

**CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**

Resolución administrativa N.....

Código de Registro.....

POLIZA N.....

CERTIFICADO N.....

TOMADOR : Entidad de Intermediación Financiera

ASEGURADO :

BENEFICIARIO : Entidad de intermediación Financiera

**BENEFICIARIOS DE
COBERTURAS
ADICIONALES** : Será(n) la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado.

**VIGENCIA
DE LA COBERTURA** : Desde las 00:01 hasta las 24:00

CIUDAD :

**INFORMACION DE LA
ENTIDAD ASEGURADORA** :

RAZON SOCIAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

FAX :

E-MAIL :

PAGINA WEB :

EL PRESENTE CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL TIENE VALIDEZ LEGAL PARA TODA ENTIDAD ASEGURADORA QUE OPERA EN LA MODALIDAD DE SEGUROS DE PERSONAS Y QUE OTORGA SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO, PARA LO CUAL EL ASEGURADO EXPRESA DE MANERA VOLUNTARIA SU ADHESION AL PRESENTE SEGURO.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO:

La vigencia individual de la Cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente iniciándose en 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, (30) 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 Desgravamen Hipotecario, al Valor del Saldo Insoluto de la Deuda; y para las Coberturas Adicionales corresponderá al valor establecido en el presente certificado.

PRIMA:

El monto de la Prima de Tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario será aplicando la Tasa Neta al Capital Asegurado.

COBERTURAS:

COBERTURAS BASICAS (Considerando las exclusiones de la póliza)

- Fallecimiento por cualquier causa
- Invalidez Total y Permanente.

PERMANENCIA EN EL SEGURO:

Fallecimiento

Hasta cumplir los 75 años y 364 días

Invalidez Total y Permanente

Hasta cumplir los 70 años 364 días

CONDICIONES DE LA POLIZA DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

COBERTURA DEL SEGURO:

El Capital Asegurado será pagado por la Entidad Aseguradora, cuando ocurra uno de los siguientes eventos:

Fallecimiento:

La muerte por cualquier causa del Asegurado si esta ocurriera durante la vigencia de la póliza y la causa se encuentre expresamente excluida.

Invalidez Total y Permanente:

Cuando la situación física del Asegurado 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 calificar debidamente registrado por la APS.

EXCLUSIONES DE COBERTURA:

La Entidad Aseguradora no cubrirá y estará eximida de toda responsabilidad, en caso de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado sobrevenga, directa o indirectamente, como consecuencia de:

- a) Enfermedad Pre-existente que no fue comunicado 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 de Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud, considerándose como tales aquellos objetivamente constituya una agravación del riesgo o que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.
- f) Suicidio causado dentro de los dos primeros años a partir del desembolso de Préstamo.

OBLIGACION 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 Desgravamen Hipotecario sin exigir al Asegurado las Declaraciones escritas, se presume que la Entidad Aseguradora conocía el Estado de Riesgo, salvo que esta pruebe dolo o mala fe del Asegurado.

RETICENCIA O INEXACTITUD:

La reticencia o inexactitud en las declaraciones del Asegurado en el Formulario de Declaración de Salud hacen Anulable el Certificado de Cobertura, siempre y cuando dicha reticencia o inexactitud suponga ocultación de antecedentes, de tal importancia que, de ser conocidos por la Entidad Aseguradora, esta 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.

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 las Entidad Aseguradora de 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 de riesgo.
- d) Si la Entidad Aseguradora no pidió antes de la emisión del Certificado de Cobertura Individual, las aclaraciones en punto 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.

INDISPUTABILIDAD:

La validez de esta póliza y su Cobertura no será discutida después de transcurrido 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 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 considera 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.

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.

PRIMA DE REHABILITACION:

La prima de tarifa a ser pagada por el Asegurado, resultara del producto de una tasa neta mensual aplicable al Capital Asegurado.

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

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 de pago o el domicilio de la Entidad Aseguradora o el lugar indicado en las pólizas 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 Asegurado o el Tomador del Seguro, puede en cualquier momento, rehabilitar la Cobertura, con el pago de la(s) prima(s) y los intereses devengados sin la necesidad de examen médicos.

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 pago la prima, no significara 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.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS:

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.

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 dejara 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 termino para pronunciarse o vencida(s) la(s) solicitud(es) de complementación, importa la aceptación del reclamo.

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

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

En caso de que la obtención del Certificado de Defunción fuera dificultosa por ausencia de oficinas de Registro Civil 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 Indemnización en caso de Invalidez Total y Permanente

- Declaración Medica 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.

PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION:

El Asegurado o el Beneficiario pierde el derecho de la indemnización o pago de prestaciones convenidas, cuando:

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

CONTROVERSIA:

Las controversias de hecho sobre las características técnicas del seguro, serán resueltas a través del peritaje, de acuerdo a lo establecido en la póliza del Seguro y el presente Certificado. Si por esta vía no se llegara a un acuerdo sobre dichas controversias, están deberán definirse por la vía del arbitraje.

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

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 2015.

La Autoridad de Fiscalizaciones y Control de Pensiones y Seguros podrá fungir como instancia de conciliación, para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV 100.000,00 (Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento a la Vivienda). Si por esta vía y considerando dicha cuantía, no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá conocer y resolver la controversia por Resolución Administrativa debidamente motivada.