Ley 1770 y a las disposiciones reglamentarias y las modificaciones o complementaciones que se efectúen por cualquier otra disposición legal.

VIGÉSIMO CUARTA: COBERTURA DE MUERTE - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, sea en territorio nacional o extranjero, LA COMPAÑÍA pagará a EL TOMADOR el saldo deudor que el ASEGURADO hubiera mantenido al momento de su fallecimiento y siempre que se cumpla lo siguiente: (i) que la Póliza se encuentre vigente; (ii) que EL TOMADOR hubiera efectuado el pago de la Prima a la COMPAÑÍA, calculada sobre el saldo deudor correspondiente, (iii) que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de Póliza, (iv) que el ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares respecto a las coberturas señaladas, según el caso.

Tratándose de operaciones mancomunadas, LA COMPAÑÍA pagará a EL TOMADOR el 100% del saldo deudor correspondiente al crédito otorgado al ASEGURADO, en el entendido de haberse efectuado el pago de la Prima correspondiente a la operación mancomunada de acuerdo a la Prima pagada por EL TOMADOR y a lo establecido en las Condiciones Particulares.

VIGÉSIMO QUINTA: COBERTURA DE MUERTE - EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

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

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

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

LA COMPAÑÍA efectuará el pago que corresponda, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar el formulario de Declaración de Siniestro o Carta de Aviso de Siniestro, debidamente llenado, adjuntando las siguientes pruebas:

Requisitos	Caso de Muerte Natural:	Caso de Muerte Accidental:
Certificado de defunción.	✓	✓
Certificado médico único de defunción o documento equivalente.*	✓	✓
Historial médico, sólo en caso de muerte natural.*	✓	

Copia del Informe policial.		✓
Copia del Documento de Identidad o Certificado de Nacimiento.	✓	✓
Liquidación de saldo deudor a fecha de fallecimiento por parte de la Entidad Financiera.	✓	✓
De ser necesario se pedirá el examen toxicológico y de alcoholemia.*		✓
Formularios requeridos por la UIF (si aplica)	✓	✓

*original o copia legalizada

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

En los casos en los que exista un procedimiento judicial, administrativo o arbitral en el que no sea parte LA COMPAÑÍA y de cuya definición dependa la cobertura del siniestro o el derecho de EL TOMADOR, 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.

VIGÉSIMO SEPTIMA: COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA rembolsa los Gastos de Sepelio hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, a la(s) persona(s) que demuestren, mediante la presentación de factura(s) de pago, los gastos incurridos para el Sepelio del ASEGURADO cualquiera sea la época en que éste ocurra en tanto se encuentre dentro de la vigencia de la Póliza.

VIGÉSIMO OCTAVA: COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO - EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

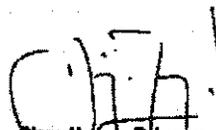
Las exclusiones son las mismas que las de cobertura de muerte.

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

Factura(s) de pago del(los) gastos incurridos para el Sepelio del ASEGURADO. La(s) factura(s) correspondiente(s) debe(n) ser presentada(s) a LA COMPAÑÍA dentro del mismo mes, caso contrario, se procederá al descuento correspondiente de impuestos previo al pago de la indemnización.

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

En los casos en los que exista un procedimiento judicial, administrativo o arbitral en el que no sea parte LA COMPAÑÍA y de cuya definición dependa la cobertura del siniestro o el derecho de EL TOMADOR, 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.


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


Silvia Patricia Trujillo
Sub Gerente Comercial
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


Martín Bedoya Mouroy
Gerente Servicio Seguros e lo
Marketing y Comunicación
Banco de Crédito de Bolivia S.A.


Gerardo Molina Bailón
Gerente de Servicio Mesa de Consumo
División de Riesgos
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

**COBERTURA ADICIONAL
BENEFICIO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD
SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN**
Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante
Resolución Administrativa APS/DS/N° 973-2012 con Código de Registro N° 209-934905-2012 06 001 1003

Forma parte integrante de la Póliza registrada en la APS bajo el Registro N° 209-934905-2012 06 001

La cobertura adicional del Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad se rige por lo establecido en la presente Cobertura Adicional y en las Condiciones Generales del seguro principal, en adelante Condiciones Generales de la Póliza.

PRIMERA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará el Capital Asegurado establecido en las Condiciones de la Póliza, si la persona designada como el ASEGURADO, sufriera durante la vigencia, alguna enfermedad que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente, definida en los términos establecidos en la presente Cobertura. Esto se cumplirá, siempre y cuando la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, el seguro principal esté vigente y la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Cobertura Adicional.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por una enfermedad.

SEGUNDA: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

A efectos de esta cobertura se considera que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente, si a consecuencia de una enfermedad presenta una calificación de Invalidez, igual o superior al 60%, tomando en consideración tanto el dictamen de la Entidad Encargada de Calificar (EEC), como el de los peritos de LA COMPAÑÍA, en caso de que éste haya sido realizado. Si existiera una discrepancia significativa entre ambos dictámenes, la posición será dirimida por la EEC mediante un nuevo dictamen realizado según los procedimientos que éste último haya establecido al efecto.

Un mismo evento no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un evento ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

TERCERA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente Cobertura Adicional es parte integrante y accesorio del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cobertura Adicional cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares para esta Cobertura Adicional.
- c) La solicitud expresa de EL TOMADOR de la cancelación de esta Cobertura Adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en las oficinas de LA COMPAÑÍA, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día hábil del mes siguiente a la respectiva comunicación.

El pago del valor de la Prima después de haber quedado sin efecto esta Cobertura Adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por una enfermedad que se diagnostique con posterioridad a esa fecha.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente Cobertura Adicional, excluye de su cobertura la invalidez del ASEGURADO que ocurra a consecuencia de:

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.
PÓLIZA: CRS-DESG-003

- a) Falsas declaraciones, omisión o reticencia del asegurado que puedan influir en la comprobación de su estado de invalidez.
- b) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- c) VIH/SIDA
- d) Enfermedades preexistentes y/o congénitas al inicio del seguro, y que hayan ocasionado menoscabos en la capacidad física del ASEGURADO antes del inicio del seguro, que sean de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación de acuerdo a la normativa vigente.
- e) Daños autoinflingidos.

QUINTA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

LA COMPAÑÍA determinará la configuración de la invalidez en base a la documentación presentada, debiendo el ASEGURADO presentar a LA COMPAÑÍA los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que LA COMPAÑÍA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios. LA COMPAÑÍA, asumirá los gastos médicos necesarios para que sus peritos puedan determinar el grado de Invalidez.

No obstante, lo anterior, LA COMPAÑÍA no asumirá los gastos relacionados a la EEC.

El ASEGURADO se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite LA COMPAÑÍA, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por LA COMPAÑÍA, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

El ASEGURADO deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que LA COMPAÑÍA solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas. El costo de esta verificación será asumido por LA COMPAÑÍA.

SEXTA: PAGO DEL BENEFICIO

El beneficio será pagado en una (1) sola cuota, luego de haber determinado la invalidez total y permanente del ASEGURADO.

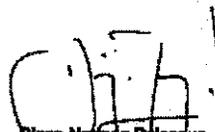
SÉPTIMA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

EL TOMADOR deberá informar por escrito a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura.

LA COMPAÑÍA efectuará el pago, por cualquier medio de pago convenido, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar los siguientes documentos:

Caso de Invalidez Total y Permanente por enfermedad :
Certificado Médico (en formato del Colegio Médico) exponiendo origen, naturaleza del desarrollo y consecuencias de la enfermedad.*
Documento emitido por EEC y/o por un Médico Calificador debidamente inscrito y registrado ante la APS.*
Copia del Documento de Identidad o Certificado de Nacimiento.
Liquidación del saldo deudor por parte de la Entidad Financiera, a la fecha de determinación de Invalidez.

*Original o copia legalizada


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


Cecilia Pineda Fariña
Sub Gerente Comercial
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


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


Gerardo Molina Barrón
Gerente de Servicio Mesa de Consumo
División de Riesgos
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

**COBERTURA ADICIONAL
BENEFICIO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN**
Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante
Resolución Administrativa APS/DS/N° 973-2012 con Código de Registro N° 209-934905-2012 06 001 1004

Forma parte integrante de la Póliza registrada en la APS bajo el Registro N° 209-934905-2012 06 001

La Cobertura Adicional del Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Accidente, se rige por lo establecido en la presente Cobertura Adicional y en las Condiciones Generales del seguro principal, en adelante Condiciones Generales de la Póliza.

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo o 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. No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el ASEGURADO.
- **Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Parte diferenciada del cuerpo que participa en la realización de una función. Es una entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará el Beneficio, si el ASEGURADO sufriera durante la vigencia, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente. Esto se cumplirá siempre y cuando la Invalidez ocurra antes de que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, el seguro principal esté vigente y la causa de la Invalidez no se encuentre dentro de las exclusiones de la presente Cobertura Adicional.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente.

TERCERA: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

A efectos de esta Cobertura se considera que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un accidente presenta una calificación de Invalidez, igual o superior al 60%, tomando en consideración tanto el dictamen de la Entidad Encargada de Calificar (EEC), como el de los peritos de LA COMPAÑÍA, en caso de que éste haya sido realizado. Si existiera una discrepancia significativa entre ambos dictámenes, la posición será dirimida por la EEC mediante un nuevo dictamen realizado según los procedimientos que éste último haya establecido al efecto.

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

CUARTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente Cobertura Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cobertura Adicional cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares para esta Cobertura Adicional.
- c) La solicitud expresa de EL TOMADOR de la cancelación de esta Cobertura Adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en las oficinas de LA COMPAÑÍA, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día hábil del mes siguiente a la respectiva comunicación.

El pago del valor de la Prima después de haber quedado sin efecto esta Cobertura Adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha.

QUINTA: EXCLUSIONES

La presente Cobertura Adicional excluye de su cobertura la invalidez del ASEGURADO que ocurra a consecuencia de:

- a) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular.
- b) Participación en acto delictivo.
- c) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
- e) Participar en: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; parapente; artes marciales, boxeo u otros deportes o disciplinas de peleas; equitación; carreras de caballo. Asimismo, la participación del ASEGURADO como conductor o acompañante, profesionalmente o como aficionado, en competencias o ensayos de velocidad o resistencia, en cualquier clase de vehículo, terrestre, acuático o aéreo, a motor o no.
- f) Participar en: actos y riesgos políticos y/o terrorismo; atentar contra la propia vida y la de terceros al manipular armas cortas punzantes y/o armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Asimismo, eventos en los que el ASEGURADO realice actividades que atenten contra su vida o la de terceros al encontrarse en estado de ebriedad o con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0,7 gramos/litro, salvo cuando el ASEGURADO hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su invalidez.
- g) Cuando el ASEGURADO esté bajo los efectos de drogas ilícitas.
- h) La participación del ASEGURADO en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- i) Daños autoinflingidos.
- j) Los ocasionados por los denominados "accidentes médicos", tales como: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos.

SEXTA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

LA COMPAÑÍA determinará la configuración de la invalidez en base a la documentación presentada, debiendo el ASEGURADO presentar a LA COMPAÑÍA los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que LA COMPAÑÍA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios. LA COMPAÑÍA, asumirá los gastos médicos necesarios para que sus peritos puedan determinar el grado de Invalidez.

El ASEGURADO deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que LA COMPAÑÍA solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas. El costo de esta verificación será asumido por LA COMPAÑÍA.

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.
PÓLIZA: CRS-DESG-003

SÉPTIMA: PAGO DEL BENEFICIO

El beneficio será pagado en una (1) sola cuota, luego de haber determinado la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO.

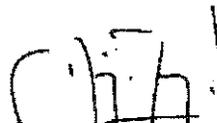
OCTAVA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

EL TOMADOR deberá informar por escrito a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la Cobertura.

LA COMPAÑÍA efectuará el pago que corresponda en sus oficinas, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar los siguientes documentos:

Caso de Invalidez Total y Permanente por accidente :
Documento emitido por EEC y/o por un Médico Calificador debidamente inscrito y registrado ante la APS.*
Copia del Documento de Identidad o Certificado de Nacimiento.
Liquidación de saldo deudor a fecha de determinación de Invalidez (por parte de la Entidad Financiera).
Si correspondiera, Informe de la Autoridad Competente.

*Original o copia legalizada.


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


Gladys Estrella de Trujillo
 Sub Gerente Comercial
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


Edwin Eudaya Monroy
 Gerente Servicio Seguros e lo
 Marketing y Comunicación
Banco de Crédito de Bolivia S.A.


Gerardo Molina Ballón
 Gerente de Servicio Mesa de Consumo
 División de Riesgos
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN

CLÁUSULA DE COBERTURA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DS/N° 537/2021 con Código de Registro N° 209-934905-2012 06 001 2001

Por medio de la presente Cobertura, que forma parte integrante de la póliza, se acuerda y establece que la Cobertura por Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad se rige por lo establecido en el presente texto, de acuerdo a lo siguiente:

DEFINICIONES

Trabajadores Independientes: Son trabajadores independientes todos los profesionales o no profesionales que desarrollan libre e individualmente, por cuenta propia, cualquier profesión, oficio, arte o ciencia, capaces de generar ingresos por la prestación de sus servicios, sin relación de subordinación ni exclusividad a un empleador determinado.

Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad: Situación en la que se encuentra el asegurado que está temporalmente incapacitado a realizar su trabajo habitual, a causa de un accidente o enfermedad, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o en reposo absoluto y continuo en su domicilio, por prescripción de un médico legalmente autorizado e inscrito en el Colegio Médico de Bolivia.

Rigen para la presente Cobertura, las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

DESCRIPCION DE LA COBERTURA

Se cubre el pago de las cuotas mensuales del crédito por la incapacidad temporal del Asegurado, a causa de un accidente o enfermedad.

La cantidad máxima de cuotas a ser indemnizadas y el monto máximo por cuota estarán estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza. Las cuotas serán pagadas de acuerdo al plan de pagos del crédito y el monto indemnizable para cada cuota será el equivalente a la primera cuota mínima mensual posterior a la fecha de incapacidad, más el deducible a cargo del Asegurado, si el mismo se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La presente cobertura de incapacidad temporal se activará con el pago de la prima adicional correspondiente y únicamente para el Asegurado sin relación de dependencia laboral, quien tendrá derecho al pago de las cuotas del crédito en favor del Tomador, siempre y cuando la incapacidad sea superior a quince (15) días, a consecuencia directa de un accidente o enfermedad.

La responsabilidad de la Compañía frente a reclamos presentados por esta cobertura finalizará automáticamente en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Cuando el Asegurado se encuentre en condiciones de retomar y desempeñarse en su trabajo habitual.
- b) Si el Asegurado ha sobrepasado la edad límite de permanencia, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c) En la fecha de cancelación de la obligación del Asegurado con el Tomador, por las operaciones de crédito contraídas e incorporadas en esta Póliza.

EXCLUSIONES

La presente Cobertura excluye, adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, y de manera permanente, la incapacidad del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) El fallecimiento del Asegurado.
- b) Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro,
- c) Incapacidad derivada de las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- d) Incapacidad debido a tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de este contrato.
- e) Incapacidad debido a lesiones sufridas por culpa grave del asegurado si este se encuentra bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas o estupefacientes.

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.

PÓLIZA: CRS-DESG-003

- f) Incapacidad debido a accidentes sufridos por el asegurado cuando este se encuentre bajo la influencia de enervantes, estimulantes u otras sustancias similares, salvo que se demuestre que las mismas fueron usadas por el asegurado por razones de prescripción médica.
- g) Incapacidad debido a tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.
- h) Incapacidad producida o derivada de lesiones debido a la participación del asegurado en riñas o pleitos callejeros.
- i) Se excluye a las personas que sean empleados de tiempo completo y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa legalmente constituida.

No se podrá efectuar ninguna reclamación por incapacidad total temporal, durante el periodo de doce (12) meses siguientes a una reclamación anterior pagada por la compañía de seguros, para un mismo evento.

PERIODO DE ESPERA

De acuerdo a lo mencionado en las Condiciones Particulares de la Póliza

DEDUCIBLE

De acuerdo a lo mencionado en las Condiciones Particulares de la Póliza

REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

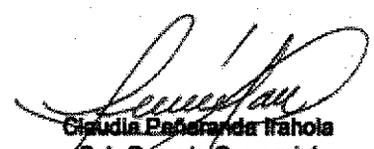
Los requisitos que debe presentar el Asegurado a la Compañía, para reclamar esta cobertura son:

- a) Formulario de Aviso de Siniestro debidamente llenado y firmado
- b) Fotocopia simple del Documento de Identidad del Asegurado
- c) Original o Copia Legalizada del Informe del médico tratante que respalde los días de incapacidad, así como estudios y laboratorios realizados
- d) Original o Copia Legalizada del Certificado de incapacidad temporal, emitido por el médico tratante, detallando el origen de la incapacidad y el tiempo de la misma
- e) Informe de la Autoridad Competente (si corresponde).
- f) Formularios requeridos por la UIF (si corresponde).
- g) Plan de pagos

Asimismo, el Asegurado proporcionará a La Compañía cualquier información que solicite ésta para verificar el siniestro y que le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. La solicitud de documentos complementarios por parte del asegurador no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro el plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del asegurado, después de la entrega por parte del asegurado del último requerimiento de información.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES


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


Claudia Esforzada Trahola
 Sub Gerente Comercial
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


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


 Gerardo Molina Ballón
 Gerente de Servicio Mesa de Consumo
 División de Riesgos
 Banco de Crédito de Bolivia S.A.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN

CLÁUSULA DE COBERTURA DE RENTA TEMPORAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DS/N° 537/2021 con Código de Registro N° 209-934905-2012 06 001 2002

Por medio de la presente Cobertura, que forma parte integrante de la póliza, se acuerda y establece que con el pago de la prima adicional correspondiente se cubrirá el pago de las cuotas del crédito del Asegurado, a consecuencia de desempleo involuntario, siempre y cuando a la fecha de ocurrencia del desempleo el Asegurado tenga como mínimo seis (6) meses continuos trabajando con el mismo empleador. La cobertura se activará por alguna de las siguientes causas:

- a) Despido intempestivo sin justa causa.
- b) Terminación del contrato por mutuo acuerdo siempre y cuando exista conciliación ante autoridad competente y el pago de la indemnización correspondiente.
- c) Cierre temporal o definitivo de la empresa.
- d) Supresión de cargos por fusión, transformación o liquidación de empresas privadas.
- e) Cualquier otra modalidad de despido sin justa causa.

La cantidad máxima de cuotas a ser indemnizadas y el monto máximo por cuota estarán estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza. Las cuotas serán pagadas de acuerdo con el plan de pagos del crédito y el monto indemnizable para cada cuota será el equivalente a la primera cuota mínima mensual posterior a la fecha de desempleo, más el deducible a cargo del Asegurado, si se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La presente cobertura opera única y exclusivamente para los Asegurados que tengan vigente un vínculo laboral mediante contrato escrito de trabajo, por tiempo indefinido, del sector público o privado, visado por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social (cuando corresponda)

La responsabilidad de la Compañía frente a reclamos presentados por esta cobertura finalizará automáticamente en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- d) Si el Asegurado, durante el periodo de indemnización, obtiene un nuevo empleo.
- e) Si el Asegurado ha sobrepasado la edad límite de permanencia, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- f) En la fecha de cancelación de la obligación del Asegurado con el Tomador, por las operaciones de crédito contraídas e incorporadas en esta Póliza.

El Asegurado se obliga a informar de manera inmediata a la Compañía, la fecha en la que obtenga un nuevo empleo. El incumplimiento de esta obligación será considerado como mala fe en la presentación del reclamo, lo cual dará derecho a la Compañía a cobrar al Asegurado todas las sumas de dinero, que en razón de la presente póliza se hubieran indemnizado durante el tiempo en que el Asegurado hubiera estado prestando servicios remunerados y, simultáneamente, percibiendo los pagos de la Compañía.

La Compañía pagará al Tomador los montos establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza al momento del despido involuntario del asegurado, siempre y cuando se cumpla lo siguiente: (i) que la Póliza se encuentre vigente; (ii) que el Tomador hubiera efectuado el pago de la prima a la Compañía, (iii) que la causa del despido no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la Póliza, según el caso.

PERIODO DE ESPERA

De acuerdo a lo mencionado en las Condiciones Particulares de la Póliza

DEDUCIBLE

De acuerdo a lo mencionado en las Condiciones Particulares de la Póliza

EXCLUSIONES, RIESGOS NO CUBIERTOS PARA COBERTURA DE RENTA TEMPORAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

No se cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de desempleo involuntario del Asegurado que resulte de:

- a) Pérdida del empleo para trabajadores con una antigüedad menor a seis (6) meses con el mismo empleador.
- b) Se excluye los retiros voluntarios o los retiros pactados entre empleado y empleador que no impliquen indemnización por parte del empleador.

TOMADOR: BANCO DE CRÉDITO DE BOLIVIA S.A.

PÓLIZA: CRS-DESG-003

- c) Trabajadores temporales, bajas médicas, propietarios, directores, trabajadores independientes o retiro por jubilación
- d) Participar en paros, disputas laborales o huelgas que sean declaradas ilegales por las Autoridades Competentes.
- e) Despido justificado y amparado por la Ley General del Trabajo y/o sus complementos y/o reglamentos.
- f) Jubilación y/o pensión del Asegurado.
- g) Conclusión del trabajo o servicio que dio origen al contrato de trabajo.
- h) Vencimiento del plazo convenido en el contrato de trabajo.
- i) Contratos a plazo fijo
- j) Contratos en consultorías en línea

REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO PARA COBERTURA DE RENTA TEMPORAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Los requisitos que debe presentar el Asegurado a la Compañía, para reclamar esta cobertura son:

Funcionarios Privados

- a) Formulario de Declaración de Siniestro, proporcionado por la Compañía (debidamente llenado).
- b) Fotocopia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- c) Copia de la carta/memorándum de despido (si corresponde).
- d) Original y Copia del Formulario de Finiquito visado por el Ministerio de Trabajo, firmado por el Empleador, el Asegurado y un representante del Ministerio de Trabajo (el original se devolverá al Asegurado una vez verificados los documentos).
- e) A solicitud de la Compañía (según la periodicidad de pago) presentar extractos de la AFP, que respalden que no se encuentra activo laboralmente.
- f) Plan de pagos
- g) Formularios requeridos por la UIF (si corresponde).

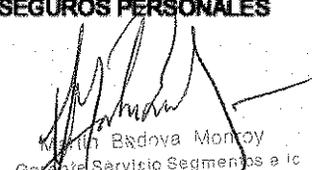
Funcionarios Públicos

- a) Formulario de Declaración de Siniestro, proporcionado por la Compañía (debidamente llenado).
- b) Fotocopia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- c) Original o Copia Legalizada del Memorándum acreditando la remoción de su puesto de trabajo.
- d) Original o Copia Legalizada del Carta de rescisión de contrato o rescisión intempestiva de contrato.
- e) A solicitud de la Compañía (según la periodicidad de pago) presentar extractos de la AFP, que respalden que no se encuentra activo laboralmente.
- f) Plan de pagos
- g) Formularios requeridos por la UIF (si corresponde).

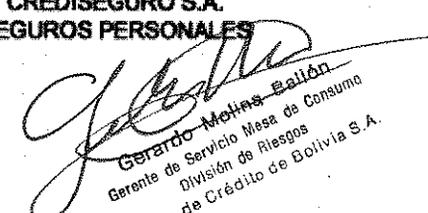
Asimismo, el Asegurado proporcionará a La Compañía cualquier información que solicite ésta para verificar el siniestro y que le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. La solicitud de documentos complementarios por parte del asegurado no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro el plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del asegurado, después de la entrega por parte del asegurado del último requerimiento de información.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES


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


 Martín Badova Montoya
 Gerente Servicio Seguros e In-
 formación y Comunicación
 Banco de Crédito de Bolivia S.A.


Claudia Páez Aranda Trahola
 Sub Gerente Comercial
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


 Gerardo Molinas Ballón
 Gerente de Servicio Mesa de Consumo
 División de Riesgos
 Banco de Crédito de Bolivia S.A.