

Santa Cruz 29 de junio de 2026
FORT/SV/BSM/159/2026

Señores

COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ANTONIO R.L.

Presente. -

Ref.: ENTREGA DE POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
DES - SC0101 - 285 VIGENCIA: 01/07/2026 AL 29/06/2029.

Estimados Señores:

Por medio de la presente, nos es grato hacerles llegar la **Póliza Original del Seguro de Desgravamen Nro DES - SC0101 - 285**, esperando que la misma sea de su plena conformidad.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 1013 del Código de Comercio, las estipulaciones contenidas en la presente póliza se considerarán aceptadas si, dentro del plazo de quince (15) días siguientes a su recepción, el Tomador no solicita por escrito ninguna rectificación o modificación.

Asimismo, quedamos a su disposición a través de nuestra línea de atención al cliente, en caso de requerir información adicional sobre las condiciones, alcances o funcionamiento de su póliza. De igual manera, podrá contactarse directamente con su corredor de seguros, quien le brindará el asesoramiento correspondiente.

Reiteramos nuestras consideraciones más distinguidas.

Atte.,

COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA FORTALEZA S.A


Taryn Alvarez Toran
Ejecutiva Comercial
ASEGURADORA DE VIDA
FORTALEZA S.A.



Compañía de Seguros de Vida
Fortaleza S.A.
(Seguros de Personas)

OFICINAS:
OFICINA CENTRAL
Av. Virgen de Cotoca Nro 2080
Telf. (591-3) 348-7273

SUCURSAL SANTA CRUZ
Av. Noel Kempff Mercado Nro 21 esq.
C/ Enrique Finot (Zona Equipetrol)
Telf. (591-3) 348-7273

SUCURSAL LA PAZ
AGENCIA EL PRADO
Av. 16 de Julio Nro. 1440
Edif. Herman, Planta baja
Telf. (591-2) 243-4885

COCHABAMBA
Av. América Zona Norte N° 969
entre Melchor Urquidí y Miguel de
Aguirre, Telf. (591-4) 452-6590

SUCRE
C/ San Alberto Nro. 108
Edificio Fortaleza
Telf. (591-4) 643-9951 / 643-3672
643-9609

ORURO
C/ Junín Nro 659 entre
La Plata y Soria Galvarro
Telf. (591 -2) 525-2152 / 525-2442

TARIJA
C/ Alejandro del Carpio Nro. 845
entre calle Ejercito y Padilla
Telf. (591-4) 664-9100



SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Póliza Nro. : DES - SC0101 - 285

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

Código de Registro: 211-934923-2016 06 005

C O P I A

CONDICIONES PARTICULARES

Tomador: **COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ANTONIO R.L.**

Asegurados: **Prestatarios de la Entidad de Intermediación Financiera.**

Inicio de Vigencia: **Desde Hrs. 00:01 de 01 de Julio de 2026**

Fin de Vigencia: **Hasta Hrs. 24:00 de 30 de Junio de 2029**

Dirección Tomador: **CALLE TARATA EDIFICIO CACSA NUMERO 352**

Ciudad: **COCHABAMBA**

Teléfono(s): **/**

Lugar de Pago: **Oficinas del Tomador**

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

Razón Social: **COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA FORTALEZA S.A.**

Dirección: **AVENIDA 16 DE JULIO, PLAZA VENEZUELA NRO. 100 EDIF.: HERMAN PISO: 1
DEPTO.: MEZANINE OFIC.: PB ZONA CENTRAL**

Teléfono: **2-2434885 / 3-3487273**

Fax: **3-3497675**

E-Mail: **info@fortaleza.com.bo**

Página Web: **www.aseguradorafortaleza.com.bo**

MATERIA DEL SEGURO: CLIENTES DEL TOMADOR DEL SEGURO QUE HUBIERAN CONTRAÍDO UN PRÉSTAMO, LOS CUALES SE CONSIDERAN PARA EL PRESENTE SEGURO, COMO ASEGURADOS.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO: La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento del desembolso del Préstamo por parte de la Entidad de Intermediación Financiera a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizando en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

Los reemplazos de la Entidad Aseguradora que se dieran durante el periodo de vigencia del préstamo, no interrumpirán la vigencia de la Cobertura Individual.

CAPITAL ASEGURADO: El Capital Asegurado durante la vigencia de la Póliza corresponderá, para la cobertura de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente de la póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, al Valor del Saldo Insoluto de la Deuda; y para las Coberturas Adicionales, corresponderá al valor establecido en el Certificado de Cobertura Individual.

PRIMA: El monto de la prima de tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado.

COBERTURAS

COBERTURAS BÁSICAS (considerando las exclusiones de la póliza)

- FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA :

- INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE :

TASA TOTAL:

Tasa

COBERTURAS ADICIONALES

- Gastos de Sepelio -----
- Capital Adicional Indemnizatorio -----

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

BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO: COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ANTONIO R.L.

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

REQUISISTOS DE ASEGURABILIDAD:

» ASEGURADOS:

PRESTATARIOS DE COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ANTONIO RL., SIN DISTINCIÓN DE SEXO, OCUPACIÓN DOMICILIO, CON EDADES SEGÚN ESTABLECIDO EN LÍMITES DE EDAD, AL MOMENTO DE LA OBTENCIÓN DEL PRÉSTAMO E INICIO DE LA COBERTURA. RENOVACIÓN GARANTIZADA EN FUNCIÓN DE LA DURACIÓN DEL PRÉSTAMO, HASTA EDADES ESTIPULADAS LÍNEAS ABAJO.

COBERTURA PARA EL CONYUGUE, LA INDEMNIZACIÓN SERÁ A UNA SOLA CABEZA AL PRIMERO QUE FALLEZCA.

» PRIMA:

EL MONTO DE LA PRIMA DE TARIFA DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO SE DETERMINARÁ APLICANDO LA TASA NETA AL CAPITAL ASEGURADO.

» MONEDA:

LA MONEDA DEL CONTRATO, SERÁ EN BOLIVIANOS Y/O DÓLARES, COMO ASÍ TAMBIÉN LA FORMA DE PAGO PUEDE SER EN BOLIVIANOS O DÓLARES

» TASAS:

CUADRO RESUMEN DE TASAS (EXPRESADO POR MIL)

- TASA TITULAR

PLAZO	ANUAL	MENSUAL
1 AÑO	8.7600	0.7300
2 AÑOS	8.7600	0.7300
3 AÑOS	8.7600	0.7300

- TASA TITULAR Y 1 CODEUDOR

PLAZO	ANUAL	MENSUAL
1 AÑO	15.7692	1.3141
2 AÑOS	15.7692	1.3141
3 AÑOS	15.7692	1.3141

- TASA TITULAR Y 2 CODEUDORES

PLAZO	ANUAL	MENSUAL
1 AÑO	23.1276	1.9273
2 AÑOS	23.1276	1.9273
3 AÑOS	23.1276	1.9273

- TASA TITULAR Y 3 CODEUDORES

PLAZO	ANUAL	MENSUAL
1 AÑO	29.0844	2.4237
2 AÑOS	29.0844	2.4237
3 AÑOS	29.0844	2.4237

- TASA TITULAR Y 4 CODEUDORES

PLAZO	ANUAL	MENSUAL
1 AÑO	36.3552	3.0296
2 AÑOS	36.3552	3.0296
3 AÑOS	36.3552	3.0296

- TASA TITULAR Y 5 CODEUDORES

PLAZO	ANUAL	MENSUAL
1 AÑO	43.6272	3.6356
2 AÑOS	43.6272	3.6356
3 AÑOS	43.6272	3.6356

- TASA TITULAR Y 6 CODEUDORES

PLAZO	ANUAL	MENSUAL
1 AÑO	50.8980	4.2415
2 AÑOS	50.8980	4.2415
3 AÑOS	50.8980	4.2415

- TASA TITULAR Y MÁS DE 6 CODEUDORES

PLAZO	ANUAL	MENSUAL
1 AÑO	58.1688	4.8474
2 AÑOS	58.1688	4.8474
3 AÑOS	58.1688	4.8474

NOTA:

LAS TASAS DEBEN EXPRESARSE POR MIL Y CONTENER 4 DECIMALES.

» COBERTURAS ADICIONALES:

- GASTOS DE SEPELIO HASTA: USD500

EL BENEFICIO SERÁ ENTREGADO AUTOMÁTICAMENTE A LA PERSONA INDICADA EN FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO O EN SU DEFECTO, SI NO ESTUVIERA ESTIPULADO EL BENEFICIARIO EN EL FORMULARIO O EL BENEFICIARIO FUESE MENOR DE EDAD, AL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE O AL MAYOR DE LOS HIJOS EN SU CASO. EN CASO DE QUE EL PRESTATARIO FUESE SOLTERO, EL BENEFICIO SERÁ ENTREGADO AUTOMÁTICAMENTE AL PADRE, MADRE O HERMANO MAYOR. EN AUSENCIA DE TODOS LOS MENCIONADOS SE SOLICITARÁ DECLARATORIA DE HEREDEROS LEGALES.

- COBERTURA ADICIONAL PARA CESANTÍA: LA TASA DEBE CONTEMPLAR EN LA TASA FINAL 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.

» BENEFICIOS ADICIONALES:

- ACEPTACIÓN DE SOLICITUDES QUE TENGAN UN RECARGO HASTA EL 50% EN LA PRIMA SIN COBRO DEL MISMO.

- FREE COVER DESDE USD1 HASTA USD5.000 O HASTA BS35.000 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 USD5.001 HASTA USD10.000 Y EN MONEDA NACIONAL DE BS 35.001 HASTA BS. 70.000

- 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.

- 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.

- SUICIDIO CAUSADO A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL SEGUNDO AÑO DEL DESEMBOLSO DEL PRÉSTAMO.

- AMPLIACIÓN DE VIGENCIA A PRORRATA 90 DÍAS.

- CLÁUSULA DE COBERTURA DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE AL 60% - SEGÚN CONDICIONADO GENERAL.

- CRÉDITOS HASTA USD50.000 NO SE REQUERIRÁN EXÁMENES MÉDICOS SÓLO FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO Y DECLARACIÓN JURADA DE SALUD.

» TABLA DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

PARA EDADES HASTA LOS 45 AÑOS

CAPITAL ASEGURADO	REQUISITOS
BS. 0 - 50.000.	A
BS. 50.001 - 150.000.	A
BS. 150.001 - 250.000.	A F

PARA EDADES DE 46 A 55 AÑOS

CAPITAL ASEGURADO	REQUISITOS
BS. 0 - 50.000.-	A
BS. 50.001 - 150.000.	A
BS. 150.001 - 250.000.	B F

PARA EDADES DE 56 A 65 AÑOS

CAPITAL ASEGURADO	REQUISITOS
BS. 0 - 50.000.	A
BS. 50.001 - 150.000.	B
BS. 150.001 - 250.000.	B C F

PARA EDADES DE 66 AÑOS EN ADELANTE

CAPITAL ASEGURADO	REQUISITOS
BS. 0 - 50.000.	B
BS. 50.001 - 150.000.	B C D
BS. 150.001 - 250.000.	B C D G H

ACLARACIONES:

A DECLARACIÓN DE SALUD.

B EXAMEN MÉDICO.

C ANÁLISIS QUÍMICO Y MICROSCÓPICO DE ORINA EN LABORATORIO.

D ECG DE REPOSO A 12 DERIVACIONES

F TEST HIV

G HEMOGRAMA, ERITROSEDIMENTACIÓN.

H PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL TOTAL EN EL PLASMA, HDL, LDL Y TRIGLICÉRIDOS EN EL PLASMA (TODOS EN AYUNAS).

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN CASO DE CONSIDERARLO NECESARIO.

SE ACLARA QUE SERÁN ACEPTADAS LAS SOLICITUDES QUE TENGAN UN RECARGO HASTA EL 50%, SIN COBRO DEL MISMO.

LIMITES DE EDADES:

Fallecimiento:

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

Permanencia: Hasta cumplir los 75 años y 364 días.

Invalidez:

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

Permanencia: Hasta cumplir los 70 años y 364 días.

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD: NO PODRÁN ASEGURARSE PERSONAS QUE SEAN MENORES DE 18 AÑOS Y LAS PERSONAS MAYORES A LOS LÍMITES DE PERMANENCIA ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONDICIONADO PARTICULAR.

CUANDO SE TRATEN DE CASOS DE MAYOR RIESGO, LA ADMISIBILIDAD PODRÁ REQUERIR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD ASEGURADORA.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE FORMULARIOS: CONFORME A LO ACORDADO CON EL TOMADOR DE SEGURO EN EL MARCO DEL REGLAMENTO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE ASEGURADOS: CONFORME A LO ACORDADO CON EL TOMADOR DE SEGURO EN REGLAMENTO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA: CONFORME AL REGLAMENTO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

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

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA:

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

Santa Cruz, 29 de Junio de 2026



Roberto Tito Paz Jordan
Gerente Vida & Salud



B-FSVGVV-AAC-301173-009-25-402



Ruben Dario Moreno Velez
Gerente Comercial Nacional



B-FSVGVV-AAC-010270-009-25-383

Tomador

SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Formato aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DS/Nº 822-2016
del 22 de junio de 2016 CÓDIGO DE REGISTRO: 211-934923-2016 06 005



ASEGURADORA
Fortaleza
Tu Seguro es Vida

Póliza N°: _____

Tomador: _____

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- (DEFINICIONES). Las partes convienen en definir, los siguientes términos:

ASEGURADO: Persona natural deudora y/ o codeudora de una Entidad de Intermediación Financiera por la suscripción de un contrato de préstamo, cubierto por el Seguro de Desgravamen Hipotecario.

BENEFICIARIO: La Entidad de Intermediación Financiera otorgante del préstamo contratado por el Asegurado con la cobertura del Seguro de Desgravamen Hipotecario, descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguros.

Para las coberturas adicionales, Beneficiario(s) será(n) la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado.

CODEUDOR: Es la persona que se obliga conjuntamente a otra(s) (de forma directa) a efectuar el pago del préstamo.

ENTIDAD ASEGURADORA: Sociedad Anónima de giro exclusivo en la administración de seguros autorizada por la APS, para la contratación de seguros directos en la modalidad de Seguros de Personas, que asume los riesgos amparados en el Seguro de Desgravamen Hipotecario.

ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE: Corresponde a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien torna el servicio de diagnóstico de salud o examen médico, antes de la contratación del Seguro.

FALLECIMIENTO: Es la muerte por cualquier causa del Asegurado.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Se considera Invalidez Total y Permanente al estado de situación física del Asegurado que como consecuencia de una enfermedad o accidente presenta una pérdida o disminución de su capacidad física y/o intelectual, igual o superior al 60% de su capacidad de trabajo, siempre que el grado de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO) o la Entidad Encargada de Calificar (EEC) o por un médico calificador debidamente registrado en la APS.

SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA: Es el saldo adeudado por el Asegurado a la Entidad de Intermediación Financiera y representa el monto inicial del préstamo menos las amortizaciones de capital efectuadas más los intereses devengados.

TOMADOR DEL SEGURO: Entidad de Intermediación Financiera que por cuenta y a nombre del Asegurado (prestatario), contrata con la Entidad Aseguradora el Seguro de Desgravamen Hipotecario.

CLÁUSULA 2.- (COBERTURAS BÁSICAS Y ADICIONALES).

CÓDIGO DE REGISTRO
211-934923-2016 06 005 1001
211-934923-2016 06 005 1002

El Capital Asegurado que figura en el Certificado de Cobertura Individual será pagado por la Entidad Aseguradora, cuando el Asegurado sufra el Fallecimiento por cualquier causa o la Invalidez Total y Permanente, salvo por los riesgos excluidos que se encuentran especificados en la Cláusula 3 del presente documento.

En ningún caso la Entidad Aseguradora podrá realizar el pago del siniestro a prorrata en función del número de codeudores, debiendo cubrir la totalidad del Saldo Insoluto de la Deuda para los casos referidos, ante la ocurrencia del siniestro que afecte a cualquiera de los Codeudores.

Cuando la operación de préstamo contemple Codeudores, se aseguran a todos los codeudores, cada uno por el 100% del Saldo Insoluto de la Deuda.

CLÁUSULA 3.- (RIESGOS EXCLUIDOS). La Entidad Aseguradora no cubrirá y estará eximida de toda responsabilidad, en caso que el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado sobrevenga, directa o indirectamente, como consecuencia de:

- 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 (2) primeros años a partir del desembolso del préstamo.

CLÁUSULA 4.- (VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO). La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente en el marco de la vigencia de la Póliza de Seguro.

La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado se iniciará en el momento del desembolso del Préstamo por parte de la Entidad de Intermediación Financiera a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizará en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de pago.

Los reemplazos de Entidad Aseguradora que se dieran durante el periodo de vigencia del préstamo, no interrumpirán la vigencia de la Cobertura Individual.

La aprobación del Seguro podrá ser automática al llenado del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.

En caso de que el riesgo requiera de evaluación y no sea aprobado de manera automática, el pronunciamiento de la Entidad Aseguradora no podrá exceder el plazo de cinco (5) días hábiles de haber recibido los Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud, entendiéndose aceptada la solicitud de no pronunciarse en dicho plazo.

Si la Entidad Aseguradora para su pronunciamiento requiera previamente de exámenes médicos sobre el estado de salud del solicitante del Seguro de Desgravamen Hipotecario, deberá solicitar los mismos en el plazo de los cinco (5) días hábiles establecidos para su pronunciamiento, computables de la fecha de recepción del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud. Una vez conocidos los resultados de los exámenes médicos, la Entidad Aseguradora en el

plazo de diez (10) días hábiles computables a partir de la recepción de los mismos, deberá pronunciarse comunicando de manera expresa la aceptación, o el establecimiento de condiciones particulares de aseguramiento para el caso, o el rechazo. La falta de dicha comunicación, significará la tácita aceptación de la Entidad Aseguradora. La Entidad Aseguradora tiene la responsabilidad de que los requisitos de asegurabilidad establecidos por su reasegurador, se encuentren reflejados en el Condicionado Particular.

CLÁUSULA 5.- (CERTIFICADOS DE COBERTURA INDIVIDUAL). La Entidad Aseguradora deberá acreditar individualmente a los Asegurados los términos y condiciones básicos del Seguro de Desgravamen Hipotecario establecidos en la presente póliza.

Si no supla el mecanismo electrónico, el Certificado de Cobertura Individual también podrá instrumentarse, sujeto a aceptación de la Entidad de Intermediación Financiera, sin costo para el Asegurado, a través de los comprobantes de amortización del préstamo, incluyéndose en ellos los términos y condiciones básicos de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario (Coberturas, tasa neta, exclusiones, requisitos, plazo para el pago de las indemnizaciones y otros).

De manera coexistente al Certificado de Cobertura Individual efectuado por intermedio del mecanismo electrónico y del comprobante de amortización del préstamo, la Entidad Aseguradora o en su caso la Corredora de Seguros, a simple requerimiento del Asegurado y sin costo alguno para éste, también podrá extender el Certificado de Cobertura Individual convencional.

CLÁUSULA 6.- (PREVALENCIA LEGAL). La Póliza de Seguro comprende el Condicionado General, el Condicionado Particular, el Certificado de Cobertura Individual, las Cláusulas, Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Asegurado.

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

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

CLÁUSULA 7.- (PARTES CONTRATANTES). Son partes del presente contrato, la Entidad Aseguradora que asume los riesgos comprendidos en el contrato, el Asegurado que es la persona física que está expuesta al riesgo cubierto por el Seguro y el Tomador del Seguro que es la persona jurídica que, por cuenta y a nombre de un Asegurado, contrata con la Entidad Aseguradora la cobertura de los riesgos.

CLÁUSULA 8.- (ADMISIBILIDAD). No podrán asegurarse personas que sean menores de diez y ocho (18) años y las personas mayores de la edad establecida en el Condicionado Particular. Cuando se traten de casos de riesgo agravado, la admisibilidad requerirá el cumplimiento de requisitos de asegurabilidad establecidos en el Condicionado Particular y la aceptación expresa del riesgo por la Entidad Aseguradora.

CLÁUSULA 9.- (OBLIGACIÓN DE DECLARAR DEL ASEGURADO). El Asegurado está obligado a declarar objetiva y verazmente las afectaciones de salud que tiene y todo hecho y circunstancias que tengan importancia para la determinación del estado de riesgo, tal como lo conozca; a través del Formulario de Declaración de Salud proporcionado por la Entidad Aseguradora.

Si se extendió la póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario sin exigir al Asegurado las declaraciones escritas, se presume que la Entidad Aseguradora conocía el estado de riesgo, salvo que ésta pruebe dolo o mala fe del Asegurado.

CLÁUSULA 10.- (RETICENCIA O INEXACTITUD). La reticencia o inexactitud en las declaraciones del Asegurado en el Formulario de Declaración de Salud hacen 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 (2) años desde el momento de la fecha de desembolso del préstamo, y de la aceptación expresa o tácita de la Entidad Aseguradora.

Si dentro de los dos (2) años desde la fecha de desembolso del préstamo, la Entidad Aseguradora no ha pretendido impugnar o anular dicha cobertura por reticencia o inexactitud en las Declaraciones de Salud del Asegurado. La Entidad Aseguradora pasado dicho plazo, está impedida de pretender la impugnación o anulación.

SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Formato aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DS/ N° 822-2016
del 22 de junio de 2016 CÓDIGO DE REGISTRO: 211-934923-2016 06 005



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 (2) 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 Condicionamiento Particular de la Póliza se establezca una modalidad diferente. No incurrirá 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 SUBROGARLES). 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 (5) 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.- (CONTROVERSIA DE HECHO). Las controversias de hecho sobre las características técnicas del Seguro, serán resueltas a través del arbitraje, 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.- (CONTROVERSIA 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 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 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.- (CÓMPUTO 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.

COMPañía DE SEGUROS DE VIDA FORTALEZA S.A.

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ANTONIO R.L.
Dirección CALLE TARATA EDIFICIO CACSA NUMERO 352
Póliza No. DES 285
Fecha 01/07/2026

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

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

FORMA PARTE DE: PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

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

Art. 1. DEFINICIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ANTONIO R.L.
Dirección CALLE TARATA EDIFICIO CACSA NUMERO 352
Póliza No. DES 285
Fecha 01/07/2026

Art. 2. ASEGURADOS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLE

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

EL TOMADOR y/o el ASEGURADO deberán probar mediante documentación fehaciente, la fecha de nacimiento del ASEGURADO declarada para obtener la cobertura, dicha prueba podrá ser presentada por el ASEGURADO en cualquier momento. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá exigirla antes de otorgar cualquier beneficio acordado por la Póliza.

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

Art. 3. PRIMAS

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

Art. 4. BENEFICIARIO DEL SEGURO

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

Art. 5. COBERTURA

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

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

Art. 6. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

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

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

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ANTONIO R.L.
Dirección CALLE TARATA EDIFICIO CACSA NUMERO 352
Póliza No. DES 285
Fecha 01/07/2026

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

Art. 7. EXCLUSIONES Y RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen de la presente cobertura:

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

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ANTONIO R.L.
Dirección CALLE TARATA EDIFICIO CACSA NUMERO 352
Póliza No. DES 285
Fecha 01/07/2026

mediante contrato laboral vigente o cualquier otro mecanismo de prueba.

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

Art. 8. EFECTO Y TERMINACIÓN

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

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

Art. 9. PROCEDIMIENTO PARA INDEMNIZACIÓN:

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

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

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

Nota, memorándum o documento de despido o conclusión anticipada laboral, en original o copia

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ANTONIO R.L.
Dirección CALLE TARATA EDIFICIO CACSA NUMERO 352
Póliza No. DES 285
Fecha 01/07/2026

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

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

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

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

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

En los casos en los que exista un procedimiento judicial, administrativo o arbitral en el que no sea parte LA COMPAÑÍA y de cuya definición dependa la cobertura del siniestro o el derecho del ASEGURADO, LA COMPAÑÍA podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio a la conclusión en última instancia del proceso respectivo.

Art. 10. CONDICION ESPECIAL PARA REPROGRAMACIONES Y REFINANCIAMIENTOS

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

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

CAPITAL ADICIONAL INDEMNIZATORIO POR DESEMPLEO

Tomador COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ABIERTA SAN ANTONIO R.L.
Dirección CALLE TARATA EDIFICIO CACSA NUMERO 352
Póliza No. DES 285
Fecha 01/07/2026

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

DES-A-03

