

# ¡BIENVENIDO!

## A LA BOLIVIANA CIACRUZ SEGUROS

**ESTAMOS FELICES DE TENERTE COMO CLIENTE.**

Desde hoy cuentas con la protección  
y el asesoramiento de nuestra compañía.

## LOS SERVICIOS A LOS QUE TIENES ACCESO



### REPORTA UN SINIESTRO:

- Call Center: 800-10-2727
- Facebook: /LaBolivianaCiacruz



### PAGA TU PÓLIZA:

- [www.lbc.bo](http://www.lbc.bo)
- Paga con Débito Automático
- Mediante la App Click Pay



### IMPRIME TU FACTURA:

- [www.lbc.bo](http://www.lbc.bo)
- Haz click en el botón Consulta Facturas



### PAGA TUS FRANQUICIAS:

- [www.lbc.bo](http://www.lbc.bo)
- Haz click en el botón Paga Franquicias y Seguros



### ADQUIERE UN SEGURO:

- [www.lbc.bo](http://www.lbc.bo)
- Call Center: 800-10-2727
- Facebook: /LaBolivianaCiacruz



### DESCARGA TU PÓLIZA:

- [www.lbc.bo](http://www.lbc.bo)
- Haz click en el botón Acceso Cliente

RAFAEL  
SANTIAGO  
BUSTILLOS  
ARDAYA

Digitally signed by RAFAEL  
SANTIAGO BUSTILLOS ARDAYA  
Date: 2023.03.31 14:23:25 -04:00  
Reason: LA BOLIVIANA  
CIACRUZ DE SEGUROS  
PERSONALES  
Location: Bolivia

GUELFO LUIS  
MANUEL  
SAUMA GUIDI

Digitally signed by GUELFO LUIS  
MANUEL SAUMA GUIDI  
Date: 2023.03.31 14:23:25 -04:00  
Reason: LA BOLIVIANA  
CIACRUZ DE SEGUROS  
PERSONALES  
Location: Bolivia

La presente póliza se encuentra firmada digitalmente;  
puedes validar la firma del documento en: <https://validar.firmadigital.bo/>

COCHABAMBA, 29/03/2023

Señor(a)

BANCO PYME DE LA COMUNIDAD SA

Presente. -

REF: Póliza No. 12

*A tiempo de darle la bienvenida, le agradecemos por la confianza depositada en nuestra Compañía.*

*Adjunto a la presente, encontrará su Póliza de Seguro que le solicitamos analizarla con detenimiento y comunicarse con nuestra Compañía en caso de que tuviera cualquier observación o discrepancia, dentro de los quince días calendario siguientes a la recepción de la misma. De lo contrario y de acuerdo al artículo 1013 del Código de Comercio, asumiremos su conformidad con todos los términos y/o condiciones establecidas.*

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Manuel Sauma Guidi', with a stylized flourish at the end.

Manuel Sauma Guidi  
Apoderado

Página intencionalmente en blanco

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

**Resolución Administrativa APS/DS/Nº806/2016 de fecha 17 de junio de 2016**

**PÓLIZA Nº** : 12

**TOMADOR** : Banco Pyme De La Comunidad S.A.

**ASEGURADOS** : Clientes Del Tomador Del Seguro Que Hubieran  
contraído Un préstamo De Vivienda Y/O Automotor  
Cubierto Por El Seguro De Desgravamen Hipotecario.

**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. Ballivián Nro. 576 COCHABAMBA

**CIUDAD** : COCHABAMBA

**TELÉFONO (S)** 4523001

**LUGAR DE PAGO** : Banco Pyme De La Comunidad S.A.

**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

---

**VIGENCIA DE LA POLIZA: 3 AÑOS**

**MONEDA: DÓLARES AMERICANOS**

### 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 más intereses diferidos, reprogramados u otros que no sean los moratorios; y para las coberturas Adicionales, corresponderá al valor establecido en el certificado de Cobertura Individual.

### DATOS DE LA CARTERA:

- VALOR TOTAL DE LA CARTERA A SER ASEGURADA: \$US 13.800.000.-
- NÚMERO DE PERSONAS: 500
- EDAD PROMEDIO: 45 años
- CAPITAL MAXIMO: \$US 600.000.-

### TASAS:

#### SE MANTIENE LA TASA NETA ACTUAL EN PÓLIZA APLICANDO NUEVA TASA NETA A CREDITOS NUEVOS

| DETALLE                              | CARTERA ANTIGUA            |                              | CARTERA A PARTIR DEL 01-04-2023 |                              |
|--------------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
|                                      | TASA NETA ANUAL POR CIENTO | TASA NETA MENSUAL POR CIENTO | TASA NETA ANUAL POR CIENTO      | TASA NETA MENSUAL POR CIENTO |
| ○ TASA NETA INDIVIDUAL               | 0.44400%                   | 0,03700%                     | 0.5160%                         | 0.0430%                      |
| ○ TASA NETA TITULAR MAS 1 CODEUDOR   | 0.79920%                   | 0,06660%                     | 0.9288%                         | 0.0774%                      |
| ○ TASA NETA TITULAR MAS 2 CODEUDORES | 1.17216%                   | 0,09768%                     | 1.3620%                         | 0.1135%                      |
| ○ TASA NETA TITULAR MAS 3 CODEUDORES | 1.47408%                   | 0,12284%                     | 1.7124%                         | 0.1427%                      |
| ○ TASA NETA TITULAR MAS 4 CODEUDORES | 1.84260%                   | 0,15355%                     | 2.1408%                         | 0.1784%                      |
| ○ TASA NETA TITULAR MAS 5 CODEUDORES | 2.21112%                   | 0,18426%                     | 2.5692%                         | 0.2141%                      |

## COBERTURAS:

### COBERTURAS BASICAS:

- Fallecimiento por cualquier causa
- Invalidez Total y Permanente

### COBERTURAS ADICIONALES

- **Gastos de Sepelio:** HASTA \$US 600

- **Cobertura adicional para Cesantía: - Se especifica que la cobertura de cesantía ya se encuentra dentro de las tasas de la cobertura principal**

Este seguro cubre el pago de las cuotas del crédito de los seguros que sean empleados y figuren en la planilla de personal de una empresa legalmente establecida en el país, con relación laboral indefinida de dependencia con más de un año de antigüedad continua, que por razones involuntarias hayan perdido su empleo. Por tanto, no cubre el desempleo por finalización de contrato a plazo fijo. La indemnización proveniente de esta cobertura deberá cubrir hasta seis (6) meses cuotas mensuales de capital e intereses, de acuerdo a su plan de pagos, siempre que no haya sido contratado por otra empresa y una vez cumplido el periodo de eliminación (carencia) de tres meses.

Queda claramente establecido que el límite máximo a indemnizar por cada cuota, será de acuerdo a su plan de pagos del prestatario a la fecha del despido involuntario.

- **Condiciones especiales 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

- **Beneficios adicionales:**

- Aceptación de solicitudes que tengan un recargo hasta el 50% en la prima sin cobro del mismo.
- 
- Aprobación automática bajo la modalidad de Free cover desde \$us 1 hasta \$us 10.000 o hasta Bs. 70.000 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 sólo con llenado de la declaración jurada de salud y solicitud de seguro cumpliendo con la relación de peso estatura y no teniendo ninguna observación en el llenado de la declaración jurada de salud para créditos de \$us 10.001 hasta \$us 40.000 y en moneda nacional de bs 70.001 hasta 280.000
- Cláusula de errores u omisiones para los nombres y apellidos de los asegurados y beneficiarios, incluyendo que por error operativo de algún funcionario de la entidad no incluya en las listas mensuales a todos los asegurados y/o no les debite el costo de la prima.

#### **BENEFICIARIOS A TITULO ONEROSO:**

BANCO PYME DE LA COMUNIDAD S.A.

**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

- Créditos hasta \$50.000 no se requerirán exámenes médicos sólo formulario de solicitud de seguro y declaración jurada de salud.
- Suicidio causado dentro del segundo año a partir del desembolso del préstamo.

#### **Tabla de Requisitos de Asegurabilidad**

La compañía realizará el requerimiento de exámenes médicos de acuerdo a lo siguiente:

| Capital asegurado   | Edad alcanzada |              |            |                     |
|---------------------|----------------|--------------|------------|---------------------|
|                     | hasta 45 años  | 46 a 55 años | 56-65 años | 66 años en adelante |
| 1-10.000            | FREE COVER     | FREE COVER   | FREE COVER | FREE COVER          |
| 10.001 – 50.000     | A              | A            | A          | B                   |
| 50.001 – 150.000    | A              | A            | B          | BCD                 |
| 150.001 – 250.000   | AF             | BF           | BCF        | BCDGH               |
| 250.001 – 500.000   | BCF            | BCFH         | BCDFH      | BCDFH               |
| 500.001 – 1.000.000 | BCDFHI         | BCDEFHI      | BCDEFGHI   | BCDEFGHI            |
| 1.000.001 y más     | BCDEFHI        | BCDEFGHI     | BCDEFGHI   | BCDEFGHI            |

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

Observaciones:

- 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.

Lugar y Fecha: Cochabamba, 29 de Marzo de 2023

**LA BOLIVIANA CIACRUZ  
SEGUROS PERSONALES S.A.**



Manuel Sauma Guidi  
Apoderado



Santiago Bustillos Ardaya  
Apoderado

**FIRMA DEL ASEGURADO**

**POR LA COMPAÑÍA**





RECIBI CONFORME

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**PÓLIZA Nº : 12**

**TOMADOR : BANCO PYME DE LA COMUNIDAD S.A.**

---

**CONDICIONES GENERALES**

**Código Asignado: 204-934922-2016 06 090**

**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 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 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).** 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:

- 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 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.

**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 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 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 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, 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 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 todohecho 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 de Intermediación Financiera.

**CLÁUSULA 17.- (REHABILITACIÓN).** 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, aun 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 la 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 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.



**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 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.

**CLÁUSULA 25.- (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.

**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 INDEMNIZACIÓN).** 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) Recurra 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 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.- (OBLIGACIÓN 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 de 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 BOLIVIANA CIACRUZ  
SEGUROS PERSONALES S.A.**



Santiago Bustillos Ardaya  
Apoderado



Manuel Sauma Guidi  
Apoderado

**FIRMAS AUTORIZADAS**

**Código Asignado: 204 – 934922 - 2016 06 090 2004**

No obstante, lo establecido en las Condiciones Generales, mediante la presente Cláusula de Cobertura Adicional, se acuerda y establece que la Compañía realizará el pago al Beneficiario, de las cuotas del crédito ante el evento de Cesantía Involuntaria del Asegurado, de acuerdo a lo siguiente:

**Cláusula de Cobertura Adicional de Pago de Cuotas por Cesantía Involuntaria - CS**

#### **Artículo 1. Cobertura**

Esta Cláusula de Cobertura Adicional cubre el pago de hasta seis (6) cuotas mensuales (capital e intereses) del crédito vigente y al día, de los Asegurados que siendo empleados y figurando en las planillas de personal de una empresa legalmente establecida en el país, con relación laboral indefinida de dependencia y con más de un año de antigüedad continua, por razones involuntarias hayan perdido su empleo, siempre y cuando no hayan sido contratados por otra empresa.

Las cuotas a indemnizar serán las establecidas en el plan de pagos a la fecha de concretarse el evento. Ésta Cobertura Adicional sólo se aplica a prestatarios titulares.

#### **Artículo 2. Calidad de los Asegurados**

Por su naturaleza, esta Póliza ampara únicamente a los Asegurados con calidad de empleados o funcionarios de acuerdo a la legislación laboral o administrativa boliviana, quienes en virtud de un Contrato de Trabajo o designación de autoridad, prestan servicios o desempeñan funciones para un empleador bajo vínculo de subordinación y dependencia, y percibiendo por tales servicios una remuneración.

#### **Artículo 3. Definiciones**

Para los efectos de esta Póliza, los conceptos que a continuación se expresan, tendrán el significado que para cada una de ellos se indica a continuación:

- a) **Evento:** Es la ocurrencia de una situación de cesantía, indemnizable bajo esta Cláusula de Cobertura Adicional.
- b) **Período de Carencia:** Es el número de días no cubiertos por esta Póliza, contados a partir del inicio de la vigencia de la misma. Para efectos de la presente Cobertura Adicional se establece 90 días.
- c) **Antigüedad Laboral Mínima:** Es el periodo de actividad laboral mínimo durante el cual, el Asegurado deberá depender de un mismo empleador, a objeto de incorporarse al seguro y para tener derecho a la cobertura. Este periodo deberá ser por lo menos un año para la aplicación de la presente Cobertura Adicional.
- d) **Cesantía Involuntaria:** Es aquella que se produce por circunstancias no imputables a la voluntad del Asegurado y que implica la privación de la principal fuente de ingresos por conceptos laborales. Para estos efectos se considerarán como causales de Cesantía Involuntaria las siguientes:  
Para el caso de empleados que se encuentran bajo el régimen de la Ley General del Trabajo, las causales de término de relación laboral cubiertas por la presente póliza serán, exclusivamente, las siguientes:
  - 1. Necesidades de la empresa.
  - 2. Mutuo acuerdo entre las partes.
  - 3. Caso fortuito o fuerza mayor

Para que la cesantía sea considerada como Involuntaria, será necesario que el Asegurado tenga derecho al pago de indemnización por años de servicios,

---

asimismo, en caso de quiebra del empleador se considerará que la causal de término de la relación laboral es la necesidad de la empresa.

Para el caso de empleados que se encuentran bajo el régimen del Estatuto del Funcionario Público, dependientes de la Administración Pública centralizada o descentralizada, las causales de término de relación laboral serán, exclusivamente, las siguientes:

1. Despido o Destitución no derivada de procesos
2. Supresión del cargo

La cesantía de los miembros de las Fuerzas Armadas de la Nación y de la Policía Boliviana, será cubierta por la presente Póliza si se produce por alguna causal de retiro temporal o absoluto contempladas en sus respectivas Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos de Personal, pero única y exclusivamente en la medida que la causal de cesantía cumpla con los siguientes requisitos:

1. Que el retiro o baja se deba a causa no imputable a la voluntad o a la conducta del miembro de las Fuerzas Armadas y de la Policía Boliviana.
2. Que el retiro o baja no implique para el integrante retirado o dado de baja el pago de una pensión o jubilación por dicho concepto.

**Artículo 4. Exclusiones** Esta Cláusula de Cobertura Adicional no cubre la cesantía del Asegurado que directa o indirectamente sea ocasionada por, o resulte de, o sea consecuencia de, o se constituya por:

- a) Renuncia del trabajador.
  - b) Muerte del trabajador.
  - c) Vencimiento del plazo convenido en el Contrato de Trabajo.
  - d) Conclusión del trabajo o servicio que dio origen al Contrato de Trabajo.
  - e) Revelación de secretos industriales.
  - f) Falta de probidad, vías de hecho, injurias o conducta inmoral grave debidamente comprobada.
  - g) Negociaciones que ejecute el trabajador dentro del giro del negocio y que hubieren sido prohibidas por escrito por el empleador en el respectivo Contrato de Trabajo.
  - h) No concurrencia del trabajador a sus labores sin causa justificada durante 6 días seguidos; asimismo, la falta injustificada, o sin aviso previo de parte del trabajador que tuviere a su cargo una actividad, tarea o máquina cuyo abandono o paralización signifique una perturbación grave en la marcha de la obra.
  - i) Abandono del trabajo por parte del trabajador, entendiéndose por tal la salida intempestiva e injustificada del trabajador del sitio de trabajo y durante las horas de trabajo, sin permiso del empleador o de quien lo represente, y la negativa a trabajar sin causa justificada en las tareas convenidas en el Contrato.
  - j) Actos, omisiones o imprudencias temerarias que afecten la seguridad y/o funcionamiento del establecimiento, la seguridad y/o la actividad de los trabajadores, o a la salud de éstos.
  - k) El perjuicio material causado intencionalmente en las instalaciones, maquinarias, herramientas, útiles de trabajo, productos o mercaderías.
  - l) Incumplimiento grave de las obligaciones que impone el Contrato de Trabajo.
  - m) Cuando el siniestro se produzca por alguna causal de cesantía distinta a las previstas en el inciso d) del artículo 3 de esta Cláusula de Cobertura Adicional.
  - n) Acto delictivo cometido por el Asegurado, que derive en la situación de cesantía del mismo.
-

- 
- o) Acciones provocadas deliberadamente por el Asegurado, conducentes a su retiro laboral.
  - p) Embriaguez o uso de narcóticos que deriven en la situación de cesantía del Asegurado.
  - q) Participación activa del Asegurado en hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
  - r) Participación activa del Asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
  - s) Suspensión de relación laboral sin goce de haberes por inicio de proceso administrativo interno.
  - t) Destitución como resultado de un proceso disciplinario/administrativo por responsabilidad por la función pública o proceso judicial con sentencia condenatoria ejecutoriada.

#### **Artículo 5. Procedimiento en Caso de Reclamo**

Producida la Cesantía Involuntaria, el Asegurado deberá comunicar por escrito a la Compañía dentro un plazo máximo de diez (10) días contados desde su conocimiento. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la presente Cláusula de Cobertura Adicional, salvo en caso de fuerza mayor.

El aviso a la Compañía debe consignar la fecha, razón social, dirección, teléfonos y nombres de responsables de la comunicación, correspondientes al empleador, dirección, nombre del reclamante, etc.

La falsa declaración sobre circunstancias o datos referidos a la ocurrencia del evento, darán lugar al rechazo de indemnización, y en su caso, en relación a la gravedad del mismo, a la anulación de la Póliza.

Los documentos que se deban presentar para la liquidación del reclamo son los siguientes:

- a) Contrato de Trabajo o las 3 últimas papeletas de pago.
- b) Extracto de cuenta de capitalización individual de la AFP.
- c) Documentos que demuestren la cesantía involuntaria.
- d) Croquis actualizado del domicilio.
- e) Declaración jurada de estado laboral actual.

Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento que estime necesario para realizar esta liquidación.

Una vez presentados todos los documentos originales y requerimientos adicionales necesarios de acuerdo a lo establecido en el Artículo 1031 del Código de Comercio, la Compañía procederá al pago de la indemnización en plazo máximo de 15 días de acuerdo a lo establecido en los Artículos 1033 y 1034 del Código de Comercio.

Queda establecido y convenido que la indemnización corresponderá a los montos y límites que se especifican en la presente Cláusula y en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que el Asegurado acredite encontrarse en Cesantía Involuntaria. Sin embargo, reintegrado el Asegurado al servicio laboral, con Contrato de Trabajo, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones con

---

---

cargo a este seguro.

En caso que el Asegurado se encuentre trabajando y no de aviso a la Compañía, esta acción se considerará fraude al seguro y el Asegurado deberá devolver todos los pagos efectuados por la Compañía, incluidos aquellos realizados incluso cuando se encontraba cesante el Asegurado.

#### **ARTÍCULO 6: Arbitraje**

Las partes intervinientes en esta Póliza, acuerdan que toda discrepancia, cuestión o reclamación resultante de la ejecución o interpretación de la presente Póliza o relacionado con ella, directa o indirectamente, se resolverá definitivamente mediante Arbitraje en derecho, en sujeción al artículo 39 de la Ley N° 1883 de Seguros, y de conformidad a lo establecido por la Ley No. 1770 de fecha 10 de marzo de 1997.

Se deja claramente establecido que el arbitraje deberá ser de derecho, debiendo el laudo arbitral fundamentarse en el ordenamiento jurídico vigente.

Se conviene expresamente que el Tribunal Arbitral estará formado por tres Árbitros, cada parte nombrará uno, y el tercero deberá ser designado por ellos mismos de mutuo acuerdo.

Las partes acuerdan acudir al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio con sede en el departamento donde se ha suscrito la póliza. En caso de no existir un Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio en el Departamento donde se emitió la Póliza, la Conciliación y/o el Arbitraje se realizará en el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Nacional de Comercio en la ciudad de La Paz, Bolivia.

La posibilidad de acudir al arbitraje en el marco de la presente cláusula, prescribe en dos (2) años a partir de la fecha del siniestro.

Los costos serán divididos en partes iguales entre los Beneficiarios y la Compañía.

#### **ARTÍCULO 7: Efecto y Terminación**

La presente Cobertura Adicional toma efecto en la fecha de iniciación del Seguro de la Póliza principal y termina automáticamente el día que el Asegurado cumpla 60 años de edad, inclusive, al terminarse por cualquier motivo la Póliza principal o al día siguiente de suspenderse el pago de las primas de la misma.

---

#### **LA BOLIVIANA CIACRUZ SEGUROS PERSONALES S.A.**



Santiago Bustillos Ardaya  
Apoderado



Manuel Sauma Guidi  
Apoderado

#### **FIRMAS AUTORIZADAS**

**Cláusula de Cobertura Adicional de Gastos de Sepelio "A"**  
**Código Asignado: 204 - 934922 - 2016 06 090 2002**

Se acuerda y establece que por medio de la presente cláusula, se amplía la Cobertura Básica al amparo del Capital Adicional, como concepto de Gastos de Sepelio, de acuerdo a lo siguiente:

**ARTÍCULO 1: Cobertura**

Sujeto a las condiciones contenidas en el Condicionado General de la Póliza y a las Normas Legales en vigencia, la Compañía conviene en indemnizar el Capital Adicional establecido en las Condiciones Particulares de la misma, a lo(s) beneficiario(s) o herederos legales, en su defecto, en caso de fallecimiento del Asegurado.

En el caso que el Asegurado tenga dos o más créditos vigentes al momento del siniestro y que se encuentren amparados bajo la misma póliza de seguro, se otorgará este beneficio solamente una vez, por Asegurado.

**ARTÍCULO 2: Exclusiones**

La presente Cobertura Adicional no cubre el riesgo de muerte, quedando eximida la Compañía de toda responsabilidad pago o indemnización, si el fallecimiento del Asegurado sobrevenga directa o indirectamente como consecuencia de los Riesgos Excluidos detallados en la Cláusula 3 del Condicionado General.

**LA BOLIVIANA CIACRUZ  
SEGUROS PERSONALES S.A.**

  
Santiago Bustillos Ardaya  
Apoderado

  
Manuel Sauma Guidi  
Apoderado

**FIRMAS AUTORIZADAS**