

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

**Resolución Administrativa APS/DS/N° 855/2016 del 28/06/2016
Código de Registro 206-934919-2016 06 069**

POLIZA N°: POL-DHRB-LP-000006-2021-00 / POL-DHR-LP-000006-2021-00
TOMADOR: INCUBADORA DE MICROEMPRESAS PRODUCTIVAS – INSTITUCIÓN
FINANCIERA DE DESARROLLO (IMPRO - IFD)

ASEGURADOS: Deudores, codeudores y/o mancomunados de la cartera de Créditos Prestatarios DEUDORES y/o codeudores y/o mancomunados de IMPRO - IFD que contraten créditos hipotecarios de vivienda, créditos hipotecarios de vivienda de interés social y créditos hipotecarios de automotores, respaldados por contratos o registros de operaciones de la institución.

Las palabras “operaciones”, “créditos”, “préstamos” harán referencia a la Materia del Seguro y podrán utilizarse indistintamente y significarán cualquiera a todas las mencionadas en el párrafo anterior. La palabra “cartera” puede englobar al conjunto de algunas o todas las operaciones mencionadas en el párrafo anterior.

INICIO DE VIGENCIA: 01 de marzo del 2021

FIN DE VIGENCIA: 31 de Marzo del 2023

DIRECCIÓN TOMADOR: Calle Manuel Ergueta N°. 1741 Tembladerani

CIUDAD: LA PAZ

TELÉFONOS: 2484616 - 2483081 - 2481500

LUGAR DE PAGO: LA PAZ, BOLIVIA

INFORMACION DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

RAZON SOCIAL: NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD SALUD S.A.

DIRECCION: Av. Costanera, Ed Costanera Entre Calles 8 y 9, Calacoto

TELEFONO: 2 610900

FAX: 2 442905

E-MAIL: nacionalseguros@nacionalseguros.com.bo

MATERIA DEL SEGURO: Clientes del Tomador del Seguro que hubieran contraído un préstamo(s), 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.

INICIO DE LA VIGENCIA

Cartera Nueva: La vigencia individual de la cobertura para cada asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento de 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 días después de la fecha de vencimiento de pago y 30 días adicionales al plazo estipulado en el Código de Comercio referente a periodo de gracia para pago de primas.

Cartera Antigua: Para las Operaciones de crédito desembolsadas por el tomador antes del inicio de la vigencia de esta póliza, la vigencia individual de la cobertura para cada asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento de la suscripción de la presente póliza y quedando asegurados sin ningún tipo de limitación ni exclusiones, es decir que la suscripción y el pago de siniestros es automático siempre y cuando se cumpla con la documentación que exige la presente póliza.

La vigencia finaliza 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 días después de la fecha de vencimiento de pago y 30 días adicionales al plazo estipulado en el Código de Comercio referente a periodo de gracia para pago de primas.

La vigencia finaliza el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente 60 días después de la fecha de vencimiento de pago de la misma.

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.

El Saldo Insoluto de la deuda del asegurado a la fecha de fallecimiento incluye el monto inicial del préstamo menos las amortizaciones de capital efectuadas más los intereses devengados desde el último pago efectuado hasta la fecha de siniestro. La compañía de seguros cubrirá noventa (90) días de intereses corrientes.

PRIMA

El monto de la prima de tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado, de acuerdo a lo dispuesto en la Nota Técnica, Anexo 4 del Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario de la APS, suscrita por la compañía aseguradora y enviada a la APS.

Las primas se efectuarán en la moneda pactada entre el Tomador y el prestatario, establecidas en Dólares Estadounidenses y/o en bolivianos, según lo establecido en el contrato de crédito de la operación amparada bajo la presente póliza, no obstante, las coberturas contratadas se encuentran expresadas en Dólares Estadounidenses y se considerara el Tipo de Cambio oficial.

TASA NETA: 0.38%o (Cero treinta y ocho por mil mensual 00/100)

COBERTURAS

COBERTURAS BASICAS

1. **Riesgo principal de muerte por cualquier causa**, el asegurador garantiza la indemnización hasta el límite de su responsabilidad máxima por tipo de operación, si se produce la muerte del asegurado por cualquier causa que no se encuentre excluida ni exceptuada en las condiciones generales y particulares de esta póliza. Esta cobertura es automática y aplicable a todos los prestatarios titulares incluyendo cónyuges y/o codeudores conforme a los parámetros de asegurabilidad establecidos en la presente póliza, siempre y cuando los mismos sean reportados y se pague la prima correspondiente.

2. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente, el asegurador garantiza la indemnización hasta el límite de su responsabilidad máxima por tipo de operación, si por accidente o enfermedad sufre invalidez total y permanente debidamente certificada por médicos autorizados por la autoridad de pensiones y seguros (APS) para calificar grados de invalidez en base a los parámetros del manual único de calificación aprobado por el ente regulador para dicho propósito, siempre que la causa de la invalidez total y permanente no se encuentre excluida ni exceptuada en las condiciones particulares de esta póliza. Siempre y cuando la invalidez total y permanente supere el 60% de incapacidad. Esta cobertura es automática y aplicable a todos los prestatarios titulares incluyendo cónyuges y/o codeudores incluidos conforme a los parámetros de asegurabilidad establecidos en la presente póliza, siempre y cuando los mismos sean reportados y se pague la prima correspondiente.

La responsabilidad de indemnización de la eventualidad prevista y cubierta por esta póliza por las coberturas de riesgo principal de muerte e invalidez total y permanente en operaciones de crédito en donde los cónyuges y/o codeudores hayan sido incorporados y pagado la prima correspondiente junto con el titular del crédito por el tomador como asegurados de esta póliza, será efectiva a la primera muerte o invalidez de cualquiera de los asegurados mencionados.

COBERTURAS ADICIONALES

Gastos de Sepelio, con un valor asegurado de Bs. 2.100 o \$us 300.- ante el fallecimiento del asegurado y/o su conyugue (siempre y cuando se encuentre asegurado y reportado). En el caso de mancomunados se otorgará el beneficio a la primera muerte.

Para el pago del sepelio solamente se exige la presentación del Certificado de Defunción y la carta de Solicitud de Pago de Sepelio firmada por un familiar de primer grado tanto para la cartera nueva como la antigua.

BENEFICIO A TITULO ONEROSO INCUBADORA DE MICROEMPRESAS PRODUCTIVAS - INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO (IMPRO - IFD)

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

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

CARTERA ANTIGUA (Cartera de asegurados IMPRO - IFD hasta el 01 de diciembre de 2020, a ser transferida a la entidad aseguradora adjudicada)

Se acepta y asegura de manera expresa y automática a todos los Deudores y/o Codeudores y/o Mancomunados, que hayan estado o no asegurados, de IMPRO - IFD de la Cartera Antigua de créditos hipotecarios de vivienda, de vivienda de interés social y automotores a transferirse hasta el 01 de marzo de 2021, sin importar el estado del riesgo y sin necesidad de que hubieran cumplido con tipo alguno de requisitos de asegurabilidad sin limitar su ingreso por límites de capital asegurado ni por ninguna otra condición que vaya en desmedro de IMPRO - IFD y sin exclusiones, siempre y cuando estén declarados en el listado de pago de primas.

Se considera Cartera Antigua a los prestatarios deudores y/o codeudores y/o Mancomunados de todos los créditos de vivienda, créditos de vivienda de interés social y créditos automotores que IMPRO - IFD hubiera otorgado hasta el 01 de marzo de 2021.

En los casos en que las operaciones hubiesen tenido renovaciones automáticas, reprogramaciones y/o adendas, la Compañía reconocerá que dichas operaciones están cubiertas y aseguradas bajo la presente póliza.

CARTERA NUEVA

1. Corresponderá a IMPRO - IFD, realizar el seguimiento al llenado del formulario por parte del prestatario de acuerdo a la siguiente condición:

Para préstamos de \$us. 6.001.00 a \$us. 10.000.00 que no presenten respuestas positivas en el Formulario de Declaración de Salud.

2. Los formularios, de Declaración de Salud, por operaciones o cúmulos mayores o iguales a \$us. 6,000.00 hasta \$us. 10,000.00 que no cumplan con la anterior condición y de todas las operaciones o cúmulos superiores a este monto, deberán ser reportadas diariamente a la Compañía en el formato determinado por esta para su evaluación y aprobación o solicitud de información y/o exámenes complementarios, si así correspondiera.

Después de que el asegurado haya realizado los exámenes complementarios, la Compañía tendrá 2 días hábiles como plazo máximo para pronunciarse, caso contrario se dará por aceptado el ingreso del prestatario a la póliza del seguro.

Para préstamos mayores a \$us. 6,000.00 el costo de los exámenes médicos, análisis, y otros solicitados, de acuerdo a edad y capital, correrán por cuenta de la Compañía.

3. Para los créditos superiores a \$us. 10,000.00 cuando corresponda, el asegurado deberá llenar un informe confidencial de su situación financiera, en las oficinas de la Compañía.

EDAD	SUMA EN USD	REQUISITOS BASICOS	EXAMEN MEDICO	LABORATORIO
DE 18 A 65 AÑOS	DE 1,00.- A 6,000.-	DJS - FREE COVER	-	-
DE 18 A 65 AÑOS	DE 6,001.- A 10,000.-	DJS	-	-
DE 18 A 65 AÑOS	DE 10,000.- A 20,000.-	DJS	EM	-

FREE COVER:

Todos los préstamos de \$us 0.01 a \$us. 6.000.00 (FREE COVER) llenarán el formulario de declaración jurada de salud (que puede estar inmerso en la solicitud de crédito), sin embargo no se tomarán en cuenta las respuestas médicas para realizar la suscripción, ni al momento del pago de siniestros y los prestatarios ingresarán automáticamente al seguro siempre y cuando estén reportados en los listados mensuales declarados por el Contratante, por lo que la Declaración Jurada de Salud solo aplicará como constancia de aceptación del cliente y designación de sus beneficiarios para el beneficio de Sepelio, por lo tanto, la aceptación y pago de siniestros para estos asegurados es automática y sin exclusiones.

COBERTURA AUTOMÁTICA:

Todos los préstamos desde \$us. 6.001.00 a \$us. 10.000.00 (INGRESO AUTOMATICO SI NO HAY OBERVACIONES) deberán contar con el formulario de declaración de salud debidamente llenado.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Para los casos que sean observados y que requieran exámenes complementarios se deberán seguir las siguientes condiciones:

Préstamos desde \$us. 10.001.00 a \$us. 20.000.00 en adición al formulario de declaración de salud se deberá solicitar examen de orina y sangre únicamente.

LIMITES DE EDADES**Muerte por cualquier causa:**

De ingreso: Desde los 18 años hasta los 70 años y 364 días.

De permanencia: Hasta los 75 años y 364 días.

Para incapacidad total y permanente:

De ingreso: Desde los 18 años hasta los 65 años y 364 días.

De permanencia: Hasta los 70 años y 364 días.

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD:

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

Cuando se trate 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 establecido en los Requisitos de Asegurabilidad, adicionalmente:

La DJS puede ser enviada para su aprobación dentro de los 365 días de haber sido llenada y firmada por el cliente. La aseguradora dará curso a la evaluación de dicho documento. Sobre ésta se podrán desembolsar operaciones por el periodo de un año, siempre y cuando los montos solicitados no superen el monto inicial aprobado, después de realizado el desembolso el formulario sobre ese crédito tiene validez indefinida.

Cuando exista una aprobación de la DJS por parte de la aseguradora, IMPRO - IFD tiene hasta 365 días para realizar el desembolso, pasado ese tiempo si el crédito no fue desembolsado se deberá hacer aprobar otra DJS.

Para los casos que no requieren aprobación de la aseguradora por tratarse de una afiliación automática. IMPRO - IFD puede desembolsar la operación dentro de los 365 días de haber sido llenada y firmada por el cliente. Pasado ese tiempo si el crédito no fue desembolsado se deberá hacer llenar con el cliente otra DJS.

Los exámenes médicos y análisis de laboratorio tienen una validez de 365 días. Dentro de esos 365 días solo se deberán realizar aquellos análisis que no se hubieran realizado para la edad y el monto nuevo de capital (considerando el cúmulo).

PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE ASEGURADOS

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

La Entidad Aseguradora se responsabiliza por el control de los incrementos en el capital asegurado de cada prestatario y por el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad y admisibilidad a través del cruce de información de su base de datos.

CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA

Conforme al Reglamento de Seguros de Desgravamen Hipotecario de la APS.

LINEAS DE CREDITO

Al otorgar la Línea de Crédito se realizará la suscripción considerando el monto total aprobado. Movimientos de la Línea de Crédito por debajo del monto aprobado, no requieren de nuevos requisitos de suscripción. En caso de incrementos en la Línea de Crédito deberán aplicarse nuevamente los requisitos de selección.

Para la evaluación del siniestro, se considerará la Declaración Jurada de Salud llenada y aprobada inicialmente.

PLAZO DE PRONUNCIAMIENTO PARA EL PAGO DE SINIESTROS.

Una vez que la compañía tenga toda la documentación requerida, tiene 5 (cinco) días hábiles para la evaluación y pronunciamiento; en su defecto se dará por aceptado el siniestro y no corresponderá la presentación de documentación adicional de parte del asegurado, En caso de que el pronunciamiento haya sido dentro de los 05 (cinco) días hábiles y como resultado la Compañía requiera documentación adicional o aclaraciones, ésta tendrá un plazo máximo de 03 (tres) días hábiles adicionales para su nuevo pronunciamiento una vez haya recibido la documentación o aclaración(es) respectiva(s); en su defecto, se dará por aceptado el siniestro y no corresponderá la presentación de documentación adicional de parte del asegurado.

PAGO DE SINIESTROS

El plazo para el pago de siniestros será realizado en 05 (cinco) días hábiles, computables a partir de la fecha de recepción de la toda la documentación requerida según lo establecido en la póliza de seguro.

En caso de siniestro, las respectivas indemnizaciones, serán reembolsadas al asegurado en la misma moneda señalada en cada operación de Crédito, es decir, en Dólares Estadounidenses y/o bolivianos.

CONDICIONES ADICIONALES

Errores y Omisiones: Se deja constancia por el presente texto que, en virtud a que el Tomador se compromete a realizar los esfuerzos para incorporar la totalidad de su cartera de prestatarios y las nuevas operaciones de préstamos a escala nacional, la Aseguradora se compromete a dar cobertura a aquellos casos en que se produzca algún error u omisión involuntario al formular la Declaración Mensual de Prestatarios y por lo tanto las primas no se hubieren cobrada.

La afiliación realizada por la Aseguradora con la condicionante del cobro de una extra prima, deberán ser incluidas en los reportes mensuales presentados por el Tomador. En los casos de ocurrencia de un siniestro y

que por error u omisión no se hayan reportado a la Aseguradora y/o cobrado estas extra primas, el Tomador aplicará la condición de Errores y Omisiones y la Aseguradora descontará de la liquidación del siniestro las extra primas no cobradas, no siendo causal del rechazo del siniestro esta condición.

Si el listado de asegurados adolece de errores y/u omisiones respecto a los nombres, como ser falta de nombre o apellido o haber omitido o invertido alguna letra en el nombre o apellido para el titular y/o codeudor, y o ausencia de información y/o firma en formulario de declaración jurada de salud y/o certificado de cobertura, y/o cualquier otro error en la información, no se afectarán los derechos del Tomador o de los beneficiarios en caso de indemnización por un siniestro cubierto.

Créditos en Mora: No obstante que el tomador podrá reportar en sus declaraciones mensuales los saldos de capital sobre los cuales es calculada la prima, en caso de fallecimiento o de incapacidad total permanente debidamente comprobada de algún prestatario cuya operación a la fecha de la eventualidad cubierta por esta póliza se encuentre en mora amparable por este seguro; el asegurador se compromete a indemnizar el monto correspondiente más los intereses corrientes adeudados por el prestatario desde el último pago que efectuó hasta la fecha de fallecimiento, excluyendo los intereses por mora, siempre y cuando se encuentren reportados en los listados mensuales y se haya pagado la prima correspondiente por ellos.

Cualquier observación sobre la información de la base de datos y de los listados por parte de la Entidad Aseguradora deberá ser informada por esta y por escrito al Contratante dentro de los cinco días corridos de haber recibido los listados, caso contrario se deslinda de cualquier responsabilidad a INCUBADORA DE MICROEMPRESAS PRODUCTIVAS - INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO (IMPRO - IFD) y la Entidad Aseguradora estará obligada a dar cobertura a todos los asegurados descritos en el listado.

Es responsabilidad de la Entidad Aseguradora el verificar en los listados enviados por el Contratante los incrementos de capital asegurado por cada prestatario, deslindando de cualquier responsabilidad a INCUBADORA DE MICROEMPRESAS PRODUCTIVAS - INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO (IMPRO - IFD).

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 deberá generar la liquidación en los siguientes 5 días.

CONDICIONES ESPECIALES

Estarán cubiertas todas las operaciones efectuadas por el Tomador desde la última declaración mensual hasta la inmediata siguiente, pudiendo ser comprobada a través del registro contable; lo que significa que las operaciones efectuadas entre las fechas de presentación de los listados y su recepción estarán cubiertas por el presente seguro.

El tiempo máximo para que la Aseguradora presente su respuesta en los casos de prestatarios que se aseguran de manera facultativa es de cinco (5) días como máximo, siempre y cuando los requisitos de asegurabilidad presentados estén completos y no sea necesario pedir información adicional para completar la evaluación de los casos.

Ante el siniestro de un asegurado con vigencia de cobertura ininterrumpida de dos años o más, la Compañía levanta la condición de presentar el Historial Clínico como requisito adicional para la evaluación del siniestro.

EXCLUSIONES O RESTRICCIONES:

Enfermedades preexistentes entendiéndose como tal, aquella que sea la causa u origen es anterior al desembolso y que ante una eventualidad prevista por esta póliza dentro de los dos primeros años de vigencia de su cobertura el siniestro no tendría cobertura. En consecuencia, este riesgo quedara cubierto a partir del primer día del tercer año de vigencia de la cobertura para cada asegurado.

La presente condición, tendrá aplicabilidad de manera retroactiva para todos los siniestros suscitados durante la vigencia de la presente póliza.

ANTIGÜEDAD DEL SINIESTRO:

Al momento de la ocurrencia de un siniestro en los casos en los cuales el asegurado tuviera diferentes créditos, para la evaluación de todos los desembolsos, se considerará el crédito con mayor antigüedad, tanto para carencia como indisputabilidad, siempre y cuando no se interrumpa la continuidad de los créditos.

DECLARACIONES JURADAS DE SALUD:

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

SISTEMA DE EMISION

La compañía que se compromete a trabajar con el sistema (tecnológico) de suscripción y afiliación que tiene la Institución por medio de su corredor para la afiliación automática y no automática de sus prestatarios al seguro de desgravamen y la compañía adjudicada está obligada adecuarse y conectarse al mismo, previo al inicio de vigencia la póliza de seguro contratada por la Institución con la aseguradora.

PERIODO DE GRACIA

Para el pago de primas se concede un periodo de gracia de treinta (30) días adicionales al previsto, computados a partir de la fecha de entrega del listado mensual por parte de la Institución. Durante este plazo la póliza permanecerá vigente.

EMPRESAS UNIPERSONALES:

Esta póliza se amplía a cubrir a todas las empresas unipersonales afiliadas al Seguro de Desgravamen Hipotecario siempre y cuando hayan cumplido con los requisitos de asegurabilidad y hayan sido declarados en el listado de pago de primas

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
- Clausulas
- Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Asegurado.

COSTO DE ADQUISICIÓN Y SERVICIO DE COBRANZA:

Se deberá contemplar para el cálculo de la tasa neta el costo de servicio de cobranza a favor de IMPRO - IFD (10%) por la recaudación de la prima de tarifa del seguro de Desgravamen Hipotecario para las coberturas establecidas y el costo de adquisición inherente a la comercialización de la póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario (15%), estos deben estar establecidos de acuerdo al límite determinado en la norma vigente.

Lugar y Fecha, La Paz, 26 de Febrero del 2021

FIRMAS AUTORIZADAS