



LA VITALICIA

SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 - Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

CONDICIONES PARTICULARES

SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Código de Registro 203-934917-2016 06 036 1001

Código de Registro 203-934917-2016 06 036 1002

Resolución Administrativa APS/ DS/ N° 807/ 2016

PÓLIZA NRO. 10H2300004

TOMADOR : BANCO BISA S.A.
ASEGURADOS : Prestatarios de la Entidad de Intermediación Financiera
INICIO DE VIGENCIA : Desde Hrs. 00:01 de Abril 1 de 2023
FIN DE VIGENCIA : Hasta Hrs. 24:00 de Marzo 31 de 2026
DIRECCIÓN TOMADOR : Av. 16 de Julio Nro. 1628, Z. Central
CIUDAD : La Paz
TELÉFONO (S) : 2-2317272
LUGAR DE PAGO : La Paz

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

RAZÓN SOCIAL : LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
DIRECCIÓN : Av. 6 de Agosto Nro. 2860, Z. San Jorge
TELÉFONO : 2-2157800
FAX : -
E-MAIL : plafuente@grupobisa.com
PÁGINA WEB : www.lavitalicia.bo

MATERIA DEL SEGURO: CLIENTES DEL TOMADOR DEL SEGURO QUE HUBIERAN CONTRAÍDO UN PRÉSTAMO, LOS CUALES SE CONSIDERAN PARA EL PRESENTE SEGURO, COMO ASEGURADOS.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO: La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento del desembolso del préstamo por parte de la Entidad de Intermediación Financiera a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizando en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

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

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

PRIMA: El monto de la prima de tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado.

COBERTURAS.

COBERTURAS BÁSICAS (considerando las exclusiones de la póliza):

	Tasa
- Fallecimiento por cualquier causa	0.0615% MENSUAL
- Invalidez Total y permanente	0.0205% MENSUAL

TASA TOTAL 0.0820% MENSUAL

COBERTURAS ADICIONALES

- Cobertura de Sepelio.	0.00%
-------------------------	-------

El gasto de Sepelio por Asegurado es de Bs. 3.850.- Bolivianos.

Las coberturas se encuentran sujetas a lo establecido en el Condicionado General.

BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO:

BANCO BISA S.A.

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

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Llenado del formulario de Solicitud de Seguro y Formulario de Declaración de Salud, donde consta las declaraciones del solicitante sobre su edad, estado de salud y otros, debiendo por lo tanto ser llenado de forma veraz, de buena fe y sin reticencia, omisiones ni falsas declaraciones.

Todas las declaraciones de salud deberán ser enviadas a la Compañía para su evaluación correspondiente, debiendo ser respondidas en el plazo máximo de 5 días hábiles aceptando la solicitud o rechazándola.

La Compañía se reserva el derecho de Solicitar chequeos médicos, solicitar información ampliatoria, por agravación del estado de salud u ocupación se cobrará una prima adicional o se rechazará la declaración de salud. Todo trámite demorará máximo de 10 días hábiles, después que el informe médico llegue a la Compañía.

La Compañía Aseguradora correrá con los gastos de revisión médica y exámenes de laboratorios.

Se debe constar que las aprobaciones de las Declaraciones de salud tendrán validez de 90 días desde su fecha de emisión, en caso que no se desembolsara el crédito en el plazo indicado se deberá llenar nuevamente la declaración de salud para someterla a una nueva evaluación.

CARTERA ANTIGUA:

La cartera antigua se acepta sin requisitos adicionales de asegurabilidad.

Se debe aceptar y asegurar la cartera antigua sin ningún tipo de requisitos de asegurabilidad tanto para titulares como para mancomunados y/o codeudores que hayan sido afiliados al seguro anterior a la vigencia de esta póliza y los mismos se mantendrán en el seguro sin que para ello se deban practicar exámenes médicos de ningún tipo, sin la presentación de declaración jurada de salud alguna y no se podrá limitar su ingreso por límites de capital asegurado, ni por el pago de extra-prima ni por ninguna otra condición que vaya en contra o desmedro de la Entidad



LA VITALICIA

SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 - Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

Financiera.

Se entiende por Cartera Antigua, toda la cartera asegurada con anterioridad al 01 de abril del 2023.

La antigüedad del asegurado para efectos de la indisputabilidad y riesgo de muerte por suicidio se mantendrá subsistente y proseguirá su acumulación, aun cuando se produzca el cambio de Entidad Aseguradora. La vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

CARTERA NUEVA:

De acuerdo a la siguiente tabla.

TABLA DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Para las edades comprendidas entre los 18 años hasta los 45 años:

Desde	Hasta	Requisitos
Bs. 1.-	Bs. 150.000.-	A
Bs. 150.001.-	Bs. 750.000.-	A
Bs. 750.001.-	Bs. 1.125.000.-	A
Bs. 1.125.001.-	Bs. 2.250.000.-	A+B+C+D
Bs. 2.250.001.-	Bs. 4.500.000.-	A+B+C+D+F+H
Bs. 4.500.001.-	(En adelante)	A+B+C+D+F+H+I

Para edades comprendidas entre los 46 años hasta los 59 años:

Desde	Hasta	Requisitos
Bs. 1.-	Bs. 150.000.-	A
Bs. 150.001.-	Bs. 750.000.-	A
Bs. 750.001.-	Bs. 1.125.000.-	A
Bs. 1.125.001.-	Bs. 2.250.000.-	A+B+C+D
Bs. 2.250.001.-	Bs. 4.500.000.-	A+B+C+D+F+H+I
Bs. 4.500.001.-	(En adelante)	A+B+C+D+F+H+I

Para edades comprendidas entre los 60 años hasta los 70 años:

Desde	Hasta	Requisitos
Bs. 1.-	Bs. 150.000.-	A
Bs. 150.001.-	Bs. 750.000.-	A
Bs. 750.001.-	Bs. 1.125.000.-	A
Bs. 1.125.001.-	Bs. 2.250.000.-	A+B+C+D
Bs. 2.250.001.-	Bs. 4.500.000.-	A+B+C+D+F+H+I
Bs. 4.500.001.-	(En adelante)	A+B+C+E+F+H+I

DEFINICIÓN DE DOCUMENTOS Y EXÁMENES MÉDICOS:

A= Formulario de Solicitud y Declaración Personal de Salud.

B= Examen Médico.

C= Análisis químico y microscópico de orina en laboratorio.

D= Electrocardiograma de reposo a 12 derivaciones.

E= Electrocardiograma de máximo esfuerzo (ergometría) salvo contraindicación.

F= Test VIH.

H= Perfil Lipídico: colesterol total, HDL y triglicéridos en el plasma, todos en ayunas.

I= Creatinina, Glucemia, ASAT, ALAT, GGT, Hemograma.

Para capitales mayores a Bs. 3.000.000.- se exigirá el llenado de un cuestionario financiero.

Para capitales mayores a Bs. 4.500.000.- se exigirá la presentación de estados financieros auditados o evaluación socioeconómica del cliente.

Límite de Capital Automático: Se otorga un límite de capital automático hasta Bs. 750.000.- (Setecientos cincuenta mil 00/100 bolivianos).

La Compañía se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos adicionales, además de información ampliatoria por agravación del estado de salud, ocupación u otros. Para estos casos, se podrá cobrar una prima adicional o también se podrá rechazar la solicitud.

VIGENCIA DE DOCUMENTOS:

Los Formularios de Solicitud de Seguro y las Declaraciones de Salud para el Seguro de Desgravamen Hipotecario tendrán una vigencia de 180 días, desde su fecha de emisión.

Los exámenes médicos realizados a los clientes que respaldan las solicitudes de seguro en los casos que corresponda, tendrán una vigencia de 180 días, desde su fecha de emisión.

En caso de incrementos de capital, los exámenes médicos tendrán una vigencia de hasta 12 meses, desde la fecha de su emisión, pudiendo la Entidad Aseguradora solicitar exámenes médicos adicionales, en función a los nuevos rangos de capital y edad si corresponde.

REINCORPORACIONES DE OPERACIONES EN MORA:

Reincorporación del cliente con el Pago y puesta al día de todo lo adeudado, según Reglamentación de Desgravamen Hipotecario.

LIQUIDACIÓN MENSUAL:

El Banco BISA S.A. enviará el listado de asegurados mensualmente a la Compañía en formato electrónico con la modalidad de mes vencido. Esta liquidación considerará la base final de clientes y primas correspondientes a cada asegurado en función a su suma asegurada. Una vez entregada la información a la Aseguradora deberá generar la liquidación.



LA VITALICIA

SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 - Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

PLAZO DE CONTRATACIÓN:

Tres (3) años, computable a partir del 01 de abril del 2023 al 31 de marzo de 2026, en cumplimiento a la vigencia de la póliza no deberá exceder los tres años, según normativa de la APS.

Comisión al Intermediario (como porcentaje de la tasa neta): 5%.

Comisión de Cobranza (como porcentaje de la tasa neta): 10%.

PERIODO DE CARENIA:

No aplica periodo de carencia.

INDEMNIZACIÓN:

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

CONDICIONES ADICIONALES.

ERRORES Y OMISIONES:

La compañía considerará bajo cobertura y por hasta noventa días aquellos casos que por error u omisión del Tomador y comprobado por la Compañía no hayan sido considerados en los reportes mensuales proporcionados por el Tomador de la póliza, previo cumplimiento de requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza, de acuerdo a la edad y capital asegurado. Por lo tanto, las primas que no se hubieran liquidado, deberán pagarse en caso de que la Compañía acepte el caso y se deducirán de la indemnización en caso de siniestro.

Queda establecido que la compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar las rectificaciones solicitadas, cuando los riesgos declarados en la rectificación escapen de los parámetros de aceptación en cuanto a edades de ingreso, montos de los préstamos, riesgos agravados por salud, ocupación u otros.

Todos los demás términos de la Póliza a excepción de lo expresamente variado en este punto quedan en pleno vigor.

LIMITES DE EDADES

Fallecimiento por cualquier causa y Gastos de Sepelio:

Ingreso: Desde los 18 años hasta los 70 años y 364 días.

Permanencia: Hasta los 75 años y 364 días.

Invalidez Total y Permanente:

Ingreso: Desde los 18 años hasta los 70 años y 364 días.

Permanencia: Hasta los 75 años y 364 días.

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD:

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

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

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE FORMULARIOS:

El Tomador deberá adjuntar en el registro del cliente en el sistema las solicitudes de seguro y declaraciones por medio magnético una vez dichos formularios se encuentren debidamente llenados y firmados.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE ASEGURADOS:

Conforme a lo acordado con el Tomador de seguro en el marco del Reglamento de Desgravamen Hipotecario.

CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA:

Conforme al Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario.

OBSERVACIONES:

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

La Resolución Administrativa ASFI/1235/2016, de fecha 29/12/2016, establece en su Capítulo III, Sección 1, Artículo 3° (Definiciones), inciso a) Asegurado: "Es el cliente de la entidad supervisada que acepta su adhesión al seguro colectivo contratado por el Tomador del Seguro. En el caso del Seguro de Desgravamen Hipotecario, el Asegurado es la persona natural deudora y/o codeudora de una Entidad de Intermediación Financiera, por la suscripción de un contrato de préstamo, cubierto por el Seguro de Desgravamen Hipotecario; en el marco de lo establecido en el Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario, aprobado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS)".

Por otra parte el Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario, aprobado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), mediante Resolución Administrativa APS/DS/N° 687/2016 de fecha 31/05/2016, establece en su Artículo 2.- (Definiciones): "Asegurado: Persona natural deudora y/o codeudora de una Entidad de Intermediación Financiera por la suscripción de un contrato de préstamo, cubierto por el Seguro de Desgravamen Hipotecario".

Consiguientemente, corresponde el pago de la prima de acuerdo a lo establecido en la Resolución Administrativa APS/DS/N° 1435/2016 de fecha 4/10/2016, que aprueba la Nota Técnica tanto para préstamos individuales como para préstamos con codeudores, definiéndose como TR la tasa de riesgo individual y como TRM la tasa de riesgo para préstamo en caso de codeudores.

No obstante lo establecido en el Condicionado General de la Póliza, Clausula 16 (Primas) Párrafo 4° se establece que el pago de la prima se realizará bajo la modalidad de prima vencida y mensual, conforme a la Resolución ASFI/1235/2016 de 29/12/2016, Sección 4, Artículo 4°.

MONEDA.

Bolivianos.

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA:

- Condicionado Particular.
- Condicionado General.
- Certificados de Cobertura Individual.



LA VITALICIA

SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S. A.
Una Empresa del Grupo Financiero BSA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 - Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

Clausula de Gastos de Sepelio.

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

La Paz, Marzo 24 de 2023

LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S. A.

Pablo Daniel La Fuente Heredia

Subgerente Negocios Seguros Masivos

Jorge Mauricio Alvarez Pol

Gerente de Seguros de Vida

FIRMAS AUTORIZADAS

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
Código de Registro 203-934917-2016 06 036 1001
Código de Registro 203-934917-2016 06 036 1002
Resolución Administrativa APS/DS/N° 807/2016**

Póliza Nro. : 10H2300004

Tomador : BANCO BISA S.A.

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

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

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

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

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

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

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

Fallecimiento: Es la muerte por cualquier causa del Asegurado.

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

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

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

CLÁUSULA 2.- (COBERTURAS BASICAS Y ADICIONALES). El Capital Asegurado que figura en el Certificado de Cobertura Individual será pagado por la Entidad Aseguradora, cuando el Asegurado sufra el Fallecimiento por cualquier causa o la Invalidez Total Permanente, salvo por los riesgos excluidos que se encuentran especificados en la Cláusula 3 del presente documento.

En ningún caso la Entidad Aseguradora podrá realizar el pago del siniestro a prorrata en función del número de codeudores, debiendo cubrir la totalidad del Saldo Insoluto de la Deuda para los casos referidos, ante la ocurrencia del siniestro que afecte a cualquiera de los Codeudores.

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

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

- a) Enfermedad pre-existente que no fue comunicada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- b) Intervención directa o indirecta del Asegurado en actos criminales, que le ocasionen el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de discrepancia entre éstas, prevalecerá lo establecido en el Condicionado Particular sobre el Condicionado General.

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

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

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



LA VITALICIA

SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 - Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

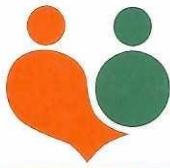
No se puede invocar retardación u omisión del aviso cuando la Entidad Aseguradora, dentro del plazo indicado, intervenga en la comprobación del siniestro al tener conocimiento del mismo por cualquier medio.

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

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

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

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



LA VITALICIA

SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 - Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

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

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

La solicitud de complementación por parte de la Entidad Aseguradora no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro del plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del Asegurado y/o Beneficiario, después de la entrega por parte del Asegurado y/o Beneficiario del último requerimiento de información.

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

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

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

- Certificado de Defunción extendido por Oficial de Registro Civil. Si el Asegurado hubiera fallecido fuera del país, el indicado Certificado deberá llevar las legalizaciones correspondientes del consulado boliviano del país donde hubiera ocurrido el hecho o el consulado boliviano más accesible y el de la Autoridad Competente en territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

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

- Documento de identificación del Asegurado.

- Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia de siniestro.

- Documento de Pre-liquidación del préstamo emitido por el Tomador.

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

- Declaración Médica de Invalidez, emitida por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO) o por la Entidad Encargada de Calificación (EEC) o por médico calificador registrado en la APS.

- Documento de identificación del Asegurado.

- Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.

- Documento de Pre-liquidación del préstamo emitido por el Tomador.

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

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

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

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

CLÁUSULA 27.- (PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION). El Asegurado o el Beneficiario pierde el derecho a la indemnización o pago de

las prestaciones convenidas, cuando:

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

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

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

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

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

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

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá fungir como instancia de conciliación, para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV100.000.00.- (Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento a la Vivienda). Si por esta vía y considerando dicha cuantía, no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá conocer y resolver la controversia mediante Resolución Administrativa debidamente motivada.

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

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

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

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

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

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

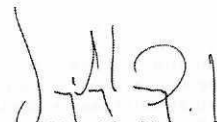
La Paz, Marzo 24 de 2023

LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.

Firmas Autorizadas



Pablo Daniel La Fuente Heredia
Subgerente Negocios Seguros Masivos



Jorge Mauricio Alvarez Pol
Gerente de Seguros de Vida



LA VITALICIA

SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS

Av. 6 de Agosto N° 2860

Central Piloto: 2 - 2157800 - Fax: 2 - 2113480

La Paz - Bolivia

www.lavitaliciaseguros.com

**COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS DE SEPELIO
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**

**Resolución Administrativa APS/DS/ No 1774/2016
Código de Registro 203-934917-2016 06 036 1003**

Anexo a la Póliza No. : 10H2300004

Tomador : BANCO BISA S.A.

Asegurados :

Esta Cobertura Adicional es anexo al Seguro Principal de Seguro de Desgravamen Hipotecario.

CLAÚSULA 1. Cobertura. La Entidad Aseguradora pagará el monto establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, por concepto de Gastos de Sepelio, a la muerte del Asegurado, a los Beneficiarios nominados, ó en su defecto a los herederos legales, si esto ocurre durante la vigencia de la Cobertura Individual del Asegurado.

CLAÚSULA 2. Exclusiones. La Entidad Aseguradora no cubrirá y estará eximida de toda responsabilidad, en caso que el Fallecimiento del Asegurado sobrevenga, directa o indirectamente, como consecuencia de:

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

CLAUSULA 3. Terminaciones de la Cobertura. Esta cobertura es parte integrante y accesoria de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario y se registrará, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, de modo que sólo será válido y registrará mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto:

- a) Por terminación anticipada de la Vigencia de la Póliza o de la Vigencia de la Cobertura Individual del Asegurado.
- b) Una vez producido el pago de cualquier reclamo del presente Seguro Complementario.

CLAÚSULA 4. Términos de la Póliza Principal. Todos los demás términos de la Póliza Principal, a excepción de lo modificado por la condiciones de esta Cobertura Adicional, se mantienen invariables y en todo su vigor.

La Paz, Marzo 24 de 2023

LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.

Firmas Autorizadas

Pablo Daniel La Fuente Heredia
Subgerente Negocios Seguros Masivos

Jorge Mauricio Álvarez Pol
Gerente de Seguros de Vida