

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante
Resolución Administrativa APS/DS/N° 304-2018 con Código de Registro N° 209-934905-2012 06 001

CONDICIONES PARTICULARES

DATOS DE LA PÓLIZA	
Tipo de Póliza	: Vida Desgravamen
Código de Registro APS	: 209-934905-2012 06 001
N° de Póliza	: CRS-DESG-009
Moneda del Contrato	: Moneda de origen de las operaciones crediticias (\$us. / Bs.)
Plazo de Contratación	: Anual
Fecha de Emisión	: 08/03/2023
Fecha de Inicio de Vigencia	: 00:00 horas del 01/03/2023
Fecha de Fin de Vigencia	: 23:59 horas del 28/02/2026. Renovable anualmente, previa aceptación de las partes.
INFORMACIÓN DEL TOMADOR	
Razón Social	: Banco de Desarrollo Productivo BDP-S.A.M.
NIT	: 1020589022
Dirección	: Calle Reyes Ortiz Esq. Federico Suazo N° 73, Edificio Torres Gundlach, Torre Este, Piso 10
INFORMACIÓN DEL CORREDOR	
Razón Social	: Sudamericana Corredores y Asesores de Seguros S.R.L.
NIT	: 1018797029
Dirección	: Prolongación Cordero N° 163 - San Jorge, La Paz
ASEGURADOS	
Prestatarios individuales, mancomunados y/o codeudores que mantengan créditos vigentes con el Banco de Desarrollo Productivo BDP-S.A.M. Clientes contratantes de operaciones financieras según detalle mensual a ser proporcionado por el tomador y que tengan todo tipo de operaciones de créditos: con recursos del BDP-S.A.M. y con recursos de patrimonios autónomos administrados por el BDP-S.A.M. (Fideicomisos, Fondos u otros), con garantía personal, hipotecaria, pagares, Líneas de crédito y otros respaldos por contratos o registros de operaciones del Banco (Se aclara que las operaciones aquí descritas son enunciativas más no limitativas) Serán asegurados bajo esta póliza todos los prestatarios (Personas naturales) del BDP-S.A.M., sin distinción de sexo, ocupación o domicilio que cumplan con los siguientes requisitos: 1. Tener una edad comprendida entre los límites de edad establecidos en la presente póliza, al momento de la obtención del préstamo y de la inclusión en la póliza de seguro. Se aclara que en caso de que el plazo en años del préstamo, sumado a la edad de entrada al seguro exceda el límite de edad establecido en la presente póliza, el asegurado perderá cobertura a partir de que cumpla la edad permitida de permanencia en la póliza. 2. No haber sido excluido de la póliza 3. Cumplir con los requisitos de asegurabilidad con respecto a su salud y edad.	
CODEUDORES/MANCOMUNOS	
En los préstamos con dos o más deudores, cada uno de los asegurados es responsable por el 100% de la deuda. En caso de fallecimiento de uno de los asegurados, la Compañía indemnizará el 100% del valor asegurado al Beneficiario o al Tomador a la primera muerte.	
BENEFICIARIO	
• Para las coberturas de Muerte, Invalidez Total y Permanente: BDP-S.A.M. a título oneroso, en consecuencia, éste tiene derecho al pago de la Indemnización y no podrá ser cambiado sin previa aprobación del mismo. • Para la cobertura de Gastos de Sepelio: El beneficio en caso de muerte será desembolsado a favor de los beneficiarios declarados por el asegurado o en ausencia de esta declaración a favor de los Herederos Legales. La póliza establece que el beneficio de sepelio será pagado por la Compañía, directamente al beneficiario del asegurado fallecido, proporcionando al Banco el respaldo del pago realizado.	
FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL	
• Cartera Antigua: Se debe aceptar y asegurar la cartera antigua sin ningún tipo de requisitos de asegurabilidad tanto para titulares como para mancomunados y/o codeudores. 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. 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 Compañías Aseguradoras	

PÓLIZA: CRS-DESG-009

TOMADOR: Banco de Desarrollo Productivo BDP-S.A.M.
pgo

que tuvieron la cuenta al momento de que cada asegurado contrato su préstamo. Para sumas aseguradas mayores a \$us. 15,000 / Bs. 105.000, será necesaria la presentación de la Declaración Jurada de Salud solo en caso de siniestro.

- **Cartera Nueva:** El seguro asumido bajo esta póliza con respecto a cada asegurado, entra en vigencia a partir de la fecha de desembolso del préstamo, previo cumplimiento de requisitos de asegurabilidad y aceptación de la Compañía.

FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA COBERTURA

- Fecha en que el asegurado individual llegue a la edad límite establecida en la póliza.
- La fecha en que finalice la obligación contraída por el asegurado con el tomador (cancelación total del crédito).
- Tres meses después de haber ingresado el crédito en mora, siempre y cuando el tomador continúe pagando la prima mensual, correspondiente.
- Fallecimiento del asegurado
- El asegurado haya alcanzado el límite de edad de permanencia, en estas condiciones particulares
- Fin de vigencia de la póliza.

VALOR ASEGURADO MAXIMO POR PERSONA

Cobertura	Suma Asegurada Máxima Automática	Suma Asegurada Máxima Facultativa
Muerte Natural	\$us.150,000 / Bs.1,050,000	\$us.3,000,000 / Bs.21.000,000
Muerte Accidental	\$us.150,000 / Bs.1,050,000	\$us.3,000,000 / Bs.21.000,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente	\$us.150,000 / Bs.1,050,000	\$us.3,000,000 / Bs.21.000,000
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	\$us 150,000 / Bs.1,050,000	\$us.3,000,000 / Bs.21.000,000
Gastos de Sepelio (*)	\$us.500 / Bs. 3,500	-

(*) El pago es automático, sin evaluación y consideración de exclusiones, siempre y cuando estén reportados en los listados mensuales, declarados por el TOMADOR, y estén dentro de los límites de edad. Sin importar que la cobertura principal fuera rechazada.

- Hasta \$us.150,000 / Bs.1,050,000 de forma automática y hasta \$us.3,000,000 / Bs.21.000,000 de forma facultativa por prestatario, que comprende el monto del préstamo a valor que adeude el prestatario al banco, decreciente periódicamente en función a las amortizaciones que se realicen sobre el préstamo.
- Para valores asegurados superiores a \$us.3,000,000 / Bs.21.000,000 la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de aceptar bajo las mismas condiciones, condiciones diferentes o rechazar la solicitud.
- Si la suma prestada a algún prestatario en uno o varios préstamos excediera al máximo posible, el excedente no entrará bajo la cobertura de la póliza, quedando fuera de la suma considerada cartera asegurada para efectos del cálculo de la prima. Sin embargo, si el prestatario manifestara su intención de asegurar tal suma excedente, podrá solicitarlo por intermedio del Tomador, a la Compañía, quien tendrá la facultad de aceptarlo fijando las condiciones que considere convenientes, o de rechazarlo.

VALOR ASEGURADO

- El Valor Asegurado comprende el saldo capital insoluto del total de la(s) deuda(s), que los asegurados mantengan pendiente de pago con el tomador al momento del siniestro (comprende créditos y líneas de crédito revolventes y no revolventes otorgadas a personas naturales) e intereses corrientes desde la última fecha de pago, hasta el fallecimiento o declaración de invalidez total y permanente (máximo 180 días), siempre y cuando ambos montos sean declarados por el tomador en la planilla mensual, de la misma manera y en caso de existir, comprende el interés diferido declarado en la liquidación del crédito a la fecha de fallecimiento o declaración de invalidez.
- La tasa debe ser aplicada solamente al saldo capital insoluto del total del valor asegurado.
- No se considerará en ningún momento los intereses penales, gastos legales y otros gastos afines y/o adicionales.
- El valor asegurado incluye los créditos en mora hasta 90 días, siempre y cuando el tomador continúe pagando la prima correspondiente y sean declarados en los reportes mensuales.

LÍNEAS DE CRÉDITO

- Dentro del valor asegurado se da cobertura a las líneas de crédito revolventes y no revolventes otorgadas a personas naturales. Para estas líneas el valor asegurado comprende el saldo insoluto del total de la deuda a capital e interés corriente hasta 180 días, que los asegurados mantengan pendiente de pago con el Tomador al momento del siniestro, y las mismas hayan sido desembolsadas dentro de una línea de crédito.
- No se considera como parte del valor asegurado los intereses penales, gastos legales y otros gastos afines y/o adicionales, así como el importe no desembolsado de la línea de crédito revolviente o no revolviente.
- Todas las operaciones cuyo cúmulo haya sido previamente aprobado, no necesitarán de requisitos de asegurabilidad, siempre y cuando la operación que se genere no tenga un lapso entre dicha operación y la inmediatamente anterior mayor a 2 (dos) años. Caso contrario, se deberá completar una declaración de salud por cada operación que no cumpla con este requisito.
- La tasa debe ser aplicada solamente al saldo insoluto del total de la deuda a capital.

PÓLIZA: CRS-DESG-009

TOMADOR: Banco de Desarrollo Productivo BDP-S.A.M.

pgo

MORA EN EL PRESTAMO

- La cobertura de la póliza se extiende a cubrir, los saldos de las deudas por conceptos de préstamos con cobertura de seguro aun en el caso que exista mora en el pago de una o más amortizaciones, siempre y cuando esta no exceda los 90 días, y el banco continúe pagando la prima correspondiente en los reportes mensuales.
- Sin embargo, estos saldos solo comprenderán el monto del capital e interés corriente adeudado hasta 180 días, sin considerar intereses penales, gastos legales y otros gastos afines y/o adicionales.
- En caso de pérdida de cobertura por mora, el Asegurado podrá recuperar la cobertura pagando la totalidad de las primas debidas, sin necesidad de la realización de nuevos exámenes médicos u otro requisito. Hasta 1 (uno) año de primas impagas, posterior a eso se deberá pasar por suscripción. Para este caso la cobertura se recuperará a partir de la fecha de pago de las primas debidas, manteniendo la antigüedad del seguro desde la fecha de desembolso del crédito.

LIMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA EN CASO DE SINIESTRO

- Saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia de las eventualidades cubiertas por la póliza, incluyendo intereses corrientes desde la última fecha de pago hasta el fallecimiento o declaración de invalidez total y permanente (máximo 180 días) e intereses diferidos, prorrogados y de gracia en caso de existir.

LIMITE DE EDAD

MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL / GASTOS DE SEPELIO

Mínima de ingreso 18 años

Máxima de Ingreso: 70 años (Hasta un día antes de cumplir 71 años)

De permanencia: 76 años (Hasta un día antes de cumplir 77)

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Mínima de ingreso 18 años

Máxima de ingreso: 64 años (Hasta un día antes de cumplir 65 años)

De permanencia 70 años (Hasta un día antes de cumplir 71 años)

Se aclara que en caso de créditos o cúmulos menores o iguales a **Sus. 8,570 / Bs. 60,000** La Compañía acepta el ingreso hasta 75 años (hasta un día antes de cumplir 76) y permanencia hasta los 76 años de edad (hasta un día antes de cumplir 77 años).

En caso de que el Tomador como administrador de este colectivo, cargase primas a prestatarios que no hayan cumplido con estos requisitos, la responsabilidad máxima del Tomador y la Compañía Aseguradora frente al prestatario y/o sus representantes se limitará a la devolución de la totalidad de las primas cobradas y pagadas inadecuadamente por el prestatario, antes de que su incorporación en este seguro haya sido aceptada expresamente por la Compañía Aseguradora, quedando claramente entendido y convenido, que el cumplimiento de las obligaciones que competen a los Aseguradores de acuerdo a lo que establece la presente póliza, es de carácter personalísimo y no requiere de aviso previo.

RIESGOS CUBIERTOS

- Muerte por cualquier causa**, que no esté excluida en el Condicionado Particular de la Póliza incluido el suicidio después de seis meses de vigencia ininterrumpida de la cobertura individual del seguro.
Enfermedad preexistente no conocida ni diagnosticadas, antes del ingreso del asegurado a la cobertura de la póliza, entiéndase como tal a aquella dolencia que pese a su evolución no fue sabida o conocida por el asegurado.
- Invalidez Total y/o permanente** que impide al asegurado las tareas propias de su actividad habitual o las de cualquier otra labor remunerada, según las normas de evaluación y calificación del grado de invalidez vigente autorizada por la APS
Pago anticipado del valor asegurado en caso de invalidez total y permanente por accidente o enfermedad, en forma irreversible por lo menos en un 60% o más de la invalidez
- Gastos de Sepelio**, que son los gastos que demanden los beneficiarios declarados por el asegurado o los herederos legales por el Sepelio de un Asegurado (titular o cónyuge), como consecuencia del fallecimiento por una enfermedad o un accidente cubierto, por un monto de **Sus.500 / Bs.3.500** por asegurado, estableciendo esta cobertura para el titular o codeudor. El pago del siniestro es automático, es decir sin evaluación y consideración de exclusiones, siempre y cuando estén reportados en los listados mensuales declarados por el Tomador y estén dentro de los límites de edad, sin importar que la cobertura principal fuera rechazada.

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y EXAMENES MÉDICOS

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN	
Rango de Suma Asegurada	Requisitos
Hasta \$us.10,000 / Bs. 70.000	Sin Requisitos
De \$us.10,001 / Bs.70,001 a \$us.150,000 / Bs.1,050,000	Declaración de Salud (IMC dentro del rango aceptado y respuestas sin observaciones)
De \$us.150,000 / Bs. 1,050,000 a \$us.3,060,000 / Bs. 21,000,000	Suscripción Facultativa. La COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar los requisitos que considere adecuados. La COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar bajo las mismas condiciones, condiciones diferentes o rechazar la solicitud.

El Tomador proporcionará al asegurado el formulario cuyo llenado y firmado es de exclusiva responsabilidad del asegurado.

1. FREE COVER:

Cúmulos asegurados por persona hasta \$us.10,000 / Bs. 70.000 sin evaluación por parte de la Compañía. El asegurado solamente deberá firmar la Declaración de Salud, y nominar a sus beneficiarios para la cobertura de sepelio.

Se entiende por Free Cover a aquellos siniestros hasta \$us.10,000 / Bs. 70.000 en los que el pago del siniestro es automático, es decir sin evaluación y consideración de exclusiones, siempre y cuando estén reportados en los listados mensuales declarados por el Tomador y estén dentro de los límites de edad.

Sin embargo, se aclara que debe cumplir los requisitos para el pago de la indemnización. El Free Cover se basa en el monto desembolsado.

2. SUSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA:

Las operaciones de crédito o cúmulos menores \$us.150.000 / Bs. 1.050.000 cuyas declaraciones de salud contengan las respuestas esperadas y el IMC (sea mayor a 19, e inferior a 30) según tarificador podrán ser incorporadas al seguro por el tomador automáticamente, resguardando dicha declaración en el file de créditos del asegurado y serán requeridos por la Compañía Aseguradora solo en caso de siniestro; sin embargo, para las declaraciones de salud que no cuenten con las respuestas esperadas y el IMC fuera de los rangos del tarificador estas deberán ser remitidas a la Compañía para su aprobación.

3. CASOS FACULTATIVOS:

Los formularios de declaración de salud por operaciones o cúmulos superiores a \$us.10.000 / Bs.70.000 que no cuenten con las respuestas esperadas en el formulario de declaración de salud, IMC fuera del rango del tarificador y superiores a \$us.150.000 / Bs.1.050.000., deberán ser remitidos a la Compañía para su aprobación o solicitud de información financiera y/o exámenes complementarios, si así correspondiera. La Compañía Aseguradora se compromete a dar respuesta a estos reportes diarios en un periodo no superior a (2) dos días hábiles a partir de recibido el mismo.

PRIMAS Y FORMA DE PAGO

- Para efectos de la cobertura y cálculo de la prima mensual, queda entendido y convenido que el tomador proporcionará dentro de los primeros veinte días de cada mes los reportes mensuales de la cartera asegurada.
- Estos reportes contendrán el nombre de cada uno de los Asegurados que figuren en los contratos de crédito y hayan sido incorporados en la póliza y/o número de operación y el saldo actualizado de la cuenta.
- Para líneas por avances en cuenta corriente los reportes deberán establecer los montos de los desembolsos realizados bajo las líneas aseguradas.
- El movimiento de la cartera asegurada deberá ser actualizado mes a mes por el tomador, considerando la incorporación de nuevas operaciones y las bajas de las operaciones canceladas.

PERIODO DE GRACIA

- La presente póliza contempla un periodo de gracia en el pago total de las primas por parte del Banco de 30 días. Periodo en el cual, se mantiene en vigencia la cobertura del seguro. Si se presentara un siniestro durante dicho plazo se deducirá del monto a ser indemnizado la prima vencida o no pagada.
- Estarán cubiertas todas las operaciones desembolsadas por el BDP-S.A.M. desde la última declaración mensual (incluida esta última) hasta la inmediata siguiente, pudiendo ser comprobada a través del registro, lo que significa que las operaciones efectuadas entre las fechas de presentación de los listados y su recepción están cubiertas por el presente seguro.

VIGENCIA

- La Cobertura de la Póliza, tiene la modalidad de mensual renovable de acuerdo a la periodicidad de pago para cada Asegurado de acuerdo a los listados mensuales que debe declarar el Tomador.
- En caso de que la Compañía opte por la no renovación, ésta se compromete, a petición del Tomador a mantener la cobertura en las mismas condiciones por un plazo adicional máximo de 2 (dos) meses.
- El tomador cuenta con el derecho de solicitar una ampliación hasta 90 días después de concluida la vigencia de la póliza emitida.

PÓLIZA: CRS-DESG-009

TOMADOR: Banco de Desarrollo Productivo BDP-S.A.M.

pgo

ASEGURABILIDAD

1. FREE COVER

Todos los préstamos hasta **\$us.10,000 / Bs.70,000** podrá llenar el formulario de declaración jurada de salud (que puede estar inmerso en la solicitud de crédito), sin embargo, no se tomarán en cuenta las respuestas médicas para realizar la suscripción, ni al momento del pago de siniestros y los prestatarios ingresarán automáticamente al seguro siempre y cuando estén reportados en los listados mensuales declarados por el Tomador. En estos casos no es necesario enviar la Declaración Jurada de Salud a la Compañía Aseguradora.

2. SUSCRIPCION AUTOMATICA

Las operaciones de crédito menores **\$us.150,000 / Bs.1.050.000** cuyas declaraciones de salud contengan las respuestas esperadas podrán ser automáticamente incorporadas por el tomador en el file de créditos del asegurado y serán requeridos por la Compañía solo en caso de siniestro; aclarar que para las declaraciones de salud que no cuenten con las respuestas esperadas estas deberán ser remitidas a la Compañía para su aprobación.

Todas las aceptaciones realizadas sobre líneas de crédito no requieren ser evaluadas en cada desembolso parcial dentro del plazo de la línea, siempre y cuando el valor asegurado no supere el monto aceptado.

Los créditos aceptados que sean reprogramados durante la vigencia del mismo no requieren ser evaluados nuevamente, salvo que se haya sobrepasado el límite del valor asegurado aceptado, el seguro será sujeto a una nueva evaluación al momento de la solicitud.

La cartera antigua se acepta sin requisitos:

Se debe aceptar y asegurar la cartera antigua sin ningún tipo de requisito tanto para titulares como para mancomunados y/o codeudores que hayan sido afiliados al seguro anterior a la vigencia de esta póliza hasta **\$us.15,000 / Bs.105,000**, para créditos mayores a este monto se requiere la presentación de la declaración de Salud en caso de siniestro

3. CASOS FACULTATIVOS

Los formularios de declaración de salud por operaciones o cúmulos superiores a **\$us.10,000 / Bs.70,000** que no cuenten con las respuestas esperadas en el formulario de declaración de salud, IMC fuera del rango del tarificador, deberán ser remitidos a la Compañía para su aprobación o solicitud de información financiera y/o exámenes complementarios, si así correspondiera. La Compañía Aseguradora se compromete a dar respuesta a estos reportes diarios en un periodo no superior a 2 (dos) días hábiles a partir de recibido el mismo.

Se aclara que los costos de los exámenes médicos, análisis y otros solicitados correrán por cuenta de la Compañía Aseguradora.

Corresponderá al Banco de Desarrollo Productivo – S.A.M. realizar el seguimiento al llenado del formulario por parte del prestatario

PLAZO DE PRONUNCIAMIENTO DE AFILIACIÓN

Para casos facultativos:

- 1) La Compañía tendrá 2 (dos) días hábiles, para dar el pronunciamiento sobre la solicitud de documentación o exámenes médicos.
- 2) La Compañía tendrá 2 (dos) días hábiles para la aprobación o rechazo, siempre y cuando se cuente con la documentación y/o exámenes médicos solicitados; pasado este plazo se dará por aceptada la cobertura del seguro. Hasta **\$us.300.000 / Bs.2.100.000**, con la tasa base establecida en la Póliza.
- 3) La Compañía tendrá 2 (dos) semanas calendario para la aprobación o rechazo, siempre y cuando se cuente con la documentación y/o exámenes médicos para montos mayores a **\$us.300.001 / Bs. 2.100.000** hasta **\$us.3.000.000 / Bs. 21.000.000**

CASOS CON ALTO FACTOR DE RIESGO

- Las Operaciones que implique un alto factor de riesgo para La Compañía, por antecedentes médicos podrán ser rechazadas para la cobertura de la presente póliza. No obstante, se reconoce el derecho del Tomador, a solicitar se otorgue cobertura únicamente por muerte accidental con una tasa de 0,80% (por mil) mensual.

CUSTODIA DE LOS FORMULARIOS

- BDP-S.A.M. retendrá en el file del cliente la declaración y solo se presentará a la Compañía en caso de siniestro

VIGENCIA DE LOS FORMULARIOS

- Todos los formularios llenados, tendrán una validez de un año 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 un año, 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.

PAGO DE PRIMAS

- Es responsabilidad de cada prestatario realizar el pago de primas, según la periodicidad de pago de su crédito, para que así el Banco de Desarrollo Productivo – S.A.M., reporte y cancele la prima de manera mensual por mes vencido, de acuerdo a la planilla acordada.

PROCEDIMIENTO PAGO DE SINIESTROS

La indemnización del capital asegurado más intereses corrientes será pagada al Tomador, en su calidad de Beneficiario a título oneroso, como máximo a los 10 días calendario después de haber presentado los documentos probatorios de la muerte o invalidez del Asegurado y haber sido declarado procedente el siniestro, de acuerdo al siguiente detalle:

Para muerte por cualquier causa

Los siniestros hasta \$us. 10.000/ Bs. 70.000 (FREE COVER)

- Fotocopia del Certificado de Nacimiento o Fotocopia de C.I.
- Original de la Pre Liquidación de cartera con el monto reclamado
- Certificado de Defunción Original o Fotocopia legalizada del certificado de Defunción donde exista centros médicos o postas, o informe original del oficial de crédito dando fe al suceso y descripción breve de lo sucedido con el visto bueno del inmediato superior (para poblaciones que no se encuentren en el área urbana).

Los siniestros mayores a \$us. 10.001 / Bs. 70.001

- Fotocopia del Certificado de Nacimiento o Fotocopia de C.I.
- Original de la Declaración Jurada de Salud (si corresponde)
- Original de la Pre Liquidación de cartera con el monto reclamado.
- Certificado de Defunción Original o Fotocopia legalizada donde exista centros médicos o postas. O informe original del oficial de crédito dando fe al suceso y descripción breve de lo sucedido con el visto bueno del inmediato superior y avalado por la autoridad del lugar (para poblaciones que no se encuentren en el área rural)
- Fotocopia de Historia Clínica si corresponde
- Fotocopia del informe de la autoridad competente (para casos de muerte por accidente)

Para invalidez total y/o permanente

Los siniestros hasta us. 10.000/ Bs. 70.000 (FREE COVER)

- Fotocopia del Certificado de Nacimiento o Fotocopia de C.I.
- Original de la Pre Liquidación de la cartera con el monto reclamado.
- Original de la Calificación del grado de invalidez emitido por el INSO, EEC o un Médico Calificador debidamente registrado en la APS

Los siniestros mayores a \$us. 10.001 / Bs. 70.001

- Fotocopia del Certificado de Nacimiento o Fotocopia de C.I.
- Original de la Declaración Jurada de Salud (si corresponde)
- Original de la Pre Liquidación de la cartera con el monto reclamado.
- Fotocopia de Historial clínico (si corresponde)
- Original de la calificación del grado de invalidez emitido por el INSO, EEC o un Médico Calificador debidamente registrado en la APS
- Fotocopia de informe de la autoridad competente (si corresponde)

Gastos de Sepelio

- Fotocopia del C.I. del beneficiario.
- Original de la Declaratoria de Beneficiarios, o en caso de no existir, fotocopia de la Declaratoria de herederos legales.

La documentación será presentada a la COMPAÑÍA, en formato físico o digital. Sin embargo, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar documentación original, en caso de considerarlo necesario.

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 90 días calendario siguientes de tener conocimiento del siniestro, debe comunicar el mismo a la Compañía, salvo fuerza mayor o impedimento justificado, caso contrario la Compañía se libera de cualquier responsabilidad indemnizatoria por extemporaneidad.

CLAUSULAS ADICIONALES

- **De Ampliación de Aviso de Siniestro:** 90 días calendario
- **De Errores y Omisiones**

La Compañía se compromete en considerar bajo la cobertura de la Póliza aquellos casos que por error u omisión no hayan sido considerados en los reportes mensuales proporcionados por el Tomador y por lo tanto las primas no se hubiesen liquidado, en cuyos casos la Compañía deducirá las primas no cobradas debido a dichos errores u omisiones, del monto de la indemnización.

Si la declaración del Tomador, contenida en las listas de Asegurados, adolece de Errores y/u Omisiones respecto a los nombres, como ser falta de un nombre o un 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 el 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 en caso de indemnización por un siniestro cubierto; excepto si se omitiera por completo la declaración del nombre y apellido en la Declaración Jurada de Salud.

- **Elegibilidad de ajustadores**

En caso de algún eventual siniestro por invalidez, el Asegurado tiene la opción de nombrar de común acuerdo con la Compañía, a la persona natural o jurídica especializada, para que se proceda a la calificación de la Incapacidad Total Permanente, si se produce.

De no existir acuerdo en el nombramiento, se recurrirá a pedido de cualquiera de las partes, según la vía del peritaje, tal como se establece en las condiciones generales de la póliza.

COBERTURA ADICIONAL

- Cobertura de fallecimiento e invalidez para las Armas de casa, siempre y cuando, estas sean deudoras o codeudoras del crédito.

NOTA IMPORTANTE

- Ante la ocurrencia de un siniestro, para la verificación de pago de primas, se tomará en cuenta el reporte o base del mes anterior a la fecha de la ocurrencia del siniestro.
- Las afiliaciones aceptadas por la Compañía 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 Compañía Aseguradora y/o cobrado estas extra primas, el tomador podrá aplicar la cláusula de errores y omisiones y la Compañía Aseguradora deberá descontar de la liquidación del siniestro las extra primas no cobradas.
- Los asegurados que fallecen en el mismo mes en el cual se realizó el desembolso del crédito, estos contarán con la cobertura del seguro de Desgravamen, siempre y cuando hayan cumplido con las condiciones y requisitos de asegurabilidad al momento de desembolso. Para estos casos la Compañía Aseguradora descontará de la liquidación del siniestro el importe de la prima según corresponda.

CONDICIONES ESPECIALES:

- Ante el siniestro de un Asegurado con vigencia de cobertura de dos años o más ininterrumpidos, la Compañía levanta la condición de presentar el Historial Clínico como requisito adicional para la atención de siniestros.
- Al momento de la ocurrencia de un siniestro, en los casos en los cuales el asegurado tuviera diferentes créditos, se respetará la antigüedad total, para indisputabilidad siempre y cuando no se interrumpa la continuidad de los créditos ni un solo día.

RIESGOS UNICOS EXCLUIDOS PARA SINIESTROS CON DESEMBOLSO MAYOR A \$us. 10.001 / Bs.70.001

Se deja establecido que, más allá de lo descrito en las exclusiones del Condicionado General, las exclusiones mencionadas a continuación serán las únicas exclusiones por aplicar en caso de siniestros, en base a lo siguiente:

- Para siniestros de desembolsos superiores a \$us.10.001 / Bs.70.001, la Compañía no cubre y esta eximida de toda responsabilidad en caso de siniestro del asegurado, tanto para créditos desembolsados con anterioridad a la vigencia de la presente póliza como para nuevos créditos, y procederá a la exclusión únicamente en los siguientes casos:
 - ✓ Enfermedades preexistentes conocidas o enfermedad congénita, para créditos mayores a \$us.10.001 / Bs.70.001, dentro de los plazos establecidos en el artículo 1138 del Código de Comercio.
 - ✓ Guerra internacional o civil declarada o no.
 - ✓ Suicidio realizado por el asegurado dentro del primeros seis meses de vigencia ininterrumpida de su cobertura.
 - ✓ Fisión o Fusión nuclear.
- Las operaciones con montos desembolsados menores a \$us.10.000 / Bs.70.000 no tienen ningún tipo de exclusiones.
- Las condiciones descritas, aplicaran para toda la cartera antigua como cartera nueva declarada a la Compañía de seguro

RESTRICCIONES:

- Enfermedades preexistentes entendiéndose como tal, aquella cuya causa u origen sea anterior a la Declaración de Salud 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. En consecuencia, este riesgo quedara cubierto a partir del primer día del tercer año de vigencia de la cobertura para cada asegurado.
- Adicionalmente la Compañía aclara que 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.
- La presente condición, tendrá aplicabilidad de manera retroactiva para todos los siniestros suscitados durante la vigencia de la presente póliza.

ANTIGÜEDAD 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 el crédito con mayor antigüedad, tanto para carencia como indisputabilidad, siempre y cuando no se interrumpa la continuidad de los créditos.

DECLARACIONES JURADAS DE SALUD

Independientemente de que es una obligación del tomador proporcionar las "declaraciones juradas de salud" de los asegurados de acuerdo a lo que estipule la tabla de requisitos de asegurabilidad para todas y cada una de las nuevas operaciones, queda convenido que la ausencia del cuestionario de la declaración jurada de salud no constituye por sí sólo causal de rechazo en caso de siniestro, siendo válida la presentación de cualquier otra documentación que respalde el siniestro.

PARTICIPACION DE UTILIDADES

Doce meses después de finalizar cada vigencia anual de la Póliza, el TOMADOR tendrá derecho a un 10% de participación en la utilidad. La utilidad será calculada de acuerdo con la siguiente fórmula: (+) Prima comercial de la anualidad

(-) Siniestros ocurridos en la anualidad (reportados hasta 12 meses, después de finalizada la anualidad)

(-) Gastos (30% de la prima comercial de la anualidad)

(-) Comisión de cobranza de la anualidad (=) Utilidad de la anualidad
NOTA ESPECIAL
Se deja claramente especificado que lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, prevalecen en todo momento y circunstancia, sobre las Condiciones Generales y lo estipulado en el Certificado Individual de Cobertura y Contenido de Cláusulas.
TASA MENSUAL INDIVIDUAL
0,87%o (por mil) aplicable sobre el saldo capital insoluto de la deuda reportado por el Tomador
TASA MENSUAL CODEUDORES/MANCOMUNOS
0,87%o (por mil) (por cada codeudor) aplicable sobre el saldo capital insoluto de la deuda reportado por el Tomador
TASAS ESPECIALES
La COMPAÑÍA se reserva el derecho de aplicar recargos a las tasas, si considera que la condición de salud del ASEGURADO representa un riesgo mayor, producto de la Declaración de Salud y/o Evaluaciones Médicas realizadas.
En caso de otorgar únicamente la cobertura de Muerte Accidental, la tasa será de 0.80%o (por mil), mensual, sobre saldo capital insoluto del total del valor asegurado
FRECUENCIA DE PAGO
De acuerdo con el cronograma de pagos de cada ASEGURADO (mensual, bimestral, trimestral, semestral, anual, otro tipo de frecuencia)

CREDISEGURO S.A. SEGUROS PERSONALES, en adelante "CREDISEGURO" o la "COMPAÑÍA", con NIT 191310020, con domicilio en la Av. Hernando Siles, esquina calle 10, Nro. 5555, Torre Empresarial ESIMSA, Piso 9, Zona Obrajes de la ciudad de La Paz de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares, así como las Cláusulas Adicionales contenidas en la presente Póliza, otorgará cobertura a cada una de las personas del grupo asegurado, durante la vigencia de la misma, por la cantidad pactada con el TOMADOR.

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada al Beneficiario indicado en las Condiciones Particulares y el Certificado de Cobertura, después de haber sido recibidas y encontradas conformes las pruebas fehacientes del siniestro del ASEGURADO, siempre que este ocurriera perteneciendo al grupo a favor del cual se expide la presente Póliza y si su correspondiente seguro se encontrase en pleno vigor.

El TOMADOR, recaudará las primas individuales de los asegurados y pagará a la COMPAÑÍA la prima colectiva de toda la cartera sujeta a cobertura. Es decir, la sumatoria de primas de todos los asegurados, miembros del grupo cubierto bajo esta Póliza, de acuerdo a la prima establecida en el presente documento.

Forman parte de la presente Póliza: Certificado de Cobertura Individual, Declaración de Salud (si corresponde), Condiciones Particulares, Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y/o Coberturas Adicionales, así como los Anexos o Endosos, que en su caso se emitan.

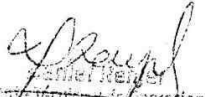
Para los casos de reticencia o inexactitud en las declaraciones que realice el ASEGURADO, la COMPAÑÍA actuará de acuerdo con lo establecido en los artículos 999 y 1138 del Código de Comercio.

El ASEGURADO, cónyuge y/o mancomuno(s), autoriza(n) expresamente a la COMPAÑÍA a solicitar, obtener y dar información respecto a sus antecedentes financieros, de seguros y de salud, a través de ellos o terceras personas, en especial de centrales de información, burós de información y cualquier otro tipo de entidad relacionada que sea creada por norma legal o reglamentaria, quedando adicionalmente obligados al mismo fin a presentar, a requerimiento de la COMPAÑÍA cualquier otro tipo de información respecto de su situación económica o de salud. Asimismo, autoriza(n) su reporte a la Central de Riesgos del Mercado de Seguros, acorde a las normativas reglamentarias vigentes de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.

El ASEGURADO, acepta la presentación, con calidad de Declaración Jurada, de la documentación de respaldo que solicitará la COMPAÑÍA, misma que será requerida en virtud de la obligación normativa regulatoria que éste mantiene respecto a los controles e informes que realiza por instrucción de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, Unidad de Investigaciones Financieras u otras entidades fiscalizadoras.

EN FE DE LO CUAL, la presente Póliza es firmada por el TOMADOR y los representantes de CREDISEGURO, debidamente autorizados para ello.

La Paz, 13 de marzo de 2023.


CREDISEGURO
Póliza: CRS/DESG-009
TOMADOR: Banco de Desarrollo Productivo BDP S.A.M.
pgo

TOMADOR