

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
Código Asignado: 204 - 934922 - 2016 06 090

Resolución Administrativa APS/DS/NºAPS/DS/Nº 806-2016

PÓLIZA N° : 38

TOMADOR : COOP. DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA
EDUCADORES GRAN CHACO RL

ASEGURADOS : CLIENTES DEL TOMADOR DEL SEGURO QUE
HUBIERAN CONTRAÍDO UN CREDITO DE
VIVIENDA, CRÉDITOS DE VIVIENDA SOCIAL Y
CRÉDITOS AUTOMOTORES CUBIERTO POR EL
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

INICIO DE VIGENCIA : DESDE HRS. 00:01 DEL 01 DE ABRIL DE 2026

FIN DE VIGENCIA : HASTA HRS. 24:00 DEL 01 DE ABRIL DE 2029

DIRECCIÓN TOMADOR : CALLE CAMPERO N° 140 ENTRE CALLE MARTÍN
BARROSO Y AV. SAN MARTÍN

CIUDAD : YACUIBA

TELÉFONO (S) : 4-6822486 - 77027211

LUGAR DE PAGO : CENTRAL C/ CAMPERO 140

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

RAZÓN SOCIAL : LA BOLIVIANA CIACRUZ SEGUROS
PERSONALES S.A.

DIRECCIÓN : CALLE COLÓN N° 288

TELÉFONO : (591-2) 2-203131

FAX : (591-2) 2203876 - 2203902

E-MAIL : INFO@LBC.BO

PAGINA WEB : WWW.LBC.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)

- FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA.
- INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

COBERTURAS ADICIONALES

- GASTOS DE SEPELIO : HASTA BS. 6.960.-
- CESANTÍA : HASTA MÁXIMO 3 CUOTAS MENSUALES
- CONDICIONES QUE PUEDAN SER CUBIERTAS CON SOBRE TASA COMO SER:

- SOBREPESO.
- ACTIVIDADES NOTORIAMENTE DE ALTO RIESGO COMO SER DEPORTES DE ALTO RIESGO.
- OCUPACIONES NOTORIAMENTE DE ALTO RIESGO COMO SER MILITARES, MINEROS, POLICÍAS, GUARDIAS DE SEGURIDAD, PILOTOS, TRIPULANTES DE VUELO Y OTROS.

LAS COBERTURAS SE ENCUENTRAN SUJETAS A LO ESTABLECIDO EN EL CONDICIONADO GENERAL.

BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO: COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO ABIERTA EDUCADORES GRAN CHACO R.L.

ALCANCE TERRITORIAL: NEGOCIOS SUSCRITOS EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA CON COBERTURA MUNDIAL.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

LIMITES DE EDADES

FALLECIMIENTO:

INGRESO: DESDE LOS 18 AÑOS HASTA CUMPLIR LOS 70 AÑOS Y 364 DÍAS

PERMANENCIA: HASTA CUMPLIR LOS 75 AÑOS Y 364 DÍAS.

INVALIDEZ:

INGRESO: DESDE LOS 18 AÑOS HASTA CUMPLIR LOS 65 AÑOS Y 364 DÍAS.

PERMANENCIA: HASTA CUMPLIR LOS 70 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: CONFORME A LO ACORDADO CON EL TOMADOR DE SEGURO EN EL MARCO DEL REGLAMENTO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

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 TRIBUTOS SEGÚN EL ART. N° 54 DE LA LEY DE SEGUROS 1883 DEL 25 DE JUNIO DE 1998.

TABLA DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

<i>Capital asegurado En Bs.</i>	<i>Edad alcanzada</i>			
	<i>hasta 45 años</i>	<i>46 a 55 años</i>	<i>56-65 años</i>	<i>66 años en adelante</i>
0 – 49.000	FREE COVER	FREE COVER	FREE COVER	FREE COVER
49.001 - 69.000	A	A	A	A
69.001 – 1.050.000	A	A	AB	ABCD
1.050.001 – 1.750.000	AF	ABF	ABCF	ABCD
1.750.001 – 3.500.000	ABCF	ABCFH	ABCDFH	ABCDFH
3.500.001 - 7.000.000	ABCDFHI	ABCDEFHI	ABCDEFGHI	ABCDEFGHI
7.000.001 y mas	ABCDEFHI	ABCDEFGHI	ABCDEFGHI	ABCDEFGHI

ACLARACIONES:

- A** DECLARACIÓN DE SALUD
- B** EXAMEN MÉDICO
- C** ANÁLISIS QUÍMICO Y MICROSCÓPICO DE ORINA EN LABORATORIO
- D** ECG DE REPOSO A 12 DERIVACIONES
- E** ECG DE MÁXIMO ESFUERZO (ERGOMETRÍA) - SALVO CONTRAINDICACIÓN
- F** TEST HIV
- G** HEMOGRAMA, ERITROSEDIMENTACIÓN
- H** PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL TOTAL EN EL PLASMA, HDL, LDL Y TRIGLICÉRIDOS EN EL PLASMA (TODOS EN AYUNAS)
- I** CREATININA, GLUCEMIA, ÁCIDO ÚRICO, ASAT, ALAT, GGT

FREE COVER: DESDE USD 1.- HASTA USD 7.000.- O HASTA BS49.000.-, LOS SOLICITANTES LLENARÁN EL FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, SIN EMBARGO NO SE TOMARÁN EN CUENTA LOS PARÁMETROS DE ASEGURABILIDAD (CUESTIONARIO DE SALUD, ÍNDICE DE MASA CORPORAL, ACTIVIDAD), POR LO TANTO, LA ACEPTACIÓN Y PAGO DE SINIESTROS ES AUTOMÁTICO; LOS PRESTATARIOS INGRESARÁN AUTOMÁTICAMENTE AL SEGURO SIEMPRE Y CUANDO ESTÉN REPORTADOS EN LAS PLANILLAS MENSUALES DE ASEGURADOS DECLARADOS POR EL TOMADOR, ESTÉN DENTRO DE LOS LÍMITES DE EDAD ESTABLECIDOS, Y HAYAN FIRMADO EL CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN Y ADHESIÓN AL SEGURO.

APROBACIÓN AUTOMÁTICA: HASTA Bs 69.000.- LA APROBACIÓN DEL SEGURO PODRÁ SER AUTOMÁTICA AL LLENADO DEL FORMULARIO DE 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 DE 5 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.

TASA ANUAL: 0.3720‰ (Por mil)

TASA MENSUAL: 0.0310‰ (Por mil)

EXCLUSIONES:

- A) ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE QUE NO FUE COMUNICADA POR EL ASEGURADO A TRAVÉS DEL FORMULARIO DE SOLICITUD Y DECLARACIÓN DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.
- B) INTERVENCIÓN DIRECTA O INDIRECTA DEL ASEGURADO EN ACTOS CRIMINALES, QUE LE OCASIONEN EL FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.
- C) GUERRA INTERNACIONAL O CIVIL (DECLARADA O NO), REVOLUCIÓN, INVASIÓN ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, INSURRECCIÓN, SUBLEVACIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN O HECHOS QUE LAS LEYES CALIFICAN COMO DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD DEL ESTADO.
- D) FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- E) REALIZACIÓN O PARTICIPACIÓN EN UNA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO NO DECLARADA POR EL ASEGURADO A TRAVÉS DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO Y DECLARACIÓN DE SALUD, CONSIDERÁNDOSE COMO TALES AQUELLOS QUE OBJETIVAMENTE CONSTITUYAN UNA AGRAVACIÓN DEL RIEGO 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.

NOTA: UN INFORME CONFIDENCIAL DEL CANDIDATO SERÁ SUMINISTRADO PARA SUMAS SUPERIORES A USD 250.000. ESTE INFORME PRESTARÁ ESPECIAL ATENCIÓN EN CUANTO A SOLVENCIA, INGRESOS ANUALES OTROS SEGUROS YA VIGOR, ACTIVIDAD PROFESIONAL EXACTA Y RIESGO MORAL DEL CANDIDATO. SI EL CAPITAL FUESE SUPERIOR A USD 250.000, SE DEBERÁ ADEMÁS EXIGIR UN INFORME DEL INVESTIGADOR, ESTADOS FINANCIEROS AUDITADOS, FIRMADOS POR EL AUDITOR O CONTADOR Y POR EL CONTRATANTE.

AMPLIACIÓN DE VIGENCIA SIN MODIFICACIÓN DE TÉRMINOS, CONDICIONES Y TASAS HASTA 120 DÍAS PREVIO ANÁLISIS DE SINIESTRALIDAD.

LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTIENDE A OTORGAR LA COBERTURA ADICIONAL DE SEPELIO HASTA 1.000 \$US (MIL 00/100 DÓLARES AMERICANOS) O EN BS. 6.960 (SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA 00/100 BOLIVIANOS) CUANDO OCURRA LA MUERTE POR CAUSA NATURAL O ACCIDENTAL DEL ASEGURADO SEGÚN DECLARACIONES MENSUALES REPORTADAS POR EL CONTRATANTE. EL BENEFICIO SERÁ ENTREGADO AUTOMÁTICAMENTE A LA PERSONA INDICADA EN FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO O EN SU DEFECTO, SI NO ESTUVIERA ESTIPULADO EL BENEFICIARIO EN FORMULARIO, AL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE O AL MAYOR DE LOS HIJOS, INDEPENDIENTEMENTE QUE EL RECLAMO POR LA COBERTURA PRINCIPAL SEA ACEPTADO. EN AUSENCIA DE TODOS LOS ANTERIORES, EL BENEFICIO SERÁ ENTREGADO AUTOMÁTICAMENTE AL PADRE, MADRE O HERMANO MAYOR, SE DEJA CLARAMENTE ESTABLECIDO QUE LA INDEMNIZACIÓN POR BENEFICIO DE SEPELIO NO REPRESENTA UNA ACEPTACIÓN DEL PAGO DE LA COBERTURA PRINCIPAL DE LA PÓLIZA DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO. (SIENDO ESTE ÚLTIMO MONTO CALCULADO AL TIPO DE CAMBIO OFICIAL BCB AL MOMENTO DE LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA. EN CASO DE QUE EL TIPO DE CAMBIO VARIE DE FORMA BENEFICIOSA PARA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE LA PÓLIZA SE DEBERÁ TOMAR EL VALOR MAS ALTO PARA EL CALCULO DE LA INDEMNIZACIÓN)

PARA EL PAGO DEL SEPELIO SOLAMENTE SE EXIGE LA PRESENTACIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y LA CARTA DE SOLICITUD DE PAGO DE SEPELIO FIRMADA POR UN FAMILIAR DE PRIMER GRADO PARA TODA LA CARTERA.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CONDICIONADO GENERAL Y EN EL REGLAMENTO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO, SE DEFINE EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

AVISO DE SINIESTRO.

EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, EN UN PLAZO MÁXIMO DE NOVENTA (90) 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 DE ESTE 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.

EL AVISO DE SINIESTRO A LA COMPAÑÍA PODRÁ SER A TRAVÉS DE:

- NOTIFICACIÓN MEDIANTE CARTA A LA COMPAÑÍA.
- LLAMADA AL CALL CENTER.
- CORREO ELECTRÓNICO.

REQUERIMIENTOS Y LÍMITES A LA INFORMACIÓN.

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 COMO 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.

PLAZO PARA PRONUNCIARSE.

LA ENTIDAD ASEGURADORA DEBE PRONUNCIARSE SOBRE EL DERECHO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO DENTRO DE LOS DIEZ (10) 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 DIEZ (10) 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.

REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

A) DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE 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 DIFÍCIL 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 LA 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 DEL 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 EL 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.

C) DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE SEPELIO

- FOTOCOPIA DEL CARNET DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO.
- DECLARATORIA DE BENEFICIARIOS O DECLARATORIA DE HEREDEROS LEGALES, EN CASO DE NO EXISTIR LA NOMINACIÓN DE LOS MISMOS.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

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.

EL PAGO DE SINIESTROS, SER REALIZARÁ BAJO LAS SIGUIENTES MODALIDADES, DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL BENEFICIARIO:

- A) MEDIANTE CHEQUE
- B) TRANSFERENCIA BANCARIA

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA:

- CONDICIONADO PARTICULAR.
- CONDICIONADO GENERAL.
- CERTIFICADOS DE COBERTURA INDIVIDUAL.
- CLÁUSULAS.
- FORMULARIOS DE SOLICITUD DE SEGURO Y DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO.

LUGAR Y FECHA: TARIJA, 30 DE MARZO DE 2026

**LA BOLIVIANA CIACRUZ
Seguros Personales S.A.**



**Manuel Sauma Guidi
Apoderado**



**Santiago Bustillos Ardaya
Apoderado**

FIRMAS AUTORIZADAS