

SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Póliza Nro. : DES - SC0101 - 1

O R I G I N A L

Formato aprobado mediante Resolución Administrativa Nro. 822-2016 del 22 de junio de 2016

Código de Registro: 211-934923-2016 06 005



CONDICIONES PARTICULARES

Tomador: **BANCO FORTALEZA S A .**
 Asegurados: **Prestatarios de la Entidad de Intermediación Financiera.**
 Inicio de Vigencia: **Desde Hrs. 00:01 de 01 de Abril de 2023**
 Fin de Vigencia: **Hasta Hrs. 24:00 de 31 de Marzo de 2026**
 Dirección Tomador: **AV ARCE N2799 ZONA SOPOCACHI**
 Ciudad: **LA PAZ**
 Teléfono(s): **/**
 Lugar de Pago: **Oficinas del Tomador**

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

Razón Social: **COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA FORTALEZA S.A.**
 Dirección: **AVENIDA 16 DE JULIO, PLAZA VENEZUELA NRO. 100 EDIF.: HERMAN PISO: 1 DEPTO.: MEZANINE OFIC.: PB ZONA CENTRAL**
 Teléfono: **2-2434885 / 3-3487273**
 Fax: **3-3497675**
 E-Mail: **info@fortaleza.com.bo**
 Pagina Web: **www.aseguradorafortaleza.com.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 :

Tasa

TASA TOTAL:

0,062% Mensual

COBERTURAS ADICIONALES

- Gastos de Sepelio
- Capital Adicional Indemnizatorio

INCLUIDA EN LA TASA TOTAL
DESEMPLEO 0.0380% MENSUAL

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

BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO: BANCO FORTALEZA S A .

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

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

CARTERA VIGENTE OPERACIONES DESEMBOLSADAS HASTA EL 31/03/2023:

SE DEBE ACEPTAR Y ASEGURAR LA CARTERA ANTIGUA SIN NINGÚN TIPO DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD TANTO PARA TITULARES COMO PARA MANCOMUNOS Y/O CODEUDORES, YA SEA QUE SE ENCUENTREN ACTUALMENTE ASEGURADOS. LOS MISMOS DEBERÁN INGRESAR AL SEGURO SIN QUE PARA ELLO SE DEBAN PRACTICAR EXÁMENES MÉDICOS DE NINGÚN TIPO, SIN LA PRESENTACIÓN DE DECLARACIÓN DE SALUD ALGUNA Y NO SE PODRÁ LIMITAR SU INGRESO POR LÍMITES DE VALOR ASEGURADO. LA COMPAÑÍA ASEGURADORA ADJUDICADA, PODRÁ SOLICITAR A LA ASEGURADORA QUE TRANSFIERE LA CARTERA, UN LISTADO DE LOS PRÉSTAMOS QUE NO HAN CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PARA SU EXCLUSIÓN RESPECTIVA.

DE LA MISMA FORMA LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO NO DEBERÁ SOLICITAR COPIA DE LAS DECLARACIONES DE SALUD QUE HAYAN REALIZADO LOS ASEGURADOS ANTE LAS ASEGURADORAS QUE TUVIERON LA CUENTA AL MOMENTO DE QUE CADA ASEGURADO CONTRATO SU PRÉSTAMO (ESTA CONDICIÓN APLICARÁ SOLO PARA CRÉDITOS DESEMBOLSADOS ANTES DEL 01/04/2016)

PARA LA CARTERA VIGENTE SUSCRITA CON EXTRA PRIMA POR RIESGO AGRAVADO, SE APLICARÁ UN RECARGO MÁXIMO DEL 50% EN AQUELLAS OPERACIONES QUE HAYAN SIDO SUSCRITAS POR UN PORCENTAJE MAYOR, SE MANTENDRÁ EL PORCENTAJE PARA OPERACIONES QUE CUENTAN CON UN RECARGO MENOR AL 50%

ESTA CARTERA INCLUYE INCLUSIVE OPERACIONES VENCIDAS Y EN EJECUCIÓN (CON 30 Y 90 DÍAS DE RETRASO RESPECTIVAMENTE).

CARTERA NUEVA: LAS OPERACIONES DESEMBOLSADAS A PARTIR DEL 01/04/2023 DEBERÁN CUMPLIR LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD DETALLADOS A CONTINUACIÓN EN FUNCIÓN A LAS EDADES ESTABLECIDAS:

PARA LAS EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 18 AÑOS HASTA LOS 45 AÑOS:

| DESDE | HASTA | REQUISITOS |
|-----------------|------------------|--------------------------|
| BS. 1.- | BS. 686.000.- | DS |
| BS. 686.001.- | BS. 1,372.000. - | DS+EM+HIV |
| BS. 1.372.001.- | BS. 2.058.000.- | DS+EM+AO+HIV |
| BS. 2.058.001.- | BS. 2.572.500.- | DS+EM+AO+HIV+ECG+LAB |
| BS. 2.572.501.- | BS. 3.430.000.- | DS+EM+AO+HIV+ECGM+LAB |
| BS. 3.430.001.- | EN ADELANTE | DS+EM+AO+HIV+ECGM+LAB+IF |

PARA LAS EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 46 AÑOS HASTA LOS 59 AÑOS:

| DESDE | HASTA | REQUISITOS |
|-----------------|------------------|--------------------------|
| BS. 1.- | BS. 686.000.- | DS |
| BS. 686.001.- | BS. 1,029.000. - | DS+EM |
| BS. 1.029.001.- | BS. 1,372.000.- | DS+EM+AO+HIV |
| BS. 1.372.001.- | BS. 2,058.000.- | DS+EM+AO+HIV+ECG+LAB |
| BS. 2.058.001.- | BS. 3,430.000.- | DS+EM+AO+HIV+ECGM+LAB |
| BS. 3.430.001.- | EN ADELANTE | DS+EM+AO+HIV+ECGM+LAB+IF |

PARA LAS EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 60 AÑOS HASTA LOS 70 AÑOS:

| DESDE | HASTA | REQUISITOS |
|-----------------|-----------------|--------------------------|
| BS. 1.- | BS. 514.000.- | DS |
| BS. 514.001.- | BS. 686.000. - | DS+EM |
| BS. 686.001.- | BS. 857.500.- | DS+EM+AO |
| BS. 857.501.- | BS. 1,200.500.- | DS+EM+AO+HIV+ECG |
| BS. 1.200.501.- | BS. 1,543.500.- | DS+EM+AO+HIV+ECG+LAB |
| BS. 1.543.501.- | BS. 3,430.000.- | DS+EM+AO+HIV+ECGM+LAB+RX |

BS. 3.430.001.- EN ADELANTE DS+EM+AO+HIV+ECGM+LAB+RX+IF

ACLARACIÓN DE DOCUMENTOS:

DS = DECLARACIÓN DE SALUD.

EM = EXAMEN MÉDICO.

AO = ANÁLISIS QUÍMICO Y MICROSCÓPICO DE ORINA EN LABORATORIO.

HIV = TEST DE HIV (SIDA)

ECG = ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO.

ECGM = ELECTROCARDIOGRAMA EN ESFUERZO (ERGOMETRÍA).

LAB = EXÁMENES DE LABORATORIO:

HEMOGRAMA

VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR

GLUCOSA SANGUÍNEA EN AYUNAS

COLESTEROL TOTAL CON FRACCIÓN HDL, TRIGLICÉRIDOS

BILIRRUBINA, CREATININA, GPT, GOT Y GAMMA GT

ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO, VARONES QUE TENGAN EDAD MAYOR O IGUAL A 50 AÑOS.

RX = RADIOGRAFÍA DE TÓRAX O ESPIROMETRÍA

IF = INFORME FINANCIERO

LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD CONTEMPLAN TODOS LOS CRÉDITOS/PRÉSTAMOS QUE MANTENGA EL ASEGURADO CON LA ENTIDAD DE INTERMEDIACIÓN FINANCIERA, ES DECIR, CONSIDERA LA SUMA DE TODOS SUS PRÉSTAMOS DE FORMA ACUMULATIVA. POR TANTO, LOS REQUISITOS PUEDEN VARIAR A MEDIDA QUE UN CLIENTE SOLICITE NUEVOS PRÉSTAMOS O CAPITAL ADICIONAL A SUS PRÉSTAMOS VIGENTES.

LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD CONTEMPLAN TODOS LOS CRÉDITOS/PRÉSTAMOS QUE MANTENGA EL PRESTATARIO CON EL TOMADOR DE LA PÓLIZA.

LAS ÓRDENES MÉDICAS SERÁN EMITIDAS POR LA ASEGURADORA UNA VEZ QUE LAS SOLICITUDES DE SEGURO SEAN REMITIDAS POR EL TOMADOR, EL COSTO DE TALES EXÁMENES SERÁN CUBIERTOS POR LA ASEGURADORA.

LA EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS POR PARTE DE LA ASEGURADORA SERÁ COMUNICADA AL TOMADOR EN UN PLAZO DE DOS (2) DÍAS HÁBILES A CONTAR DESDE LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LAS SOLICITUDES DE FORMA ESCRITA O VÍA CORREO ELECTRÓNICO A LA ASEGURADORA.

EN CASO QUE SE REQUIERA LOS EXÁMENES MÉDICOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS, LA ASEGURADORA EVALUARÁ LOS RIESGOS EN UN PLAZO DE TRES (3) DÍAS HÁBILES A CONTAR DESDE LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LOS EXÁMENES Y/O ANÁLISIS RESPECTIVOS.

LA COBERTURA DE LOS NUEVOS PRESTATARIOS REQUERIRÁ LA ACEPTACIÓN EXPRESA DE LA ASEGURADORA MEDIANTE NOTA ESCRITA, QUE SE INICIARÁ EL MOMENTO DEL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO POR PARTE DEL TOMADOR A FAVOR DEL ASEGURADO Y FINALIZARÁ EL MOMENTO DE LA EXTINCIÓN DE LA OPERACIÓN CREDITICIA.

LOS PRÉSTAMOS QUE NO HAYAN SEGUIDO EL PROCEDIMIENTO ANTERIORMENTE DESCRITO ESTARÁN SIN COBERTURA, LIBERÁNDOSE LA ASEGURADORA DE TODA RESPONSABILIDAD EN CASO DE SINIESTRO.

PARA EL CASO DE CAPITALS ASEGURADOS MAYORES A BS. 3.430.000.- (TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL 00/100 BOLIVIANOS), EL ASEGURADO DEBERÁ CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDAS EN LA TABLA DE REQUISITOS, ASIMISMO LA ASEGURADORA PODRÁ REQUERIR ANÁLISIS MÉDICOS ADICIONALES COMO LA INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASEGURADO PARA CONOCER A MAYOR DETALLE EL RIESGO A SER EVALUADO, EL PLAZO DE APROBACIÓN PARA ESTOS CASOS ES DE 4 DÍAS HÁBILES UNA VEZ RECIBIDO TODOS LOS REQUISITOS MENCIONADOS.

CAPITALES ASEGURADOS: 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.

CONDICIONES:

- LÍMITE MÁXIMO DE CAPITAL ASEGURADO: LA SUMA DE TODOS LOS PRÉSTAMOS QUE MANTENGA EL ASEGURADO CON EL TOMADOR NO PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DE BS. 3.430.000.- (TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL 00/100 BOLIVIANOS) POR PRESTATARIO.

LOS CAPITALES ASEGURADOS MAYOR A BS. 3.430.000.- (TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL 00/100 BOLIVIANOS) REQUERIRÁN AUTORIZACIÓN EXPRESA DEL TOMADOR Y SU ACEPTACIÓN ESTARÁ CONDICIONADA AL PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS QUE SOLICITE LA ASEGURADORA.

- LÍMITE DE CAPITAL AUTOMÁTICO (FREE COVER): SON RIESGOS AUTOMÁTICOS AQUELLAS SOLICITUDES QUE TENGAN UN CAPITAL ASEGURADO ACUMULADO MENOR O IGUAL A BS. 205.800.- (DOSCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS 00/100 BOLIVIANOS), NO SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, POR LO CUAL NO SE PODRÁN RECHAZAR POR NINGUNA RAZÓN. ES OBLIGATORIO ENVIAR LA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD ÍNTEGRAMENTE LLENADO A LA ASEGURADORA PARA SU DEBIDA ACEPTACIÓN FORMAL. EL CAPITAL AUTOMÁTICO SE BASA EN EL MONTO TOTAL DESEMBOLSADO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN Y NO EN EL SALDO INSOLUTO A LA FECHA DEL SINIESTRO.

- INFORMACIÓN Y LIQUIDACIONES:

LA LIQUIDACIÓN SE REALIZARÁ CON INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS POR MES VENCIDO, DEBIENDO EL TOMADOR PROPORCIONAR A LA ASEGURADORA HASTA CADA PRIMER DÍA HÁBIL DE LA SEGUNDA SEMANA DEL MES, LA SIGUIENTE INFORMACIÓN VÍA CORREO ELECTRÓNICO EN FORMATO EXCEL, PARA LA LIQUIDACIÓN DE PRIMAS CORRESPONDIENTES:

- NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DE LOS ASEGURADOS.
- NO. DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
- FECHA DE NACIMIENTO.
- NÚMERO DE CRÉDITO/OPERACIÓN.
- PLAZO DEL CRÉDITO.
- MONTO DESEMBOLSADO.
- SALDO MENSUAL DE LOS CRÉDITOS
- FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO.
- INTERESES CORRIENTES.
- OCUPACIÓN.
- NACIONALIDAD.
- ESTADO CIVIL.
- DIRECCIÓN DE DOMICILIO.

LA ASEGURADORA ENVIARÁ AL TOMADOR LAS EXCLUSIONES RESPECTIVAS DENTRO LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES DE HABER RECIBIDO LA CITADA LISTA.

EL TOMADOR ENVIARÁ A LA ASEGURADORA LOS DESCARGOS O ACEPTACIÓN RESPECTIVA DENTRO LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA RECEPCIÓN DE LAS EXCLUSIONES.

CON ESTE ÚLTIMO, LA ASEGURADORA PROCEDERÁ A LA LIQUIDACIÓN DE LAS PRIMAS MENSUALES CORRESPONDIENTES Y REMITIRÁ AL TOMADOR LA FACTURA DENTRO LOS DOS (2) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES PARA SU CANCELACIÓN POR PARTE DEL TOMADOR DENTRO LOS DOS (2) DÍAS HÁBILES POSTERIORES.

- ACLARACIÓN DE IMPUESTOS: LAS PRIMAS DE ESTE SEGURO NO CONSTITUYEN HECHO GENERADOR DE TRIBUTOS SEGÚN EL ART. NO. 54 DE LA LEY DE SEGUROS N° 1883 DEL 25 DE JUNIO DE 1998.

- ACLARACIONES Y BENEFICIOS ADICIONALES:

TRATAMIENTO LÍNEAS DE CRÉDITOS: CUANDO UN CLIENTE OBTIENE UNA LÍNEA DE CRÉDITO DEBE LLENAR UN SOLO FORMULARIO Y SER EVALUADO CONSIDERANDO EL MONTO TOTAL DE LA LÍNEA. CUANDO EL CLIENTE SOLICITA INCREMENTAR EL VALOR DE SU LÍNEA O CRÉDITOS ADICIONALES SE EVALÚA EL RIESGO NUEVAMENTE.

CÚMULO CONSIDERANDO OTRAS ENTIDADES: NO APLICA, SI PARA EL BANCO EL CLIENTE ES NUEVO DE IGUAL FORMA LO ES PARA LA ASEGURADORA, DEBIENDO EL BANCO REALIZAR LAS EVALUACIONES RESPECTIVAS SOBRE SU CAPACIDAD DE PAGO, VINCULACIONES Y USO DE RECURSOS, CONFORME NORMAS VIGENTES.

VALIDEZ DE LA ACEPTACIÓN DE RIESGO: 180 DÍAS CALENDARIOS PARA CRÉDITOS CON UN MONTO ACUMULADO HASTA BS. 3,430,000.00
- 90 DÍAS CALENDARIOS PARA CRÉDITOS CON UN MONTO ACUMULADO MAYOR A BS. 3,430,000.00

VALIDEZ DE LA DECLARACIÓN JURADA: CIENTO OCHENTA (180) DÍAS.

EXTRA PRIMAS :

LA COMPAÑÍA PODRÁ ESTABLECER RECARGOS POR RIESGO AGRAVADO, HASTA UN MÁXIMO DE 50% PARA NUEVOS DESEMBOLSOS.

REPROGRAMACION: SIN LLENADO DE NUEVA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y/O NUEVOS EXAMENES MÉDICOS, SUJETO A LO SIGUIENTE:

- QUE EXISTA CONTINUIDAD EN EL PAGO DE PRIMA
- QUE EL CÚMULO DEL CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA, NO SUPERE LOS USD. 300,000.

REFINANCIAMIENTO: SUJETO AL LLENADO DE NUEVA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LOS ESTUDIOS MÉDICOS DE 6 A 12 MESES.

- QUE EXISTA CONTINUIDAD EN EL PAGO DE PRIMA
- QUE EL CÚMULO DEL CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA, NO SUPERE LOS USD. 300,000 Y NO SUPERE EL 10% DEL CAPITAL ORIGINAL A REFINANCIAR.

FUSIÓN: SIN LLENADO DE NUEVA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y/O NUEVOS EXAMENES MÉDICOS, SUJETO A LO SIGUIENTE:

- QUE EXISTA CONTINUIDAD EN EL PAGO DE PRIMA
- QUE EL CÚMULO DEL CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA, NO SUPERE LOS USD. 300,000.

TASAS COBERTURAR BÁSICA:

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| TITULAR: | 0.0620% MENSUAL |
| TITULAR + 1 CODEUDOR: | 0.1116% MENSUAL |
| TITULAR + 2 CODEUDORES: | 0.1637% MENSUAL |
| TITULAR + 3 O MÁS CODEUDORES: | 0.2059% MENSUAL |

TASA CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO: 0.0380% MENSUAL

ANEXOS ADICIONALES:

ANEXO DE COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO. LA PÓLIZA SE EXTIENDE A OTORGAR LA COBERTURA ADICIONAL DE SEPELIO POR BS. 3.430 (TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA 00/100 BOLIVIANOS) AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ DENTRO DE LAS DECLARACIONES MENSUALES DE ASEGURADOS REPORTADO POR EL TOMADOR, DICHA COBERTURA SE OTORGA POR PERSONA ASEGURADA Y NO ASÍ POR LA CANTIDAD DE OPERACIONES QUE ESTE TENGA EN LA ENTIDAD.

EL BENEFICIO SE PAGARÁ AUTOMÁTICAMENTE A LA PERSONA INDICADA EN EL FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA DE SEPELIO. SI LOS BENEFICIARIOS NO HAN SIDO DESIGNADOS, DEBERÁN PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE LA ACEPTACIÓN DE HERENCIA.

REQUISITOS A PRESENTAR PARA LA COBERTURA DE SEPELIO:

- FOTOCOPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EN ORIGINAL.
- FOTOCOPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO O HEREDERO DECLARADO.

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO.- CUBRE EL PAGO DE (6) CUOTAS MENSUALES DEL CRÉDITO DE CAPITAL E INTERESES CORRIENTES, DE LOS ASEGURADOS QUE SEAN EMPLEADOS Y FIGUREN EN LA PLANILLA DE PERSONAL DE UNA EMPRESA LEGALMENTE ESTABLECIDA EN BOLIVIA, CON RELACIÓN LABORAL INDEFINIDA CON UN VÍNCULO LABORAL MEDIANTE CONTRATO VERBAL O ESCRITO DE TRABAJO VISADO POR EL MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y PREVISIÓN SOCIAL CON DEPENDENCIA CON MÁS DE SEIS (6) MESES DE ANTIGÜEDAD CONTINUA, QUE POR RAZONES INVOLUNTARIAS HAYAN PERDIDO SU EMPLEO, POR DESPIDO INTEMPESTIVO SIN JUSTA CAUSA, CIERRE TEMPORAL O DEFINITIVO DE LA EMPRESA O SUPRESIÓN DE CARGOS POR FUSIÓN, TRANSFORMACIÓN O LIQUIDACIÓN DE EMPRESAS PRIVADAS. POR TANTO, NO CUBRE EL DESEMPLEO POR FINALIZACIÓN DEL CONTRATO EN EL PLAZO ACORDADO EN EL MISMO. SI EL EMPLEADOR DECIDE RESCINDIR UNILATERALMENTE EL CONTRATO A PLAZO FIJO DE FORMA ANTICIPADA, EL ASEGURADO PODRÁ ACTIVAR LA

COBERTURA.

QUEDA CLARAMENTE ESTABLECIDO QUE EL LÍMITE MÁXIMO A INDEMNIZAR POR CADA CUOTA, SERÁ EL MONTO ESTABLECIDO EN EL PLAN DE PAGOS A LA FECHA DEL DESPIDO INVOLUNTARIO, EN SU DEFECTO EL PROMEDIO DE LAS ÚLTIMAS TRES CUOTAS PAGADAS POR EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO CONTRATADO POR OTRA EMPRESA Y UNA VEZ CUMPLIDO EL PERIODO DE ELIMINACIÓN (CARENCIA) DE TRES (3) MESES DESDE LA CONTRATACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA.

AVISO DE SINIESTRO

EN CASO DE FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, EL TOMADOR, TAN PRONTO Y A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 15 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES DE TENER CONOCIMIENTO DEL SINIESTRO, DEBE COMUNICAR EL MISMO A LA COMPAÑÍA, SALVO FUERZA MAYOR O IMPEDIMENTO JUSTIFICADO.

CONDICIONES ADICIONALES:

ERRORES Y OMISIONES:

SE DEJA CONSTANCIA POR EL PRESENTE TEXTO QUE, EN VIRTUD A QUE EL TOMADOR SE COMPROMETE A REALIZAR LOS ESFUERZOS PARA INCORPORAR LA TOTALIDAD DE SU CARTERA DE PRESTATARIOS Y LAS NUEVAS OPERACIONES DE PRÉSTAMOS A ESCALA NACIONAL, LA ASEGURADORA SE COMPROMETE A DAR COBERTURA A AQUELLOS CASOS EN QUE SE PRODUZCA ALGÚN ERROR U OMISIÓN INVOLUNTARIO AL FORMULAR LA DECLARACIÓN MENSUAL DE PRESTATARIOS Y POR LO TANTO LAS PRIMAS NO SE HUBIEREN COBRADA.

LAS AFILIACIONES REALIZADAS POR LA ASEGURADORA CON LA CONDICIONANTE DEL COBRO DE UNA EXTRA PRIMA, DEBERÁN SER INCLUIDAS EN LOS REPORTES MENSUALES PRESENTADOS POR EL TOMADOR. EN LOS CASOS DE OCURRENCIA DE UN SINIESTRO Y QUE POR ERROR U OMISIÓN NO SE HAYAN REPORTADO A LA ASEGURADORA Y/O COBRADO ESTAS EXTRA PRIMAS, EL TOMADOR APLICARÁ LA CONDICIÓN DE ERRORES Y OMISIONES Y LA ASEGURADORA DESCOTARÁ DE LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO LAS EXTRA PRIMAS NO COBRADAS, NO SIENDO CAUSAL DEL RECHAZO DEL SINIESTRO ESTA CONDICIÓN. ESTA CONDICIÓN NO SERÁ APLICADA EN LOS CASOS EN LA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA IDENTIFIQUE Y DE AVISO AL TOMADOR DE LAS OPERACIONES QUE NO INCLUYEN EL RECARGO DE EXTRA PRIMA EN LOS REPORTES MENSUALES, OTORGANDO UN PLAZO DE 3 DÍAS HÁBILES DESDE EL AVISO PARA LA CORRECCIÓN, EN CASO DE MANTENER EL ERROR, LA OPERACIÓN QUEDARÁ EXCLUIDA.

SI EL LISTADO DE ASEGURADOS ADOLECE DE ERRORES Y/U OMISIONES RESPECTO A LOS NOMBRES, COMO SER FALTA DE NOMBRE O APELLIDO O HABER OMITIDO O INVERTIDO ALGUNA LETRA EN EL NOMBRE O APELLIDO PARA EL TITULAR Y/O CODEUDOR, Y O AUSENCIA DE INFORMACIÓN Y/O FIRMA EN FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y/O CERTIFICADO DE COBERTURA, Y/O CUALQUIER OTRO ERROR EN LA INFORMACIÓN, NO SE AFECTARÁN LOS DERECHOS DEL TOMADOR O DE LOS BENEFICIARIOS EN CASO DE INDEMNIZACIÓN POR UN SINIESTRO CUBIERTO.

CRÉDITOS EN MORA:

LOS CRÉDITOS EN MORA SERÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO HAYA SIDO DECLARADO Y HAYA PAGADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

CONDICIONES ESPECIALES:

EXCLUSIONES O RESTRICCIONES:

ENFERMEDADES PREEXISTENTES ENTENDIÉNDOSE COMO TAL, AQUELLA QUE SEA LA CAUSA U ORIGEN ES ANTERIOR AL DESEMBOLSO Y QUE ANTE UNA EVENTUALIDAD PREVISTA POR ESTA PÓLIZA DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIGENCIA DE SU COBERTURA EL SINIESTRO NO TENDRÍA COBERTURA (PARA ENFERMEDADES DECLARADAS EN LA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, TENDRÁN COBERTURA EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS SIEMPRE Y CUANDO CUENTEN CON LA EVALUACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA). EN CONSECUENCIA, ESTE RIESGO QUEDARÁ CUBIERTO A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL TERCER AÑO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO.

LA PRESENTE CONDICIÓN, TENDRÁ APLICABILIDAD DE MANERA RETROACTIVA PARA TODOS LOS SINIESTROS SUSCITADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

ANTIGÜEDAD DEL SINIESTRO:

ANTE EL SINIESTRO DE UN ASEGURADO CON VIGENCIA DE COBERTURA ININTERRUMPIDA DE DOS AÑOS O MÁS, LA COMPAÑÍA LEVANTA LA CONDICIÓN DE PRESENTAR EL HISTORIAL CLÍNICO COMO REQUISITO ADICIONAL PARA LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO.

AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL ASEGURADO TUVIERA DIFERENTES CRÉDITOS, PARA LA EVALUACIÓN DE TODOS LOS DESEMBOLSOS, SE CONSIDERARÁ LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO.

VIGENCIA DE LOS FORMULARIOS

TODOS LOS FORMULARIOS LLENADOS, TENDRÁN UNA VALIDEZ DE 180 DÍAS CALENDARIOS POR CLIENTE, ES DECIR QUE UNA VEZ LLENADO UN FORMULARIO O UNA DECLARACIÓN DE SALUD, SOBRE ESTA SE PODRÁN DESEMBOLSAR OPERACIONES POR EL PERIODO DE 180 DÍAS, SIEMPRE Y CUANDO LOS MONTOS SOLICITADOS NO SUPEREN EL MONTO INICIAL APROBADO, DESPUÉS DE REALIZADO EL DESEMBOLSO, EL FORMULARIO SOBRE ESE CRÉDITO TIENE LA MISMA VALIDEZ QUE EL PLAZO DEL CRÉDITO.

FORMA DE PAGO: MENSUAL Y AL CONTADO.

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 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.

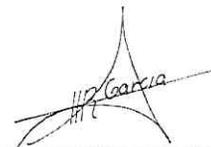
FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA:

- Condicionado Particular.
- Condicionado General.
- Certificados de Cobertura Individual.
- Cláusulas.
- Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Asegurado.

La Paz, 03 de Abril de 2023



Vanessa Soria Monasterio
Gerente Técnico



Max Rodrigo Garcia Arteaga
Jefe Técnico Banca Seguros



Tomador

Póliza N°: _____

Tomador: _____

CONDICIONES GENERALES

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: Corresponde a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien torna 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 Nacional 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 BÁSICAS Y ADICIONALES).
 CODIGO DE REGISTRO
 211-934923-2016 06 005 1001
 211-934923-2016 06 005 1002

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 y 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:

- Enfermedad pre-existente que no fue comunicada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- Intervención directa o indirecta del Asegurado en actos criminales, que le ocasionen el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.
- 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.
- Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- 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.
- Suicidio causado dentro de los dos (2) 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 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 (30) 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 (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.

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 básicos del Seguro de Desgravamen Hipotecario establecidos en la presente póliza.

Si no 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, plazo 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 éste, 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 diez y ocho (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.

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 anular la Cobertura Individual, siempre y cuando dicha reticencia o inexactitud ponga 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:

- 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.
- Si la Entidad Aseguradora otorga cobertura al Asegurado con el Certificado de Cobertura Individual sin exigir la Declaración de Salud.
- Si el Asegurado al momento de su Declaración de Salud no conocía el estado del riesgo.
- 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.
- Si la Entidad Aseguradora por otros medios de manera previa a la aceptación del estado del riesgo tuvo conocimiento del verdadero estado del riesgo.
- 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.- (INDISPONIBILIDAD). La validez de esta Póliza y su Cobertura no será discutida después de transcurridos los dos (2) 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 (2) 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.

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador BANCO FORTALEZA S A .
Dirección AV ARCE N2799 ZONA SOPOCACHI
Póliza No. DES 1
Fecha 01/04/2023

CÓDIGO DE REGISTRO: 211-934923-2016 06 005 1003

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

FORMA PARTE DE: PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

Mediante la presente cobertura adicional, queda entendido y acordado que, en virtud al pago de la correspondiente prima adicional, la presente póliza se extiende a cubrir un Capital Adicional Indemnizatorio por Desempleo, de acuerdo a los términos y/o condiciones que se estipulan a continuación.

Art. 1. DEFINICIONES

Contratante o Tomador: Empresa jurídica o de intermediación Financiera que por cuenta y a nombre del Asegurado, contrata con la Entidad Aseguradora el Seguro.

Compañía: Entidad aseguradora legalmente establecida en Bolivia debidamente registrada y autorizada por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), constituida con Matricula de Comercio No. 00101377, NIT No. 297860029, con razón social Compañía de Seguros de Vida Fortaleza S.A.

Asegurado: La persona natural o jurídica titular del interés amparado por el seguro.

Beneficiario: Es la persona designada por el asegurado como habilitada para recibir total o parcialmente el beneficio de la indemnización en caso de siniestro. El tomador del seguro puede ser designado como beneficiario, previo consentimiento del asegurado.

Carencia: Tiempo contado desde la iniciación de la vigencia del amparo otorgado por la póliza, durante el cual el ASEGURADO no tiene derecho a reclamar el presente beneficio.

Normativa Laboral: Normativa vigente bajo la cual se determinan los derechos y obligaciones emergentes del trabajo, tales como la Ley General del Trabajo del 8 de diciembre de 1942, su Decreto Reglamentario (DS 224 de 24 de julio de 1943) y demás disposiciones legales conexas vigentes en el Estado Plurinacional de Bolivia.

Prima: Es el valor determinado por LA COMPAÑÍA, como contraprestación por la cobertura de seguro contratada.

Trabajador Dependiente: Persona natural que trabaja por cuenta ajena ya sea como empleado u obrero y que mantiene un contrato laboral ya sea verbal o escrito (según Título II, Capítulo I Disposiciones generales, art. 6 de la Ley General del Trabajo) por tiempo indefinido o contrato a plazo fijo por el plazo de máximo un año, de acuerdo a lo establecido en el artículo 2 de la Ley General del Trabajo. (Art.2. - Patrono y/o Empleador es la persona natural o jurídica que proporciona trabajo por cuenta propia o ajena, para la ejecución o explotación de una obra o empresa. Empleado y obrero es el que trabaja por cuenta ajena. Se distingue el primero por prestar servicios en tal carácter; o por trabajar en oficina con horario y condiciones especiales, desarrollando un esfuerzo predominantemente intelectual. Quedan comprendidos en esta categoría de empleados; todos los trabajadores favorecidos por leyes especiales. Se caracteriza el obrero por prestar servicios de índole material o manual, comprendiéndose en esta categoría, también, al que prepara o vigila el trabajo de otros obreros, tales como capataces y vigilantes).

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador BANCO FORTALEZA S A .
Dirección AV ARCE N2799 ZONA SOPOCACHI
Póliza No. DES 1
Fecha 01/04/2023

Art. 2. ASEGURADOS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLE

Podrá ingresar como ASEGURADO bajo la presente Póliza, cualquier persona que haya cumplido dieciocho (18) años y que no supere la edad máxima de ingreso de sesenta y cinco (65) años y 364 días (a la fecha de presentación de su Certificado de Cobertura) establecida en las Condiciones Particulares, pudiendo permanecer como ASEGURADO sólo hasta la edad máxima de permanencia de 70 años y 364 días.

EL TOMADOR y/o el ASEGURADO 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.

La Cobertura Individual será declarada nula cuando el seguro haya sido suscrito para una persona menor a diez y ocho (18) años.

Art. 3. PRIMAS

Según lo establecido para las coberturas básicas en el condicionado particular y general de la póliza.

Art. 4. BENEFICIARIO DEL SEGURO

Se considera como Beneficiario de la Cobertura de desempleo involuntario al Tomador.

Art. 5. COBERTURA

Mediante el presente anexo éste seguro cubre el pago de (6) cuotas mensuales del crédito de capital e intereses corrientes, de los Asegurados que sean empleados y figuren en la planilla de personal de una empresa legalmente establecida en Bolivia, con relación laboral indefinida con un vínculo laboral mediante contrato verbal o escrito de trabajo visado por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social con dependencia con más de seis (6) meses de antigüedad continua, que por razones involuntarias hayan perdido su empleo, por despido intempestivo sin justa causa, cierre temporal o definitivo de la empresa o supresión de cargos por fusión, transformación o liquidación de empresas privadas. Por tanto, no cubre el desempleo por finalización del contrato en el plazo acordado en el mismo, si el empleador decide rescindir unilateralmente el contrato a plazo fijo de forma anticipada, el asegurado podrá activar la cobertura.

Queda claramente establecido que el límite máximo a indemnizar por cada cuota, será el monto establecido en el plan de pagos a la fecha del despido involuntario, en su defecto el promedio de las últimas tres cuotas pagadas por el asegurado, siempre que no haya sido contratado por otra empresa y una vez cumplido el periodo de eliminación (carencia) de tres (3) meses desde la contratación de la presente cobertura.

Art. 6. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

El ASEGURADO para obtener la cobertura descrita en el presente anexo, deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- a) No haber superado la edad máxima de permanencia definida en las Condiciones Particulares de la presente póliza.
- b) Tener un Contrato de trabajo por Tiempo Indefinido o a Plazo Fijo de máximo un (1) año.

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador BANCO FORTALEZA S A .
Dirección AV ARCE N2799 ZONA SOPOCACHI
Póliza No. DES 1
Fecha 01/04/2023

- c) Tener una antigüedad en su trabajo superior a los seis (6) meses al momento de contratar la presente cobertura.
- d) Estar bajo el amparo de la Ley General del Trabajo, su Decreto Reglamentario y demás disposiciones complementarias.

Art. 7. EXCLUSIONES Y RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen de la presente cobertura:

- a) Pérdida del empleo para trabajadores con una antigüedad menor a seis (6) meses con el mismo empleador.
- b) Se excluye los retiros voluntarios o los retiros pactados entre empleado y empleador que no impliquen indemnización por parte del empleador y no hubo conciliación ante Autoridad competente.
- c) Participar en paros, disputas laborales o huelgas que sean declaradas ilegales por las Autoridades Competentes.
- d) Despido por infracción de cualquiera de los incisos del Art. 16 de la Ley General del Trabajo y/o de su Decreto Reglamentario.
 - Ley Gral. Del Trabajo Art. 16° No habrá lugar a desahucio ni indemnización cuando exista una de las siguientes causales:
 - a) Perjuicio material causado con intención en los instrumentos de trabajo;
 - b) Revelación de secretos industriales;
 - c) Omisiones o imprudencias que afecten a la seguridad o higiene industrial;
 - e) Incumplimiento total o parcial del convenio;
 - g) Robo o hurto por el trabajador.
 - Decreto Reglamentario 224. Art. 9° No habrá lugar a desahucio ni indemnización cuando exista una de las siguientes causales:
 - a) Perjuicio material causado con intención en las máquinas, productos o mercaderías;
 - b) Revelación de secretos industriales;
 - c) Omisiones e imprudencias que afecten a la higiene y seguridad industriales;
 - d) Inasistencia injustificada de más de tres días consecutivos o de más de seis en el curso de un mes;
 - e) Incumplimiento total o parcial del contrato de trabajo o del reglamento interno de la empresa;
 - f) Retiro voluntario del trabajador, antes de los términos fijados en el artículo 13 de la ley o en el del contrato;
 - g) Abuso de confianza, robo o hurto por el trabajador;
 - h) Vías de hecho, injurias o conducta inmoral en el trabajo;
- Abandono en masa del trabajo, siempre que los trabajadores no obedecieran a la intimación de la autoridad competente.
- e) Desempleo originado por discapacidad mental del ASEGURADO, determinado por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional INSO o la Entidad Encargada de Calificar EEC.
- f) Pérdida del empleo del ASEGURADO, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o del Certificado de Cobertura.
- g) Terminación del contrato por vencimiento del término acordado, cuando éste sea a plazo fijo, temporal, eventual, de obra o servicio.
- h) No cubre ni alcanza a trabajadores dependientes en período de prueba.
- i) Cuando el ASEGURADO mantenga vigente otro vínculo laboral en forma simultánea que sea demostrable

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador BANCO FORTALEZA S A .
Dirección AV ARCE N2799 ZONA SOPOCACHI
Póliza No. DES 1
Fecha 01/04/2023

mediante contrato laboral vigente o cualquier otro mecanismo de prueba.

- j) Se excluye a las personas que trabajen en forma independiente.
- k) Desempleo involuntario del ASEGURADO que se inicie dentro del periodo de carencia.
- l) Fallecimiento del ASEGURADO.
- m) Jubilación del ASEGURADO.
- n) Suspensiones laborales temporales por vacaciones, estudios, maternidad, épocas de paro cíclicas y las dispuestas por la Autoridad Competente.
- o) Fraude al seguro o su intento.
- p) Dolo o mala fe por parte del Asegurado y/o Tomador del seguro.

Art. 8. EFECTO Y TERMINACIÓN

El presente Anexo toma efecto al momento de la solicitud de seguro por parte del Asegurado y concluye automáticamente bajo una de las siguientes causas:

- a) Al terminarse la póliza principal por cualquier motivo,
- b) Al suspenderse el pago de primas,
- c) Al cumplir la edad máxima el Asegurado estipulada en las Condiciones Particulares,
- d) Al activarse la cobertura de invalidez total y permanente,
- e) Al finalizar la vigencia de la póliza principal,
- f) Cuando se hubiera presentado documentación o información adulterada, fraudulenta o inexacta para acceder a alguno de los beneficios del seguro. La reticencia o inexactitud en las declaraciones del ASEGURADO, sin dolo de su parte, dan derecho a LA COMPAÑÍA a demandar la anulación del contrato dentro de los treinta (30) días de conocidos tales hechos por él, debiendo restituir, en este caso, las primas del periodo no corrido. Pasado este plazo, no puede impugnar el contrato por las causas señaladas. Si se subsanan los errores u omisiones puede optar por reajustar las primas de acuerdo al verdadero estado de riesgo. Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe hacen nulo el contrato de seguro. En este caso el ASEGURADO no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas. Este párrafo se rige conforme a los artículos 994 y 999 del Código de Comercio.
- g) Cuando el ASEGURADO cambie de condición de Empleado Dependiente a Empleado Independiente.

Art. 9. PROCEDIMIENTO PARA INDEMNIZACIÓN:

Producido el siniestro el Asegurado tendrá un plazo de quince (15) días calendario para avisar al Contratante o Tomador del seguro y/o la Aseguradora sobre el hecho, salvo fuerza mayor o impedimento justificado, a su vez el Contratante o Tomador del seguro tendrá un plazo de quince (15) días calendarios desde conocido el siniestro para dar aviso a la Aseguradora.

Para solicitar la indemnización del seguro el interesado, en su caso a través del Tomador o Contratante, deberá enviar a la Aseguradora mediante nota expresa los siguientes documentos y respaldos:

- Nota de aviso de siniestro firmada por el Asegurado,
 - Original y Copia del Formulario de Finiquito visado por el Ministerio de Trabajo, firmado por el Empleador, el ASEGURADO y un representante del Ministerio de Trabajo (el original se devolverá al ASEGURADO una vez verificados los documentos).
 - Copia de la cédula de identidad del asegurado.
- Nota, memorándum o documento de despido o conclusión anticipada laboral, en original o copia

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador BANCO FORTALEZA S A .
Dirección AV ARCE N2799 ZONA SOPOCACHI
Póliza No. DES 1
Fecha 01/04/2023

legalizada, que detalle las causas del despido o conclusión anticipada laboral. (el original se devolverá al ASEGURADO una vez verificados los documentos).

- Plan de pagos actualizado a la fecha del siniestro y/o extracto del préstamo.
- Extracto de AFP (A partir de la segunda cuota)
- En su caso la Compañía podrá requerir información adicional para comprobar la ocurrencia del siniestro.

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

LA COMPAÑÍA procederá al pago en efectivo del Beneficio en el plazo máximo de quince (15) días calendario de haberse dado el aviso de pronunciamiento de pago, en la moneda definida en el Condicionado Particular, de conformidad a lo dispuesto por el Código de Comercio en su artículo 1025.

Corresponderá a EL TOMADOR, solicitar al ASEGURADO los documentos indicados para acceder al beneficio respectivo.

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

Art. 10. CONDICION ESPECIAL PARA REPROGRAMACIONES Y REFINANCIAMIENTOS

Los Créditos que sean reprogramados/refinanciados durante la vigencia del mismo, que mantengan el número de operación con el que fue desembolsado, no perderán la antigüedad adquirida desde la contratación de la presente cobertura.

Los créditos que sean refinanciados durante la vigencia del mismo, que no mantengan el número de operación con el que fue desembolsado, perderán la antigüedad adquirida desde la contratación de la presente cobertura.

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador BANCO FORTALEZA S A .
Dirección AV ARCE N2799 ZONA SOPOCACHI
Póliza No. DES 1
Fecha 01/04/2023

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza de la cual el presente anexo forma parte integrante e indivisible se mantienen sin alteración.

DES-A-03

