

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
Resolución Administrativa APS/DS/N° 809 del 17 de Junio de 2016
Código de Registro 207 – 934920 – 2016 06 031

PÓLIZA N° : 80313

TOMADOR : Sembrar Sartawi IFD

ASEGURADOS : Prestatarios de Sembrar Sartawi IFD

INICIO DE VIGENCIA : Desde Hrs. 00:01 del 01 de abril de 2023

FIN DE VIGENCIA : Hasta Hrs. 24:00 del 31 de marzo del 2026

DIRECCIÓN TOMADOR : La Paz, Calle Pedro Salazar No. 509

CIUDAD : A nivel Nacional

TELEFONO (S) : 2419252

LUGAR DE PAGO : La Paz

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

RAZON SOCIAL : Alianza Vida Seguros y Reaseguros S.A.

DIRECCIÓN : Calle 6 Achumani esq. Juana Parada N° 683

TELÉFONO : (2) 2793232

FAX : (2) 2799991

E-MAIL : info@alianzaseguros.com

PÁGINA WEB : www.alianzaseguros.com.bo

MATERIA DEL SEGURO:

Clientes de Sembrar Sartawi IFD 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 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.

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 indemnización efectiva por parte de la compañía. La compañía de seguros cubrirá ciento veinte (120) 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.

COBERTURAS**COBERTURAS BÁSICAS** (considerando las exclusiones de la póliza)

	Tasa
-Fallecimiento por cualquier causa.	0,800‰ mensual
-Invalidez Total y permanente.	

COBERTURAS ADICIONALES

	Tasa
-Gastos de Sepelio.	0,00‰

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

BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO:

Sembrar Sartawi IFD

ALCANCE TERRITORIAL:

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

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

CARTERA ANTIGUA: Cartera de asegurados de Sembrar Sartawi IFD hasta el 31 de marzo de 2023, a ser transferida a Alianza Vida Seguros y Reaseguros S.A.

Se acepta y asegura de manera expresa y automática a todos los Deudores y/o Codeudores y/o Mancómunos, que hayan estado o no asegurados, de Sembrar Sartawi IFD de la Cartera Antigua de créditos hipotecarios de vivienda, de vivienda de interés social y automotores a transferirse hasta el 01 de abril de 2023, 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 Sembrar Sartawi 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 Mancómunos de todos los créditos de vivienda, créditos de vivienda de interés social y créditos automotores que Sembrar Sartawi IFD hubiera otorgado hasta el 31 de marzo de 2020.

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.

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

Para préstamos de \$us. 5.001,00 a \$us. 50.000,00 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. 5.001,00 hasta \$us. 50.000,00 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. 5.001,00, 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. 50.000,00 cuando corresponda, el asegurado deberá llenar un informe confidencial de su situación financiera, en las oficinas de la Compañía.

FREE COVER:

Todos los préstamos de \$us 0,01 a \$us. 5.000,00 (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. 5.001,00 a \$us. 50.000,00 (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. 5.001.00 a \$us. 50.000.00 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 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 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, Sembrar Sartawi 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. Sembrar Sartawi 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).

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE ASEGURADOS:

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

CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA:

Conforme al reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario.

LÍNEAS DE CRÉDITO

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.

PAGO DE SINIESTROS

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.

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.

AVISO DE SINIESTRO:

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado, el Tomador, tan pronto y a más tardar dentro de los 15 días calendario siguientes de tener conocimiento del siniestro, debe comunicar el mismo a la Compañía, salvo fuerza mayor o impedimento justificado

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 posteridad a los tiempos que establece la póliza. La extemporaneidad tampoco aplicará como lo establece el código de comercio.

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 Sembrar Sartawi 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.

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA:

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



Jaime Jose Antonio Trigo Flores
APODERADO

ALIANZA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.



Alejandro Fabián Ybarra Carrasco
GERENTE GENERAL

ALIANZA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.



Oscar Pammo Velarde
GERENTE DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SEMBRAR SARTAWI IFD

FIRMAS AUTORIZADAS
FIRMA AUTORIZADA SEMBRAR SARTAWI IFD

ANEXO ACLARATORIO POLIZA DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO N° 80313

Mediante el presente anexo que pasa a constituir parte integrante e indivisible de la póliza mencionada en el rubro, se acuerda y conviene aclarar los siguientes puntos:

ASEGURADOS: Deudores, codeudores y/o mancomunados de la cartera de Créditos

Prestatarios DEUDORES y/o codeudores y/o mancomunados de Sembrar Sartawi 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 o 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 abril de 2023
FIN DE VIGENCIA : 31 de marzo del 2026

La vigencia es aproximadamente por tres años partir de la suscripción de la Póliza, con gestiones anuales. La póliza podrá ser renovada en forma automática a su vencimiento anual, salvo que una de las partes notifique a la otra, con (15) quince días de anticipación de la fecha aniversario mensual, su decisión de no hacerlo.

En caso de que la Compañía opte por la no renovación, ésta se compromete, a petición del Tomador a mantener la cobertura en las mismas condiciones por un plazo adicional máximo de SESENTA DÍAS.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO:

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.

Es responsabilidad de la Compañía de Seguros el verificar en los listados mensuales de pago de primas de Sembrar Sartawi IFD los incrementos de capital asegurado por cada prestatario, deslindando de cualquier responsabilidad a Sembrar Sartawi IFD.

Condiciones Especiales:

Estarán cubiertas todas las operaciones efectuadas por Sembrar Sartawi IFD desde la última declaración mensual (incluida esta última) 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 Compañía presente su respuesta en los casos de prestatarios que se aseguran de manera facultativa es de tres (3) 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.

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 Sembrar Sartawi IFD.

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.

Primas:

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.

9

COBERTURAS ADICIONALES

Sepelio, con un valor asegurado de Bs. 2.100.- o \$us 300 ante el fallecimiento del asegurado y/o su conyugue (así no se encuentre asegurada). En el caso de mancómunos 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.

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.

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.

Créditos en Mora:

Los créditos en mora serán cubiertos siempre y cuando el asegurado haya sido declarado y haya pagado la prima correspondiente.

Información remitida a la Compañía de Seguros:

Sembrar Sartawi IFD enviará mensualmente a la compañía 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 compañía aseguradora.

Cualquier observación sobre la información de los listados mensuales de pago de primas de Sembrar Sartawi IFD por parte de la compañía aseguradora deberá ser informada por esta por escrito Sembrar Sartawi IFD dentro de los dos días corridos de haber recibido los listados, caso contrario, se deslinda cualquier responsabilidad de Sembrar Sartawi IFD y la Compañía de Seguros estará obligada a dar Cobertura a todos los Asegurados descritos en el listado.

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

SEMBRAR SARTAWI IFD cobrará las primas a los asegurados junto a las cuotas periódicas de sus respectivos créditos, efectuadas en la moneda pactada entre el Tomador y el prestatario, establecidas en dólares americanos 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 y se considerara el Tipo de Cambio oficial

En los casos de afiliación facultativa la compañía comunicará la tasa neta a cobrar a cada deudor para que SEMBRAR SARTAWI IFD calcule la respectiva prima.

VIGENCIA DE LOS FORMULARIOS

Todos los formularios llenados, tendrán una validez de un año por cliente, es decir que una vez llenado un formulario o una declaración de salud, sobre esta 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 la misma validez que el plazo del crédito.



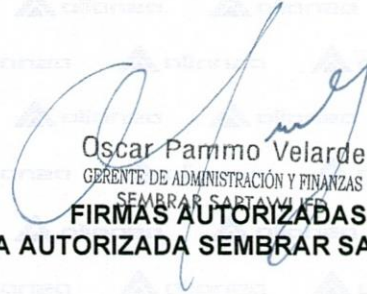
Jaime Jose Antonio Trigo Flores
APODERADO

ALIANZA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.



Alejandro Fabián Ybarra Carrasco
GERENTE GENERAL

ALIANZA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.



Oscar Pammo Velarde
GERENTE DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SEMBRAR SARTAWI IFD

FIRMAS AUTORIZADAS
FIRMA AUTORIZADA SEMBRAR SARTAWI IFD

PÓLIZA N° : 80313

TOMADOR : SEMBRAR SARTAWI IFD

CONDICIONES GENERALES

Resolución Administrativa APS/DS/N° 809 del 17 de Junio de 2016

Código de Registro 207 – 934920 – 2016 06 031

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) 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 autorizada por 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 de 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).

Fallecimiento por cualquier Causa

COD: 207 – 934920 – 2016 06 031 1001

Invalidez Total y Permanente

COD: 207 – 934920 – 2016 06 031 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 de 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 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 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 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 automáticamente 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 comunicado 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 Seguros 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 en el 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 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 de 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 PÉRDIDA DE COBERTURA DEL CONTRATO). Una vez que la Entidad Aseguradora asume los riesgos derivados del Certificado de Cobertura Individual, esta no podrá modificar las condiciones del contrato, ni podrá rescindir del 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).

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 de 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.- (SUICIDO). 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 del 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 de vigencia del Seguro, o de manera posterior a la conclusión de la vigencia del seguro, la Entidad Aseguradora no responde por la indemnización.

Para 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 suscito 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 pruebe 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 indicando, 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, omite dar el aviso dentro del plazo establecido, con el fin de impedir la comprobación oportuna de las circunstancias del siniestro.

CLÁUSULA 22.- (REQUERIMIENTOS Y LIMITES 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 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 dejara constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efecto del cómputo de plazos.

El plazo de (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del Siniestro o con la solicitud de la Entidad Aseguradora al Asegurado para que se complemente 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.- (PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN). El Asegurado o Beneficiario pierde el derecho a la indemnización o pago de las prestaciones convenidas, cuando:

- Provoquen dolosamente el siniestro;
- Oculte o altere, maliciosamente, en la verificación del siniestro, los hechos y circunstancias relacionados al aviso del siniestro y la documentación requerida por la Entidad Aseguradora.
- 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.- (CONTRAVERSIA 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 UFV 100.000,000.- (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.- (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 de sus declaraciones a la Entidad Aseguradora.



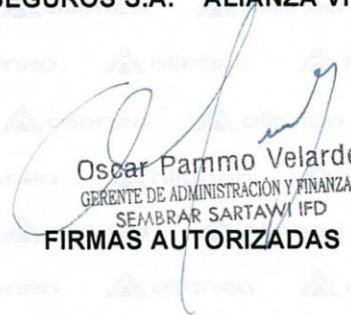
Jaime Jose Antonio Trigo Flores
APODERADO

ALIANZA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.



Alejandro Fabián Ybarra Carrasco
GERENTE GENERAL

ALIANZA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.



Oscar Pammo Velarde
GERENTE DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SEMBRAR SARTAWI IFD
FIRMAS AUTORIZADAS