



POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
POL-DHB-LP-000017-2017-00
POL-DH-LP-000017-2017-00

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DE CAPITAL ADICIONAL DE PAGO DE CUOTAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Formato Aprobado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Seguros y

Pensiones mediante Resolución Administrativa

APS/DS/Nº 504-2019 de 26.03.2019

Código N° 206-934919-2016 06 069 1004

CONTRATANTE: BANCO NACIONAL DE BOLIVIA S.A.
ASEGURADOS: Prestatarios de la Entidad de Intermediación Financiera

Se deja constancia por medio del presente anexo, que la póliza se extiende a otorgar el beneficio adicional de Incapacidad Temporal por Accidente o enfermedad para prestatarios sin relación de dependencia laboral, (trabajadores Independientes) de las operaciones crediticias aseguradas y reportadas por el Contratante. Esta cobertura adicional está sujeta a ser contratada de forma complementaria a la Cobertura de Fallecimiento por cualquier causa.

DEFINICIONES:

Trabajadores Independientes: Son trabajadores independientes todos los profesionales y no profesionales que desarrollan libre e individualmente, por cuenta propia, cualquier profesión, oficio, arte o ciencia, capaces de generar ingresos por la prestación de sus servicios, sin relación de subordinación ni exclusividad a un empleador determinado.

Definición Cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad Es aquella Incapacidad que sufra el Asegurado, a consecuencia de un accidente o de una enfermedad, que afecte el desempeño de su trabajo habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o en reposo absoluto y continuo en su domicilio, por prescripción de un médico legalmente autorizado e inscrito en el Colegio Médico de Bolivia.

La presente cobertura de incapacidad temporal se activa únicamente para el asegurado sin relación de dependencia laboral, quien tendrá derecho al pago de las cuotas del crédito en favor del contratante, siempre y cuando la incapacidad sea superior a treinta (30) días a consecuencia directa de un accidente o enfermedad.

COBERTURA:

Asegurar el pago de las cuotas mensuales de los deudores a consecuencia de incapacidad temporal por accidente o enfermedad (trabajadores independientes).

PERIODO DE CARENCIA: 30 días

SUMA ASEGURADA INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

Incapacidad Temporal por accidente o enfermedad, el pago de la indemnización se realizará de acuerdo a cuotas mensuales. Si la forma de pago del prestatario es diferente a la mensual, se convertirán a cuotas mensuales y se cubrirá el equivalente de hasta 6 cuotas mensuales, con un máximo de USD 2.500.00 por cuota y por persona. El monto indemnizable para cada cuota será equivalente a la primera cuota mínima mensual posterior a la fecha de Incapacidad. La forma de pago al contratante será realizada bajo dos alternativas: pago mensual o pago único.

LIMITE DE INGRESO Y PERMANENCIA

Límite de edad de Ingreso: Desde los 18 años Hasta los 65 años
Límite de edad de permanencia: Hasta los 70 años

EXCLUSIONES:

Para la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad Este contrato no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de Incapacidad Temporal por Accidente o enfermedad que resulte de:

- El fallecimiento del Asegurado.
- Accidentes por participar en: servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección, actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado.
- Este contrato no ampara accidentes que se originen por participar en actividades como:
 - Cuando el asegurado participe como tripulante, o mecánico en líneas áreas Privadas.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el asegurado.
 - Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres en las que participe directamente el asegurado. (Solo en caso de práctica deportiva)
 - Paracaidismo, buceo, alpinismo, esquí, tauromaquia, bungee jumping o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte

- Incapacidad debido a suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- Incapacidad derivada de las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- Incapacidad debido a Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de este contrato.
- Incapacidad debido a Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado si este se encuentra bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas o estupefacientes. Incapacidad debido a accidentes sufridos por el asegurado cuando este se encuentre bajo la influencia de enervantes, estimulantes o cualquier droga ilegal u otra sustancia similar, salvo que se demuestre que las mismas fueron usadas por el asegurado por razones de prescripción médica.
- Incapacidad debido a Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.
- Incapacidad producida o derivada de lesiones debido a la participación del asegurado en riñas o pleitos callejeros.
- Incapacidad debido a Padecimientos o condiciones preexistentes. Se excluye a las personas que sean empleados de tiempo completo y trabajen bajo un con-trato por tiempo indefinido para una empresa legalmente constituida. Se excluye el pago de cuotas mensuales en mora o atrasados o intereses debido a tales atrasos o moras.

No se podrá efectuar ninguna reclamación por incapacidad total temporal, durante el periodo de doce (12) meses siguientes a una reclamación anterior pagada por la compañía de seguros, para un mismo evento.

TASA MENSUAL:

0.318 % por mil mensual (aplicable al saldo insoluto declarado por la entidad financiera).

Los requisitos a presentar a la Compañía para reclamar la cobertura de INCAPACIDAD TEMPORAL son:

- a. Informe del Médico tratante que respalde los días de incapacidad así como estudios y laboratorios realizados.
- b. Certificado del Médico tratante detallando el origen de la incapacidad y el tiempo de la misma.
- c. Plan de Pagos (en caso de ser necesario).
- d. Copia de cédula de identidad del asegurado.
- e. Copia del contrato de préstamo (en caso de beneficiario a título oneroso).

La Compañía debe pronunciarse sobre el derecho del Asegurado o Beneficiario dentro de los (30) días de recibida la información y evidencias del Siniestro. Se dejar 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.

Se aclara que la presente cobertura es un beneficio adicional independiente a las coberturas básicas.

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

NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD S.A.

FIRMAS AUTORIZADAS



Mariana Jaitregui Quevedo
GERENTE REGIONAL
NACIONAL SEGUROS



María Elena Arreola Guzmán
GERENTE TECNICO NACIONAL
NACIONAL SEGUROS



POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
POL-DHB-LP-000017-2017-00
POL-DH-LP-000017-2017-00

COBERTURA DE
INDEMNIZACIÓN DE CAPITAL ADICIONAL DE PAGO DE CUOTAS POR
DESEMPLEO

Formato Aprobado por la Autoridad de
Fiscalización y Control de Seguros y Pensiones mediante R.A. APS/DS/Nº 504-
2019 de 26.03.2019
Código N° 206-934919-2016 06 069 1003

CONTRATANTE: BANCO NACIONAL DE BOLIVIA S.A.
ASEGURADOS: Prestatarios de la Entidad de Intermediación Financiera

Se deja constancia por medio del presente anexo que, la presente cobertura se extiende a cubrir el pago de las cuotas del crédito de los Asegurados en relación laboral de dependencia indefinida (Contrato Indefinido), con por lo menos doce meses de antigüedad en su trabajo y que por razones involuntarias hayan perdido su empleo. Esta cobertura adicional está sujeta a ser contratada de forma complementaria a la Cobertura de Fallecimiento por cualquier causa.

La indemnización proveniente de esta cobertura será hasta las primeras 6 cuotas mensuales adeudadas por el Asegurado al Contratante, de acuerdo al plan de pagos del crédito, si la forma de pago del prestatario es diferente a la mensual, se convertirán a cuotas mensuales y se cubrirá el equivalente de hasta 6 cuotas mensuales; con un máximo de USD 2.500.00 por cuota y por persona. El monto indemnizable para cada cuota será equivalente a la primera cuota mínima mensual posterior a la fecha del despido involuntario.

La edad límite para la presente cobertura es:

- * Ingreso: Desde: los 18 años Hasta: los 65 años
- * Permanencia: Hasta los 70 años
- * Tasa mensual: 0.318 ‰ Por mil mensual

Periodo de carencia: (30 días)

La responsabilidad del asegurador frente a reclamos presentados por esta cobertura, finalizará automáticamente en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- 1.- Si el asegurado en el curso del período de indemnización, vuelve a ser contratado en otra empresa.
- 2.- Si el asegurado ha sobrepasado la edad límite de permanencia establecida en las condiciones particulares.
- 3.- En la fecha de cancelación de la obligación del prestatario con el Contratante por las operaciones de crédito. Contraídas e incorporadas en esta póliza.

EXCLUSIONES:

- 1.- No cubre a trabajadores temporales, bajas médicas, propietarios, directores, comerciantes independientes o retiro por jubilación.
- 2.- Cierre de la empresa o despidos masivos.

Los requisitos a presentar a la Compañía para reclamar esta cobertura son:

- a. Copia del contrato de trabajo.
- b. Original del Finiquito y/o Memorandum original de Despido
- c. Plan de pagos.
- d. Copia de Carné de Identidad.

Se aclara que la presente cobertura es un beneficio adicional independiente a las coberturas básicas.

Todos los demás términos y/o condiciones de la póliza, a excepción de lo expresamente variado por el presente Anexo, que forma parte integrante e indivisible, se mantienen en todo su vigor.

NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD S.A.

FIRMAS AUTORIZADAS


Mariana Jaurégui Quevedo
GERENTE REGIONAL
NACIONAL SEGUROS


NACIONAL SEGUROS
María Elena Arsenio Guzmán
GERENTE TÉCNICO NACIONAL