

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**

Resolución Administrativa APS/DS/Nº 855/2016 del 28/06/2016
Código de Registro 206-934919-2016 06 069

1. POLIZA Nº: POLIZA Nº POL-DHRB-LP-0000001-2017-03/POLIZA Nº POL-DHR-LP-0000001-2017-03

2. TOMADOR: Banco Nacional de Bolivia S.A.

3. ASEGURADOS:

3.1 Prestatarios deudores y/o codeudores del Banco Nacional de Bolivia S.A. que contraten Créditos Hipotecarios de Vivienda, de Vivienda de Interés Social y Automotores, respaldados por contratos o registros de operaciones del Banco.

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

4. INICIO DE VIGENCIA: Desde Hrs. 00:01 del 01 de Abril de 2026

5. FIN DE VIGENCIA: Hasta Hrs. 24:00 del 31 de Marzo de 2029

6. DIRECCION TOMADOR: Av. Los Sauces Nro. 189 Zona La Florida, Edificio Banco Nacional de Bolivia

7. CIUDAD: La Paz – Bolivia

8. TELEFONO (S): (591) 2 2332323

9. LUGAR DE PAGO: La Paz – Bolivia

10. INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

10.1. RAZON SOCIAL: Nacional Seguros Vida y Salud S.A.

10.2. DIRECCIÓN: Av. Costanera Nº 21 entre calle 8 y 9, Calacoto

10.3. TELÉFONO: 261-0900

10.4. E-MAIL: eroa@nacionalseguros.com.bo

10.5. PAGINA WEB: www.nacionalseguros.com.bo

11. MATERIA DEL SEGURO

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

12. VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO:

12.1. Cartera Nueva: La vigencia individual de la cobertura para cada asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento de desembolso del préstamo por parte del Tomador 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 a los 60 días después de la fecha de vencimiento de pago de la misma. En caso de pérdida de cobertura por mora, el Asegurado podrá recuperar la cobertura pagando la totalidad de las primas debidas, sin necesidad de la realización de nuevos exámenes médicos u otro requisito.

12.2. Cartera Antigua: Todos los clientes del banco asegurados (deudores y codeudores) de las operaciones de crédito desembolsadas por el Tomador antes del inicio de la vigencia de esta póliza están automáticamente asegurados sin ningún tipo de limitación ni exclusiones bajo la presente póliza, por lo tanto, la vigencia individual de la cobertura para cada asegurado será mensual renovable automáticamente y se iniciará al momento de la suscripción de la presente póliza. Consecuentemente, la suscripción de los asegurados y el pago de siniestros son automáticos siempre y cuando se cumpla con la documentación que exige la presente póliza. Se considerarán con cobertura todos los clientes reportados y que pagaron la prima correspondiente hasta el 31/03/2026.

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. En caso de pérdida de cobertura por mora, el Asegurado podrá recuperar la cobertura pagando la totalidad de las primas debidas, sin necesidad de la realización de nuevos exámenes médicos u otro requisito.

13. 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 intereses devengados desde el último pago efectuado hasta la fecha de indemnización efectiva por parte de la compañía. La compañía de seguros cubrirá ciento veinte (120) días de intereses corrientes.

14. 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.

15. COBERTURAS BÁSICAS (considerando las exclusiones de la póliza):

	Tasa
- Fallecimiento por cualquier causa.	1.1% Anual
- Incapacidad Total y Permanente.	

16. COBERTURAS ADICIONALES:

- Sepelio sin exclusiones, con un valor asegurado de Bs 3,500.-

El pago del Sepelio es automático y como requisito solamente exige la presentación del Certificado de Defunción y la carta de Solicitud de Pago de Sepelio firmada por un familiar de primer grado del asegurado. Este beneficio aplica tanto para la Cartera Nueva como para la cartera Antigua.

17. BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO:

Banco Nacional de Bolivia S.A.

18. ALCANCE TERRITORIAL:

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

**SANTA CRUZ - LA PAZ - COCHABAMBA - SUCRE - TARIJA - TRINIDAD - ORURO - POTOSI
EL ALTO - COBIJA - RIBERALTA - MONTERO**

19. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

19.1. LÍMITES DE EDAD:

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.

19.2. 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 Slip de Cotización. La compañía de seguros efectuará el control de los límites de edad.

Cuando se trate de casos de mayor riesgo, la admisibilidad requerirá el cumplimiento de requisitos establecidos por la Aseguradora de acuerdo a la Tabla de Requisitos de Asegurabilidad, inciso 19.2.3. de esta póliza.

19.2.1. CARTERA ANTIGUA (Cartera de asegurados del Tomador hasta el 31 de marzo de 2026 a ser transferida a la entidad aseguradora adjudicada)

Se acepta y asegura de manera expresa y automática a todos los Deudores y/o Codeudores de la Cartera Antigua del Tomador de créditos Hipotecarios de Vivienda, de Vivienda de Interés Social y Automotores a transferirse hasta el 31 de marzo de 2026, sin exclusiones, sin importar el estado del riesgo y sin necesidad de que hubieran cumplido con los requisitos de asegurabilidad, sin limitar su ingreso por límites de capital asegurado ni por ninguna otra condición que vaya en desmedro del Tomador, siempre y cuando hayan sido declarados en el listado inicial de la cartera que es transferida por el Tomador a la compañía aseguradora, incluyendo a todos los Codeudores.

Se considera Cartera Antigua a los deudores y/o codeudores de todos los Créditos Hipotecarios de Vivienda, de Vivienda de Interés Social y Automotores que se encuentren declarados por el Tomador hasta el 31 de marzo de 2026.

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

19.2.2. CARTERA NUEVA (Asegurados a partir del 1 de abril de 2026)

- Desde Bs. 1 hasta Bs. 105.000	Free Cover*. Sujeto al llenado del Formulario de Solicitud /Declaración de Salud adhesión automática (Free Cover*).
- Desde Bs. 105.001 hasta Bs. 1.540.000	Sujeto al llenado del Formulario de Solicitud / Declaración de Salud.
- Desde Bs. 1.540.001 hasta Bs. 3.500.000	Sujeto a llenado del formulario de solicitud / Declaración de Salud y a los requisitos indicados en la Tabla de Requisitos de Asegurabilidad.
- Desde Bs. 3.500.001 en adelante	Sujeto llenado del Formulario de Solicitud / Declaración de Salud y a los requisitos indicados en Tabla de Requisitos de Asegurabilidad.

19.2.3. Tabla Requisitos de Admisibilidad:

Edad	Rango de monto del crédito o cúmulo	Requisitos Básicos	Laboratorio	Electrocardiograma	Informe Financiero
Hasta los 55 años	Desde Bs 1 HASTA Bs 105.000	Free Cover* - FS/DS			
	Desde Bs 105.001 hasta Bs 1.540.000	FS/DS			
	Desde Bs. 1.540.001 hasta Bs 3.500.000	FS/DS - EM + AO	VIH		
	Desde Bs. 3.500.001 en adelante	FS/DS - EM + AO	L+VIH	ECG	IF
Desde los 56 hasta los 70 años	Desde Bs 1 HASTA Bs 105.000	Free Cover* - FS/DS			
	Desde Bs 105.001 hasta Bs 1.190.000	FS/DS			
	Desde Bs. 1.190.001 hasta Bs 2.450.000	FS/DS - EM + AO	VIH		
	Desde Bs. 2.450.001 en adelante	FS/DS - EM + AO	L+VIH	ECG	IF

FS / DS: Formulario de Solicitud / Declaración de Salud

EM + AO: Examen médico + Análisis de Orina

L: Hemograma, Glucosa sanguínea en ayunas, Colesterol total, HDL, triglicéridos.

VIH: Análisis del Virus de Inmunodeficiencia Humana (SIDA)

ECG: Electrocardiograma

IF: Informe Financiero

* Se entiende por Free Cover a la condición de asegurabilidad para aquellos asegurados con créditos o cúmulos menores o iguales a Bs 105.000 que ingresarán al seguro sin requisitos de asegurabilidad, es decir, sin evaluación del estado de salud y sin exclusiones, 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; consecuentemente la aceptación y pago de siniestros para estos asegurados es automática.

19.2.4. Consideraciones adicionales.

Para montos de crédito o cúmulos desde Bs 105.001 hasta Bs. 1.540.000, se solicitará la aprobación expresa de la Aseguradora únicamente cuando alguna de las respuestas del formulario muestre agravación del riesgo de enfermedad, ocupación y pasatiempos de alto riesgo.

Para montos de crédito o cúmulos de más de Bs 1.540.000 se solicitará la aprobación expresa a la Aseguradora en todos los casos. La Aseguradora procederá a solicitar el cumplimiento de requisitos adicionales de admisibilidad de acuerdo a la Tabla de Requisitos de Asegurabilidad de la presenta póliza.

19.2.5. PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE FORMULARIOS:

Conforme a lo establecido en los Requisitos de Asegurabilidad. Adicionalmente:

- La Declaración de Salud puede ser enviada a la Aseguradora para su aprobación dentro de los 180 días de haber sido llenada y firmada por el cliente. La Aseguradora dará curso a la evaluación de dicho documento.
- Cuando exista una aprobación de la Declaración de Salud por parte de la Aseguradora, el banco tiene hasta 180 días para realizar el desembolso, pasado ese tiempo si el crédito no fue desembolsado se deberá hacer aprobar otra Declaración de Salud.

- Para los casos que no requieren aprobación de la Aseguradora por tratarse de una afiliación automática, el banco puede desembolsar la operación dentro de los 180 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 Declaración de Salud.
- Los exámenes médicos y análisis de laboratorio tienen una validez de 180 días. Dentro de esos 180 días sólo se solicitarán aquellos análisis y/o exámenes que no se hubiera realizado el asegurado para el nuevo monto de capital, considerando el cúmulo (si corresponde).

19.2.6. PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE ASEGURADOS:

La 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.

19.2.7. CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA:

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

20. CONDICIONES ADICIONALES:

20.1. 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 considerará dar cobertura a aquellos casos en que se produzca algún error u omisión involuntario al formular la Declaración Mensual de Prestatarios.

Las afiliaciones realizadas 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.

20.2. Información remitida a la entidad aseguradora:

El Tomador enviará mensualmente a la Aseguradora el listado de asegurados en la modalidad de mes vencido. Este listado comprenderá la prima cobrada a cada asegurado y estará elaborado de acuerdo a las condiciones establecidas por la APS y la Aseguradora.

Cualquier observación sobre la información de los listados mensuales de pago de primas del Tomador por parte de la Compañía Aseguradora deberá ser informada por esta por escrito al Tomador dentro de los tres días hábiles de haber recibido los listados, caso contrario, se deslinda cualquier responsabilidad del Tomador y la Aseguradora estará obligada a dar Cobertura a todos los asegurados descritos en el listado, con excepción de los casos que fueron rechazados durante el periodo del 01/04/2023 al 31/03/2026, donde la responsabilidad de la compañía solo será la devolución de primas correspondiente.

Es responsabilidad de la Aseguradora el verificar en los listados mensuales de pago de primas del Tomador los incrementos de capital asegurado por cada prestatario, deslindando de cualquier responsabilidad al Tomador.

20.3. Condiciones Especiales:

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.

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.

Ante la ocurrencia de un siniestro, para la verificación de pago de primas, se tomará en cuenta el reporte o base del mes anterior a la fecha de la ocurrencia del siniestro.

Los asegurados que fallecen en el mismo mes en el cual se realizó el desembolso del crédito, estos contarán con la cobertura del seguro de Desgravamen, siempre y cuando hayan cumplido con las condiciones y requisitos de asegurabilidad al momento de desembolso. Para estos casos la Compañía Aseguradora descontará de la liquidación del siniestro el importe de la prima según corresponda.

Ante el siniestro de un Asegurado con vigencia de cobertura de dos años o más ininterrumpidos, la Compañía levanta la condición de presentar el Historial Clínico como requisito adicional para la atención de siniestros.

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

Al momento de la ocurrencia de un siniestro, en los casos en los cuales el asegurado tuviera diferentes créditos vigentes, para la evaluación de todos los reclamos se considerará como antigüedad de estos, la antigüedad del primer desembolso.

La extemporaneidad en la denuncia de siniestros no aplica si el aviso del tomador, beneficiario o asegurado fuera realizado al corredor de seguros en los tiempos establecidos en la póliza de seguro, no pudiendo la Compañía de Seguros aplicar la extemporaneidad si el corredor diera aviso del siniestro con posterioridad a los tiempos que establece la póliza. La extemporaneidad tampoco aplicará como lo establece el código de comercio.

Los Créditos aceptados, que sean reprogramados durante la vigencia de este, no requieren ser evaluados nuevamente, salvo que se haya sobrepasado el límite del capital aceptado y los límites de edad de permanencia establecidos en la póliza; en estos casos la cobertura del seguro estará sujeta a una nueva evaluación al momento de la solicitud.

Es responsabilidad de cada prestatario realizar el pago de primas, según la periodicidad de pago de su crédito, para que así el Banco, reporte y cancele la prima de manera mensual, de acuerdo a la planilla acordada.

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 americanos y/o bolivianos; siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en la misma moneda del crédito.

El tomador cuenta con el derecho de solicitar una ampliación hasta 90 días después de concluida la vigencia de la póliza emitida bajo los mismos términos y condiciones.

20.4. 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 del Banco. Durante este plazo la póliza permanecerá vigente.

Si el asegurado fallece durante dicho plazo de gracia se deducirá del capital a indemnizar la prima devengada correspondiente a dicho periodo de gracia.

20.5. Primas:

Serán calculadas en forma mensual sobre el capital asegurado, según los reportes mensuales que proporcionará el Tomador al final de cada mes y a más tardar en los 30 días siguientes, debiendo el Tomador efectuar el pago respectivo como máximo hasta los 30 días posteriores a la presentación de los listados.

El Tomador cobrará las primas a los asegurados en modalidad anticipada y junto a las cuotas periódicas de sus respectivos créditos.

En los casos de afiliación facultativa la compañía comunicara la tasa a cobrar a cada deudor para que el Tomador calcule la respectiva prima.

20.6. 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; esta condición aplica únicamente a Créditos Automotores.

21. OBSERVACIONES:

Las primas de este seguro no constituyen hecho generador de tributo según el art. No 54 de la Ley de Seguros 1883 del 25 de Junio de 1998.

22. FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA:

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

23. COMISIÓN DE SERVICIO DE COBRANZA

El Tomador recibirá una comisión del 10% de la Tasa Neta por la recaudación de la prima de tarifa del seguro de desgravamen hipotecario para las coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento del Seguro de Desgravamen de la APS en su Anexo 4, Nota Técnica.

24. COMISIÓN DEL CORREDOR

La comisión que la Aseguradora pagará al Corredor de Seguros será de hasta el 15% sobre la prima de tarifa.

Lugar y Fecha: La Paz, 05 de Noviembre de 2025


Effren Nazir Roca Balcazar
JEFE REGIONAL TÉCNICO
NACIONAL SEGUROS
VIDA Y SALUD S.A.

FIRMAS AUTORIZADAS


Ruben Alfredo Roncal Rendón
GERENTE REGIONAL
NACIONAL SEGUROS
VIDA Y SALUD S.A.

CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Resolución Administrativa APS/DS/Nº855/2016 del 28/06/2016

Código de Registro 206-934919-2016 06 069

PÓLIZA Nº: POL-DHRB-LP-0000001-2017-03/POL-DHR-LP-0000001-2017-03

TOMADOR: BANCO NACIONAL DE BOLIVIA S.A.

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 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 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). 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 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 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 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 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, 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 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 años desde el momento de la fecha de desembolso del préstamo, y de la aceptación expresa o tácita de la Entidad Aseguradora.

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

Para efectos del cómputo del plazo mencionado precedentemente, se 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 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 Condicionado Particular de la Póliza se establezca una modalidad diferente. No incurre 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, aún 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 SUBROGABLES). 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 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.- (CONTROVERSIAS DE HECHO). Las controversias de hecho sobre las características técnicas del Seguro, serán resueltas a través del peritaje, 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.- (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 de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá fungir como instancia de conciliación, para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV100.000,00.- (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.- (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 su domicilio y al último domicilio establecido por el Asegurado o Tomador del Seguro.

CLÁUSULA 33.- (COMPUTO 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.

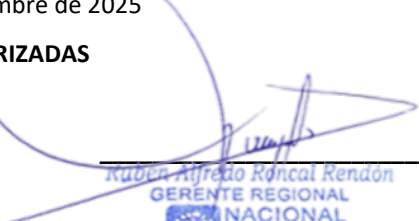
CLÁUSULA 34.- (DUPLICADOS DE PÓLIZAS Y CERTIFICADOS DE SEGUROS). La Entidad Aseguradora, a solicitud escrita y a costa del Tomador o Asegurado, extenderá duplicado legalizado de la póliza (Cláusulas, Certificados, etc.) en caso de robo, pérdida, destrucción u otros.

Asimismo, el Tomador y/o el Asegurado podrán requerir copia de la propuesta de seguro y sus declaraciones a la Entidad Aseguradora.

NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD S.A.

La Paz, 05 de noviembre de 2025

FIRMAS AUTORIZADAS

 _____ <i>Jeffrey Nazir Roca Balcazar</i> JEFE REGIONAL TÉCNICO  NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD S.A.	 _____ <i>Rubén Alfredo Rinaldi Rendon</i> GERENTE REGIONAL  NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD S.A.
---	--

TOMADOR

POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
POL-DHRB-LP-0000001-2017-03/POL-DHR-LP-0000001-2017-03

Formato Autorizado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - Resolución Administrativa APS/DS/N°855/2016
Código N° 206-934919-2016 06 069

COBERTURA ADICIONAL
GASTOS DE SEPELIO

Formato Autorizado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - RA APS/DS/N°1242/2019 del 23/07/2019
Código N° 206-934919-2016 06 069 1004

Se deja constancia por medio de la presente, que la póliza se extiende a cubrir los Gastos de Sepelio cuando ocurra la muerte por cualquier causa de EL ASEGURADO que hubiera contraído préstamos.

Exclusiones

La cobertura adicional de gastos de sepelio no considera exclusiones para EL ASEGURADO.

Límites de Edad

Ingreso: Desde: los 18 años

Hasta: los 70 años y 364 días

Permanencia: Hasta: los 75 años y 364 días

Valor Asegurado

Bs 3.500

Pago de Siniestro

Este beneficio será indemnizado al beneficiario designado ó herederos legales, cuando se presente la información detallada a continuación:

1. Certificado de defunción.
2. Documento de identidad (carnet de identidad o certificado de nacimiento) del asegurado.
3. Documento de identidad (Carnet de identidad o Certificado de nacimiento) del beneficiario.
4. Declaratoria de Herederos si no existieran Beneficiarios nominados en la Póliza.

Se deja claramente establecido que la indemnización de la cobertura adicional de los Gastos de Sepelio no representa una aceptación del pago de la cobertura principal de la Póliza, la misma que se sujetará a lo establecido en el certificado de cobertura y Condicionado General de la póliza principal.

Todos los demás términos y/o condiciones de la póliza, a excepción de lo expresamente variado por el presente anexo, se mantienen en vigor.

Lugar y Fecha, La Paz 05 de noviembre de 2025

FIRMAS AUTORIZADAS


Effren Nazir Roca Balcazar
JEFE REGIONAL TÉCNICO
 NACIONAL
SEGUROS
VIDA Y SALUD S.A.


Ruben Alfredo Roncal Rendón
GERENTE REGIONAL
 NACIONAL
SEGUROS
VIDA Y SALUD S.A.