

**CONDICIONES PARTICULARES
DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**

Resolución Administrativa APS/DS/N.....

Código de Registro.....

PÓLIZA N:.....

TOMADOR: BANCO ECONOMICO S.A.

ASEGURADOS: PRESTATARIOS DEL BANCO DE CREDITOS HIPOTECARIOS DE VIVIENDA, DE VIVIENDA DE INTERES SOCIAL Y AUTOMOTORES

INICIO DE VIGENCIA:

FIN DE VIGENCIA:

DIRECCION TOMADOR: CALLE AYACUCHO NRO.166

CIUDAD:

TELEFONO (S):3-155500

LUGAR DE PAGO:

INFORMACION DE LA ASEGURADORA:

RAZON SOCIAL:

DIRECCION:

TELEFONO:

FAX:

E-MAIL:

PAGINA WEB:

MATERIA DEL SEGURO:

Clientes del tomador del seguro que hubieran contraído un préstamo, los cuales se consideran para el presente seguro, como asegurados.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO:

La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose al 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, superados los 90 días de mora.

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 considerando tanto el capital como los intereses corrientes que se devenguen.

PERIODO DE CARENCIA

No aplica periodo de carencia

PRIMA:

Se obtendrá de aplicar la tasa resultante del proceso de licitación. La tasa puede ser individual y/o mancomunada.

COBERTURAS:

COBERTURAS BASICAS: (considerando las exclusiones de la póliza)

	TASA (POR MIL MENSUAL)
- Fallecimiento por cualquier causa	%o
- Invalidez Total y Permanente	%o

Las coberturas se encuentran sujetas a lo establecido en el condicionado general.

BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO:

Entidad de intermediación financiera.....

ALCANCE TERRITORIAL:

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

REREQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

LIMITES DE EDADES:

FALLECIMIENTO:

Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 70 años y 364 días

Permanencia: Hasta cumplir los 75 años y 364 días.

INVALIDEZ:

Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 65 años y 364 días.

Permanencia: Hasta cumplir los 70 años y 364 días.

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD:

No podrán asegurarse personas que sean menores de 18 años y las personas mayores a los límites de permanencia establecidos en el presente condicionado particular.

Cuando se traten de casos de mayor riesgo, la admisibilidad podrá requerir el cumplimiento de requisitos establecidos por la Entidad Aseguradora.

De acuerdo a los siguientes rangos:

Edad	Suma en USD	Declaración Jurada de Salud	Examen Medico	Laboratorio	Electrocardiograma	Informe Financiero
(*) Respetando los límites de edades de la póliza	1-100.000	DJS	-	-	-	-
18 a 49 años	de 100.001 a 200.000 de 200.001 a 500.000	DJS DJS	EM	L, HIV, AO	ECGM	IF
50 a 65 años	de 1 a 100.000 de 100.001 a 200.000 de 201.000 a 600.000	DJS DJS DJS	EM EM	L, HIV, AO L, HIV, AO	ECGM	IF

NOTA: Una vez evaluado el riesgo y en caso de ser necesario, la Compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional.

(*) Se libera de la condición de examen médico para todos los asegurados de operaciones de crédito cuyas DJS contengan respuestas negativas para enfermedades o tratamientos, las cuales podrán ser automáticamente incorporadas por el Banco sin consulta previa al Asegurador.

LIQUIDACION MENSUAL

Se enviará el listado de asegurados mensualmente a la compañía en formato electrónico con la modalidad de mes vencido. Esta liquidación considerará la base final de clientes y las primas correspondientes a cada asegurado en función a su suma asegurada. Una vez entregada la información la Aseguradora deberá generar la liquidación en las siguientes 24 horas.

MONEDA DEL CONTRATO

La modalidad de pago será en Dólares Americanos

FORMA DE PAGO

La forma de pago de primas es mensual

COMISION DEL SERVICIO DE COBRANZA

El Banco recibirá una comisión del 10% de la tasa neta sobre la prima de tarifa.

ASPECTOS TECNICOS Y OPERATIVOS

- Sistemas 100% adecuados a las disposiciones de la Resolución Administrativa APS/DS/No. 687-2016 (31/05/2016) y conforme a la descripción detallada en el ANEXO 11

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE FORMULARIOS:

Conforme a lo acordado con el tomador de seguro en el marco del reglamento de desgravamen Hipotecario.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE ASEGURADOS:

Conforme a lo acordado con el tomador de seguro en el marco del Reglamento de seguro de Desgravamen Hipotecario.

CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA:

Conforme al reglamento de seguro de Desgravamen Hipotecario.

OBSERVACIONES:

Las primas de este seguro no constituyen hecho generador de tributo según el Art. N.54 de la Ley de Seguros 1883 del 25 de junio de 1998.

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA:

- Condicionado Particulares
- Condicionado General
- Certificados de Coberturas Individual.
- Clausulas.
- Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Asegurado.

Lugar y Fecha

FIRMA AUTORIZADA

TEXTO UNICO DEL CONDICIONADO GENERAL

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA 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.

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, Beneficiarios (s) serán 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 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 o Permanente:

Se considera Invalidez Total y Permanente al estado de situación física del Asegurado que como consecuencia de una enfermedad o 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.

CLAUSULA 2.- (COBERTURAS BASICAS 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 clausula 3 del presente documento.

En ningún caso la Entidad Aseguradora podrá realizar el pago de 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.

CLAUSULA 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 que Sobrevenga, directa o indirecta, como consecuencia de:

- Enfermedad pre – existente que no fue comunicada por el Asegurado a través del formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- Intervención directa o indirecta del Asegurado en actos criminales, que le ocasionen el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.
- Guerra Internacional o civil (declarada o no), revolución, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad del Estado.
- Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso no declarada por el Asegurado a través de formulario de Solicitud de Seguro de Declaración de Salud, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.
- Suicidio causado dentro de los dos primeros años a partir del desembolso del préstamo.

CLAUSULA 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 iniciara en el momento del desembolso del Préstamo por parte de la Entidad de Intermediación Financiera a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizara 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 o 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 la 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 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, significara la tacita 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.

CLAUSULA 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, tasas 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 este, también podrá extender el Certificado de Cobertura Individual convencional.

CLAUSULA 6.- (PREVALENCIA LEGAL).

La Póliza de Seguro comprende el Condicionado General, el Condicionado Particular, el Certificado de Cobertura Individual, las Clausulas, Formularios de Solicitud de Seguro y declaración de salud del Asegurado.

En caso de discrepancia entre estas, prevalecerá lo establecido en el Condicionado Particular sobre el Condicionado General.

Si el Certificado de Cobertura Individual se encuentra en discrepancia con lo establecido con el Condicionado General y/o Condicionado Particular de la Póliza y/o Clausulas, prevalecerá lo dispuesto por el Certificado de Cobertura Individual

CLAUSULA 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.

CLAUSULA 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 trate de casos de riesgos 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.

CLAUSULA 9.- (OBLIGACION DE DECLARAR DEL ASEGURADO)

El Asegurado está obligado a declarar objetiva y verazmente las afecciones de salud que tiene y todo hecho y circunstancias que tenga 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 esta pruebe dolo o mala fe del Asegurado.

CLAUSULA 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 antecedente, de tal importancia que, de ser conocidos por la Entidad Aseguradora, esta no habría 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 reticencias 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.

CALUSULA 11.- (INAPLICABILIDAD DE LA RETICENCIA O INEXACTITUD)

La Entidad Aseguradora no puede alegar reticencia o inexactitud, en los siguientes casos:

- Si la reticencia o la inexactitud no implica un mayor riesgo, tal que conocidos por la Entidad Aseguradora los hechos o estado de situación verdaderos, la misma admitirá el riesgo sin encargo alguno.
- Si la Entidad Aseguradora otorga Cobertura al Asegurado con el Certificado de Cobertura Individual sin exigir la Declaración de Salud.
- Si al Asegurado en el momento de su Declaración de Salud no conocía el Estado del Riesgo.
- Si la Entidad Aseguradora no pidió antes de la emisión del Certificado de Cobertura Individual, las aclaraciones en punto manifiestamente vagos y/o imprecisos de las declaraciones.
- Si la Entidad Aseguradora por otros medios de manera previa de la aceptación del estado del riesgo, tuvo conocimiento del verdadero estado de riesgo.
- Si la reticencia o inexactitud no tiene relación con la producción del siniestro o de sus efectos.

CLAUSULA 12.- (MODIFICACION, RESCISION Y PERDIDA DE COBERTURA DEL CONTRATO)

Una vez que la Entidad Aseguradora asume los riesgos derivados del Certificado de Cobertura Individual, esta 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.

CLAUSULA 13.- (NULIDAD DE LA COBERTURA).

La Cobertura Individual será declarada nula cuando el asegurado haya sido suscrito para una persona menor a dieciocho (18) años.

CLAUSULA 14.- (INDISPUTABILIDAD).

La validez de esta Póliza y sus Coberturas 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 tacita 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 efecto 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 partes del Asegurado libera a la Entidad Aseguradora a Indemnizar en caso de producido el evento.

CLAUSULA 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.

CLAUSULA 16.- (PRIMAS).

El monto de la prima de tarifa del Seguro Desgramen Hipotecario se determinara aplicando la tasa neta del Capital Asegurado.

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

Es obligación con 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 Intermediación Financiera, designada por la Entidad Aseguradora, en las mismas fechas del cronograma de amortización del préstamo, salvo que en le Condicionado Particular de la póliza se establezca una modalidad diferente. No incurre en mora el Asegurado, si el lugar del pago o el domicilio dela 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 la prima 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.

CLAUSULA 17.- (REHABILITACION).

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 devengado sin necesidad de examen médico.

CLAUSULA 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.

CLAUSULA 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 de seguro, la Entidad Aseguradora responde con la indemnización correspondiente, aun cuando se evidencie la ocurrencia del siniestro durante el mes siguiente a la fecha que debió efectuarse el pago de la prima que no fue pagada; pero si el siniestro se produce antes de la entrada de vigencia del Seguro, o de manera posterior a la conclusión de la vigencia del seguro, la Entidad Aseguradora no responde por la indemnización.

Para efecto 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.

CLAUSULA 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.

CLAUSULA 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 el Beneficiario, según el caso, omite dar el aviso dentro del plazo establecido, con el fin de impedir la comprobación oportuna de las circunstancias del siniestro.

CLAUSULA 22.-(REQUERIMIENTOS Y LIMITES A LA INFORMACION).

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. Toda exigencia que sobre pase ese límite, ha de entenderse como exigencia prohibida. Además dichas exigencias no pueden exceder los límites de la obligación determinada de la clausula 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 Identidad Aseguradora, a una sentencia pasada en Autoridad de cosa juzgada.

CLAUSULA 23.-(PLAZO PARA PRONUNCIARSE).

La Entidad Aseguradora debe pronunciarse sobre el derecho del Asegurado o Beneficiario dentro de los treinta (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 de 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 ultimo 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.

CLAUSULA 24 - (REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACION).

- a. Documentación para el pago de la indemnización en caso de Fallecimiento del Asegurado:
 - Certificado de Defunción extendido por el 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 ausencias 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 o siniestrado, podrá ser aceptada una certificación extendida por la Entidad Comunitaria competente del lugar de ocurrencia del siniestro, con la participación de dos personas en calidad de testigos.
 - Documentos de Indemnización 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.

CLAUSULA 25.- (PAGO DE INDEMNIZACION).

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.

CLAUSULA 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.

CLAUSULA 27.- (PERDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACION)

El Asegurado o el Beneficiario pierde el derecho de la Indemnización o pagos de las prestaciones convenidas, cuando:

- Provoque dolosamente el siniestro.
- 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.
- Recorra a pruebas falsas con el ánimo de obtener un beneficio ilícito.

CLAUSULA 28.- (PRESCRIPCION).

Los beneficios no reclamados, prescriben a 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.

CLAUSULA 29. - (CONTROVERSIA DE HECHO).

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

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

CLAUSULA 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 y Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá fungir como instancia de conciliación, para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV100.000,00Cien Mil 00/100 unidades de Fomento a la Vivienda). Si por estas vías y 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 debidamente motivada.

CLAUSULA 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.

CLAUSULA 32.- (OBLIGACION 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 domicilio y al último domicilio establecido por el Asegurado o Tomador del Seguro.

CLAUSULA 33.- (COMPUTO DE PLAZOS)

Para efecto de los plazos de la póliza, el plazo en días, se computara 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 pasara al día hábil siguiente.

CLAUSULA 34.- (DUPLICADOS DE POLIZAS Y CERTIFICADOS DE SEGUROS).

La Entidad Aseguradora, a solicitud escrita y a costa del tomador o Asegurado, extenderá duplicado legalizado de la póliza (Clausulas, Certificados. Etc.) en caso de robo, perdida, 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.