

POLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMATICAMENTE

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante
Código de Registro Muerte por Cualquier Causa N° 209-934619-2013 06 004 1001
Gastos de Sepelio N° 209-934619-2013 06 004 1002

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 es trabajador dependiente de la Institución que suscribe la presente Póliza (Contratante) y que se encuentra expuesto al riesgo cubierto por este contrato, en adelante Asegurado.

En virtud al presente documento, la Institución que suscribe la presente Póliza es el Contratante, quien a nombre y cuenta del Asegurado contrata con la Compañía, la cobertura de la presente Póliza sobre el Seguro de Vida del Asegurado. Los términos y condiciones que regirán el presente Contrato de Seguro son los siguientes:

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

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 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 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 natural cuya vida se asegura en virtud de la 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.
- **Conmoción Civil:** Alteración del orden público.
- **Contratante:** Es la persona o entidad que suscribe la Póliza con la Compañía y la obligada al pago de la Prima.
- **Daño Malicioso:** Actos realizados voluntariamente con el objeto de causar daños en beneficio propio o de terceros.
- **Días:** Días calendario, salvo que se indique expresamente lo contrario.
- **EEC:** Entidad Encargada de Calificar la Invalidez; la misma que será determinada según la norma vigente aplicable a la fecha del siniestro, norma emitida por la Autoridad de Control y Fiscalización de Pensiones y Seguros (APS)
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en las presentes 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 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.
- **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado debido a la pérdida económica que él mismo y sus Beneficiarios del seguro sufrirían como consecuencia del siniestro.
- **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 Contratante.
- **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.
- **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

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 Contratante deberá enviar a la Compañía las solicitudes presentadas por sus trabajadores o la lista de personas a asegurar según los formatos establecidos por la Compañía 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.

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA POLIZA

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

1. Certificado de Cobertura / Declaración de Salud (en caso que aplique)
2. Los Anexos o Endosos 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.

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACION DE LA POLIZA

La póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por El Contratante y/o Asegurado en su solicitud y en la Declaración de Salud en tanto estos hayan sido requeridos.

La reticencia o inexactitud en las declaraciones del Contratante y/o 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 salvo en caso de dolo o fraude en perjuicio de la Compañía.

Las partes contratantes, el Asegurado y sus Beneficiarios se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y, supletoriamente, a las disposiciones contenidas en el Código de Comercio, La Ley de Seguros No. 1883 y toda normativa vigente ya sea modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

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 Cláusula Novena de las Condiciones Generales de la presente Póliza titulada: "Renovación del Seguro y Rehabilitación". La cobertura por cada Asegurado se inicia con la cancelación 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 Contratante a la Compañía; (iii) el Asegurado no supere los sesenta y cinco (65) años de edad; y, (iv) el Asegurado permanezca en la planilla del Contratante como trabajador dependiente.

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 Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares o Generales se hubiere convenido lo contrario.

SÉPTIMA: EDAD

Podrá ingresar como Asegurado bajo la presente Póliza cualquier trabajador dependiente del Contratante que tenga entre dieciocho (18) y sesenta y cuatro (64) años de edad a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer como Asegurado sólo hasta los sesenta y cinco (65) años de edad.

El Contratante, 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 exigirla antes de otorgar cualquier beneficio acordado por la Póliza.

Si se comprobare que el Asegurado era mayor de sesenta y cuatro (64) años de edad al momento de presentar su solicitud de seguro, su cobertura quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Contratante 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 Contratante 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 Contratante 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 REHABILITACION

La Póliza será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período la Póliza se renovará en forma automática por períodos anuales y bajo las mismas condiciones, siempre que el Contratante pague en el aniversario de expedición de esta Póliza, o dentro de los treinta (30) días siguientes, 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 Contratante.

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

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

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

DECIMA: TERMINACION DE LA COBERTURA

La presente póliza se resolverá en los siguientes supuestos:

1. Por solicitud escrita del Contratante.
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 Contratante, en su calidad de empleador de los Asegurados, 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.
2. Por término de la relación laboral del Asegurado con el Contratante.
3. Al cumplir el Asegurado la edad de sesenta y seis (66) años.
4. Al inicio de vigencia si se comprobase 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 Séptima de las Condiciones Generales de la presente Póliza titulada: "Edad".
5. Si la Compañía procede a indemnización de un siniestro cubierto por la Póliza.

Se deja expresa constancia que, si el siniestro se inicia dentro de la vigencia del seguro y continúa después de vencido el plazo del mismo la Compañía será responsable por la indemnización; pero si el siniestro se inició antes y continúa después de la emisión de la presente póliza por Crediseguro, la Compañía no responderá por el mismo, de conformidad a lo establecido en el Artículo 1026 del Código de Comercio. Asimismo, 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 del Asegurado, conforme a los términos y condiciones de la presente Póliza. El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el o los Beneficiarios, siempre que exista interés asegurable. 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 a 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: 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 del Contratante, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

DECIMO CUARTA: AVISO DE SINIESTRO

El Contratante, el Asegurado o los 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, 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.

DECIMO QUINTA: PAGO DEL BENEFICIO

La obligación de pagar el/los montos de cobertura a los Beneficiarios deberán 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(s).

La Compañía debe pronunciarse sobre el derecho del (los) Beneficiario(s) 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. 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, determina la aceptación del reclamo.

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

DECIMO 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 del siniestro. 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, sin que el Contratante hubiera solicitado el beneficio, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el Capital Asegurado, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la solicitud de cobertura.

DECIMO SEPTIMA: MODIFICACION DE LA POLIZA

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 Contratante y/o Asegurado.

DECIMO 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.

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 Contratante, 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, salvo que en los supuestos a. ó b. precedentes. En cualquier circunstancia, el Contratante será notificado sobre la conversión a moneda nacional.

VIGESIMO: DISCREPANCIAS EN LA POLIZA

Si el Contratante 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 Contratante 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 Contratante 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 del arbitraje.

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).

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) podrá fungir como instancia de conciliación, para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV 100.000.- (Cien mil 00/100 Unidades de Fomento de Vivienda). Si por esa vía no se llegará a un acuerdo, la APS podrá conocer y resolver la controversia por resolución administrativa debidamente motivada.

VIGESIMO TERCERA: COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA - DESCRIPCION DE LA COBERTURA

En caso de fallecimiento por cualquier causa del Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, sea en territorio nacional o extranjero, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares siempre que se cumpla lo siguiente: (i) que la Póliza se encuentre vigente; (ii) que el Contratante hubiera efectuado el pago de la Prima a la Compañía (de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Octava del presente Condicionado General); (iii) que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la 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.

VIGESIMO CUARTA: 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) *Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.7 gramos-litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su deceso.*
- b) Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del Asegurado y/o diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro.
- c) Suicidio, salvo que el Asegurado haya mantenido ininterrumpidamente la cobertura por al menos dos (2) años.
- d) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en un avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre 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, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- e) Acto criminal en el que resulte responsable el beneficiario, en cuyo 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.
- f) Participación del Asegurado como sujeto activo en acto delictuoso o empresa criminal, o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- g) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- h) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- i) 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.

- j) 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.
- k) VIH/SIDA.
- l) Cuando el Asegurado esté bajo los efectos de drogas ilícitas.
- m) 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.
- n) Epidemias declaradas como tal por las entidades gubernamentales competentes.

VIGESIMO QUINTA: COBERTURA DE MUERTE - 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 por cualquier causa:
Certificado de defunción.	✓
Certificado médico único de defunción o documento equivalente. *	✓
Historial médico, sólo en caso de muerte natural. *	✓
Copia del Documento de Identidad o Certificado de Nacimiento.	✓
Comprobantes de las últimas tres remuneraciones del Asegurado o documento equivalente (Caja de Salud, AFP a determinarse con la Compañía)	✓
De ser necesario se pedirá el examen toxicológico y de alcoholemia. *	✓
En caso de que el siniestro supere USD 10.000 o su equivalente en Bs., se deberá presentar el formulario PCC04	✓

*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 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.

VIGESIMO SEXTA: COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO - DESCRIPCION 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.

VIGESIMO SEPTIMA: COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO - EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

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

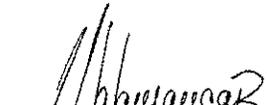
VIGESIMA OCTAVA: COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO - REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

Factura(s) de pago original(es) del(los) gastos incurridos para el Sepelio del Asegurado. La(s) factura(s) correspondiente(s) debe(n) ser emitidas a nombre de Crediseguro S.A. Seguros Personales con No. de NIT 191310020 y presentada(s) a la Compañía dentro del mismo mes, caso contrario, se procederá al descuento correspondiente de impuestos previo al pago de la indemnización.

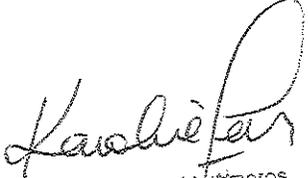
Asimismo, se proporcionará a la Compañía cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES


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


Stephany Salamanca De Rojas
Gerente Técnico y de Operaciones
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


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


Karoline K. Terán Méndez
Gerente Área Canales Alternos
y Soluciones Digitales
Sistemas
Banco de Crédito de Bolivia S.A.

SEGURO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMATICAMENTE

CLAUSULA ADICIONAL DE COBERTURA POR CÁNCER

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante Resolución Administrativa APS/DS/N° 10/2015 con Código de Registro N° 209-934619-2013 06 004 2016

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

PRIMERA: DEFINICIONES

Cáncer: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y a la proliferación de células malignas así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos, incluyendo Leucemia.

Diagnóstico: Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte.

Exclusiones: Condiciones que NO están cubiertas por el seguro según lo establecido en el Anexo.

Informe Anatómico Patológico Histológico: Resultado histopatológico que define el diagnóstico de cáncer y es emitido por un médico Anatómico Patólogo.

Metástasis: Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel que se inició.

Oncología: Es la especialidad médica que se encarga del estudio y tratamiento de los tumores benignos y malignos, con especial atención a los malignos. Se encarga del diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del cáncer. Se ocupa de los cuidados paliativos de pacientes con enfermedades en estado terminal, los aspectos éticos relacionados con la atención de los enfermos con cáncer y los estudios genéticos relacionados a los tumores.

Período de carencia: Tiempo durante el cual las coberturas aún no están activas. Se cuenta luego de la fecha de inicio de la Póliza. Todo diagnóstico y/o enfermedad manifestada durante este período no estará sujeto a cobertura.

Prexistencias: Aquellas enfermedades y condiciones que se han iniciado o diagnosticado ANTES de la contratación de la Póliza, o dentro del período de carencia.

Siniestro: Materialización del riesgo cubierto que en este tipo de Póliza es el primer diagnóstico de la enfermedad de Cáncer, sustentado con el Informe Anatómico Patológico Histológico.

Tumor maligno: Conjunto de células cancerosas que conforman una lesión anormal que aumenta de volumen, invade tejidos vecinos y que puede migrar por vías sistémicas (sanguínea) a otros órganos.

SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

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

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

Se reembolsará hasta un máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

TERCERA: PERSONAS ASEGURABLES

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

La edad de ingreso y de permanencia de los Asegurados se establece en las condiciones Particulares de la Póliza.

CUARTA: EXCLUSIONES

El presente beneficio adicional tiene las siguientes exclusiones:

- a) Cualquier enfermedad que no sea diagnosticada como Cáncer, tal como se define en este Anexo y aquellas que no han sido debidamente sustentadas con el correspondiente examen confirmatorio del Informe Anatómico Patológico Histológico.
- b) Cáncer que se haya detectado durante el período de carencia.
- c) Cáncer detectado antes del inicio del seguro
- d) Contaminación nuclear, así como actividades o enfermedades ocupacionales.
- e) Enfermedad preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del Asegurado y se encuentre dentro del plazo de dos años de impugnación.
- f) Cáncer de Piel (excepto melanoma maligno)

g) Cáncer como consecuencia de acciones de guerra

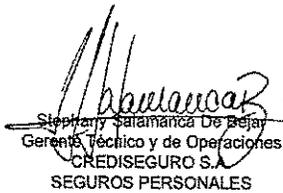
QUINTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO:

Se deberá informar a La Compañía por escrito sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura. La Compañía efectuará el pago del beneficio, por cualquier medio de pago convenido, para lo cual el Asegurado deberá presentar los siguientes requisitos:

- a) En original el Informe Anatómico Patológico Histológico positivo para Cáncer, extendido por un profesional médico especialista.
- b) Documentación original que sustente el diagnóstico de Cáncer: exámenes, análisis, radiografías y procedimientos realizados.
- c) Encontrarse al día en el pago de las primas.
- d) Fotocopia simple del Documento de Identidad.

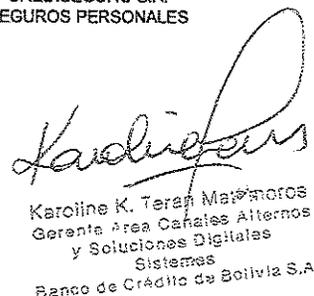
Todos los demás Términos y Condiciones de la Póliza, con excepción de lo expresamente variado por el presente Anexo, quedan en pleno vigor.

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES


Stephany Salamanca De Bejar
Gerente Técnico y de Operaciones
CREDISEGURO S.A.
SEGUROS PERSONALES


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


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


Karoline K. Terán Matamoros
Gerente Área Canales Alternos
y Soluciones Digitales
Sistemas
Banco de Crédito de Bolivia S.A.