

**SLIP DE COTIZACIÓN**

**SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN PARA CRÉDITOS HIPOTECARIO DE VIVIENDA, VIVIENDA DE INTERES SOCIAL Y AUTOMOTORES**

<b>TOMADOR:</b>	INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO “IDEPRO IFD”
<b>ASEGURADOS:</b>	<p>Prestatarios del tomador de la póliza, sin distinción de sexo, profesión y ocupación u domicilio, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza.</p> <p>En caso de créditos con codeudores y/o mancomunados, cada uno de los deudores es responsable solidario por el 100% de la deuda.</p>
<b>INICIO DE VIGENCIA:</b>	01/04/2024.
<b>FIN DE VIGENCIA:</b>	De acuerdo con la alternativa de la vigencia de la póliza.
<b>DIRECCIÓN TOMADOR:</b>	Campos N°132 San Jorge, de la ciudad de La Paz, del departamento de La Paz.
<b>CIUDAD:</b>	La Paz, del departamento de La Paz.
<b>TELÉFONO(S):</b>	(591 2) 2430615 – 2430725
<b>VIGENCIA DE LA POLIZA:</b>	<b>OPCION 1:</b> 1 año a partir de las 00:00 horas del 01/04/2024. <b>OPCION 2:</b> 3 años a partir de las 00:00 horas del 01/04/2024.
<b>TASA:</b>	
<b>CAPITAL ASEGURADO:</b>	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 Colectivo de Desgravamen para Créditos Hipotecarios de Vivienda, de Vivienda de Interés Social y Automotores, al Valor del Saldo Insoluto de la deuda más los intereses devengados; y para las coberturas Adicionales, corresponderá al valor establecido en el certificado de Cobertura Individual.
<b>BENEFICIARIOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>A título oneroso:</b> INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO “IDEPRO IFD” por el saldo del préstamo a la fecha de siniestro.</li><li>• Beneficiarios nominados o en su defecto herederos legales del Asegurado.</li></ul>

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

**VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO:** La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento del desembolso del Préstamo por parte de la Entidad de Intermediación Financiera a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizando en el momento de la extinción de la operación de préstamo.

Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente sesenta 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.

**MONEDA:** La moneda del contrato, será en bolivianos y/o dólares estadounidenses, como así también la forma de pago puede ser en bolivianos o dólares estadounidenses, de acuerdo con la moneda con la que se realizó el desembolso.

**TASA:**

ASEGURADOS	TASA	
	ALTERNATIVA 1	ALTERNATIVA 2
TASA TITULAR	XXXX	XXXX
TASA TITULAR Y 1 CODEUDOR	XXXX	XXXX
TASA TITULAR Y 2 CODEUDORES	XXXX	XXXX
TASA TITULAR Y 3 CODEUDORES	XXXX	XXXX
TASA TITULAR Y 4 CODEUDORES	XXXX	XXXX
TASA TITULAR Y 5 CODEUDORES	XXXX	XXXX
TASA TITULAR Y 6 CODEUDORES	XXXX	XXXX
TASA TITULAR Y MAS DE 6 CODEUDORES	XXXX	XXXX

**COBERTURAS:** **BÁSICAS:**

- Fallecimiento por cualquier causa.
- Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

**ADICIONALES**

- **Gastos de Sepelio.** Bs. 2.100 pagados al primer fallecimiento.

El pago de este beneficio no representa una aceptación del pago de la cobertura básica. El beneficio de sepelio no considera exclusiones para los prestatarios.

**REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD: RESPECTO A LOS LÍMITES DE EDAD**

**Cobertura de muerte y sepelio:**

- Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 70 años y 364 días
- Permanencia: Hasta cumplir los 75 años y 364 días

**Invalidez total y permanente:**

- Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 65 años y 364 días
- Permanencia: Hasta cumplir los 70 años y 364 días

**RESPECTO AL MONTO DEL PRÉSTAMO**

**CARTERA ANTIGUA.** – Las operaciones desembolsadas antes del inicio de vigencia de la presente póliza serán aceptadas bajo cobertura sin ningún tipo de requisito de asegurabilidad y manteniendo las condiciones con las que fueron otorgadas, sin embargo, si la tasa ofertada se constituye en beneficio para el asegurado, el tomador de la Póliza podrá realizar el cambio necesario al plan de pagos del cliente.

En caso de un siniestro de la Cartera antigua, se aplicará para su análisis las condiciones dadas en la presente póliza.

**FREE COVER.** - Para préstamos desde USD 1.- hasta USD. 12.000.- o hasta Bs. 84.000.-, no se requiere Declaración Jurada de Salud, ni aceptación expresa de parte de la Compañía; por lo tanto, los prestatarios ingresarán automáticamente y el llenado de la Declaración Jurada de Salud solo aplicará como constancia de aceptación del cliente y designación de sus beneficiarios.

**ACLARACIONES DE FREE COVER.** - Se entiende por Free Cover, a aquellos créditos o cúmulos que no superen los rangos señalados y que ingresarán al seguro sin cumplir requisitos de asegurabilidad; es decir, sin evaluación del estado de salud y sin exclusiones. Por lo tanto, la aceptación y pago de siniestros es automático, siempre y cuando el asegurado esté reportado en las planillas mensuales de asegurados declarados por el Tomador y se encuentre dentro de los límites de edad establecidos.

**APROBACIÓN AUTOMÁTICA.** – Para préstamos desde USD. 12.000,01 o Bs. 84.000,01 hasta USD. 50.000,00 o Bs. 350.000,00 que no presenten respuestas positivas en el formulario de Declaración Jurada de Salud y la edad de los solicitantes se encuentren dentro de los parámetros establecidos en la póliza, corresponderá a la INSTITUCIÓN FINANCIERA DE DESARROLLO “IDEPRO IFD” realizar la revisión y autorización de los formularios. En caso de que esta Declaración presente alguna observación, deberá ser enviada a la Aseguradora para su aprobación.

Se deja claramente establecido que el límite de IMC para una aprobación automática será de           

**CASOS FACULTATIVOS.** – Para préstamos desde USD. 50.000,01 o Bs. 350.000,01 la cobertura quedará sujeta al llenado y firma de la Declaración Jurada de Salud de cada solicitante y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad fijados por la Compañía, conforme a información detallada dentro del presente punto.

El costo de los exámenes médicos y otros análisis solicitados, correrán por cuenta de la Compañía de Seguros con excepción de los informes médicos por patologías de base de las personas a asegurar.

**VIGENCIA DE LOS FORMULARIOS:**

Todos los formularios llenados, tendrán una validez de un año por cliente, es decir que, una vez aprobado un formulario o declaración de salud, sobre esta se podrá desembolsar operaciones por el lapso 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 de crédito.

Los exámenes médicos y análisis de laboratorio tienen una validez de 365 días.

**LÍNEAS DE CRÉDITO**

Se considerará el monto total aprobado para cada línea de crédito, no siendo necesario un nuevo análisis por parte de la Aseguradora para cada desembolso bajo línea.

En caso de incremento de la línea se deberá aplicar nuevamente los requisitos de asegurabilidad.

**AVISO DE SINIESTRO** En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente o invalidez temporal del Asegurado, el tomador, tan pronto y a más tardar dentro de los 30 días calendario siguientes de tener conocimiento del siniestro, debe comunicar el mismo a la compañía, salvo fuerza mayor o impedimento justificado, caso contrario la compañía se libera de cualquier responsabilidad indemnizatoria por extemporaneidad.

**PLAZO PARA PRONUNCIARSE:**

Una vez que la Compañía tenga toda la documentación requerida, tiene 10 días hábiles para la evaluación y el pronunciamiento, en su defecto se dará por aceptado el siniestro y no corresponderá la presentación de documentación adicional.

En caso de que la Compañía solicite documentación adicional, el plazo para pronunciarse correrá a partir de la recepción de la documentación solicitada.

**PAGO DE SINIESTROS:** El plazo para el pago de siniestros será realizado dentro de los 5 días hábiles posteriores a la aceptación del reclamo, ya sea esta aceptación realizada de manera formal por la Aseguradora o por Aceptación por silencio del Asegurador.

Este pago se realizará mediante transferencia bancaria.

**CLAUSULAS ADICIONALES:**

- **Refinanciamiento o reprogramación ASFI/669/2021.-** Se deja constancia por el presente texto que, en virtud de que el Tomador tiene operaciones diferidas o prorrogadas sujetas al proceso de refinanciamiento o reprogramación, señalado en la circular ASFI/669/2021, gozaran de cobertura siempre y cuando se regularicen las primas del seguro.
- **Primas 0.-** Se deja constancia por el presente texto que, en virtud de que el Tomador reporta prima 0 en las siguientes operaciones: operaciones en prorroga, operaciones cuya periodicidad es diferente a la mensual y operaciones desembolsadas en el mes del reporte, gozaran de cobertura siempre y cuando se regularicen las primas del seguro.
- **Fusión de operaciones.** - Se deja constancia por el presente texto que, en virtud de que el Tomador realiza fusión de operaciones por reprogramación, gozaran de cobertura siempre y cuando se regularicen las primas del seguro.
- **Errores u omisiones.** – Se deja constancia por el presente texto que, en virtud de que el Tomador se compromete a realizar todos 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 se produzca algún error u omisión involuntaria al formular la Declaración Mensual de Prestatarios y por lo tanto las primas no se hubiesen cobrado.

En los casos de que la ocurrencia de un siniestro, en el que por error u omisión no se haya cobrado una extra prima impuesta por la Aseguradora al momento de la afiliación al seguro, se aplicará la presente clausula, descontado de la liquidación del siniestro las extra primas no cobradas no constituyendo este error causal de rechazo.

Si la declaración del contratante, contenida en las listas de asegurados o base de datos, adolece de errores y/u Omisiones respecto a los nombres, como ser falta de un nombre o un apellido o haber omitido o invertido alguna letra en el nombre o apellido para el titular. Ausencia de información parcial o total y/o formularios o Firma en la Declaración Jurada de Salud y/o Certificado de Cobertura, y/o cualquier otro error en la información, no se afectan los derechos del Tomador en caso de indemnización por un siniestro cubierto.

- **PRESENTACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA.** – Ante la ocurrencia de un 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.
- **EXTRA-PRIMA.** - Solo se aplicarán recargos a la prima para los casos en los que el riesgo agravado implique un incremento superior al 100% de la tasa base.

- Créditos hasta USD 50.000.- no se requerirán exámenes médicos sólo formulario de solicitud de seguro y declaración jurada de salud.
- **EXCLUSIONES O RESTRICCIONES.** – Quedan excluidas las enfermedades preexistentes, conocidas por el Asegurado y que hayan sido omitidas al momento del llenado de la Declaración Jurada de Salud y que sean la causa u origen de la eventualidad prevista por esta póliza dentro de los primeros años de vigencia ininterrumpida de la cobertura de la póliza individual. En consecuencia, este riesgo queda cubierto a partir del primer día del tercer año de vigencia del seguro para cada asegurado.
- El suicidio tendrá cobertura a partir del primer día del segundo año de vigencia ininterrumpida de la cobertura para cada asegurado. Esta condición será aplicada para todas las coberturas de la 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, para la evaluación de la 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” a todos los prestatarios aceptados dentro de la cobertura de seguro. Queda convenido que la ausencia de este documento no constituye por si solo causal de rechazo en caso de siniestro.
- **SISTEMA DE EMISIÓN.** – La compañía se compromete a trabajar con el sistema (tecnológico) de suscripción y afiliación que tiene la institución, para la afiliación automática y no automática de sus prestatarios al seguro de desgravamen y la Compañía adjudicada está obligada a adecuarse y conectarse al mismo, previo al inicio de vigencia.
- **AVISO DE SINIESTRO.** - Ampliación a 30 días.