

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DS/N° 687-2016
La Paz, 31 MAY 2016

APRUEBA EL REGLAMENTO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN

Tramite N° 50099

VISTOS:

La Ley de Seguros No. 1883, la Ley de Servicios Financieros No. 393, la Resolución Administrativa IS No. 381 de 9 de diciembre de 1999, el Informe Técnico APS.DS.JTS/1276/2016 de 27 de mayo de 2016 y el informe legal INF.DJ/423/2016, de 30 de mayo de 2016, y todo lo demás que convino ver y se tuvo presente.

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia promulgada el 07 de febrero de 2009, en su artículo 45, señala que la dirección y administración de la seguridad social, corresponde al Estado; la cual se regirá bajo las leyes y los principios de Universalidad, Integralidad, Equidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Economía, Oportunidad, Interculturalidad y Eficacia.

Que, el Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, determina la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco de lo establecido en la Constitución Política del Estado.

Que, conforme el Decreto Supremo N° 0071 de 09 de abril de 2009, se crea la ex Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones - AP como una institución que fiscaliza, controla, supervisa y regula la Seguridad Social de Largo Plazo, considerando la Ley N° 065, Pensiones, la Ley N° 3791 de 28 de noviembre de 2007 de la Renta Universal de Vejez; y sus reglamentos en tanto no contradigan lo dispuesto en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Que, de acuerdo al artículo 167 de la Ley N° 065, de Pensiones, de 10 de diciembre de 2010, la Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones - AP se denominará en adelante Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS y asumirá las atribuciones, competencias, derechos y obligaciones en materia de seguros de la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero - ASFI.



CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 1883, de Seguros, tiene como objeto regular la actividad aseguradora, reaseguradora, de intermediarios, auxiliares y entidades prepago para que cuenten con la suficiente credibilidad, solvencia y transparencia garantizando un mercado competitivo, de igual forma, determina derechos y deberes de las entidades aseguradoras y establece los principios de equidad y seguridad jurídica para la protección a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro.

Que, el artículo 12 de la citada Ley, establece en el inciso f) que las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras tiene la obligación de registrar ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros todo servicio, seguro o plan de seguros.

Que, el artículo 13 de la aludida disposición normativa, establece como una de las actividades permitidas a las Entidades Aseguradoras determinar libremente sus tarifas, debiendo cumplir con sus bases técnicas.

Que, el artículo 38 de la citada Ley determina que la equidad en las relaciones entre los asegurados, tomadores y beneficiarios de seguros y las Entidades Aseguradoras, se concretará en la regulación del contrato de seguro por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.

Que, el artículo 43 de la Ley N° 1883, de Seguros, en su inciso d) determina como atribución de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, la de supervisar las actividades, pólizas de seguros y los contratos en general realizados por las entidades bajo su jurisdicción. Asimismo, en su inciso g) determina como atribución establecer y actualizar métodos de cálculo de los factores y parámetros técnicos de los seguros.

Que, el artículo 3 del Decreto Supremo N° 25317, determina que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, tiene como finalidad entre otras, la de vigilar la correcta prestación de los servicios y venta de productos por parte de las personas y entidades reguladas y, proteger a las personas individuales y colectivas que tomen los servicios, compren los productos o se relacionen con las actividades y operaciones sectoriales de las personas y entidades sujetas a regulación.

Que, la Resolución Administrativa IS N°172 de 16 de abril de 2001, aprueba el Reglamento de Seguros Colectivos, entre los que se encuentra el de desgravamen hipotecario.



CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 393 de Servicios Financieros, en su artículo 64 dispone que las Entidades Financieras en ningún caso podrán aplicar comisiones, tarifas, primas de seguros y otros cargos a consumidores financieros, por conceptos no solicitados o no pactados por estos.

Que, la citada Ley en su artículo 87 determina que todo seguro colectivo a ser tomado por las Entidades de Intermediación Financiera por cuenta de clientes, deberá realizarse a través de licitación pública, de acuerdo a pólizas uniformes establecidas conforme la normativa emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, y que las entidades de intermediación financiera no podrán cobrar bajo ningún concepto sumas adicionales a la prima establecida por la entidad aseguradora que obtenga la licitación.

Que, el Seguro de Desgravamen Hipotecario, es un seguro colectivo que tiene por objeto cubrir mediante una póliza, suscrita entre el Tomador y la Entidad Aseguradora a múltiples asegurados.

Que, de manera general el Seguro de Desgravamen Hipotecario es contratado por Entidades de Intermediación Financiera (Tomador-Beneficiario) para garantizar el pago de la deuda contraída en caso de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado (Prestatario).

Que, desde la emisión de la Resolución Administrativa IS N° 381 de 9 de diciembre de 1999, se ha evidenciado un crecimiento considerable en el uso de las pólizas de Seguro de Desgravamen Hipotecario, viéndose la necesidad de actualizar la norma e incorporar otros aspectos que en su momento no fueron considerados.

CONSIDERANDO:

Que, la Resolución Ministerial Jerárquica MEFP/VPSF/URJ-SIREFI N° 053/2015, anuló las Resoluciones Administrativas APS/DJ/DS/N° 200/2015 de 20 de febrero de 2015, APS/DJ/DS/N° 213/2015 de 23 de febrero de 2015, APS/DJ/DS/N° 215/2015 de 23 de febrero de 2015 y APS/DJ/DS/N° 200-A/2015 de 20 de febrero de 2015, que resolvían los recursos de revocatoria planteados contra el Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 978/2014 de 22 de diciembre de 2014, disponiendo se emita una nueva Resolución ajustándose a derecho.

Que, mediante Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 948-2015 de 2 de octubre de 2015, se deja sin efecto la Resolución Administrativa APS/DJ/DS/N° 978-2014 de 22 de diciembre de 2014 que aprobó el Reglamento del Seguro de

Patricia V. Mirabal F.
Rigoberto H. Paredes L.
Nelson V. Mirabal F.
Luis A.
Carlos Colante R.
Frederico Barrientes P.

Desgravamen Hipotecario, manteniéndose vigente la Resolución Administrativa IS N° 381 de 9 de diciembre de 1999.

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 168 de la Ley N° 065, de Pensiones, establece las funciones y atribuciones asignadas al Organismo de Fiscalización en materia de pensiones y seguros, entre las que se encuentra, fiscalizar, supervisar, regular, controlar, inspeccionar y sancionar a la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, Entidad Pública de Seguros, Entidades Aseguradoras u otras entidades bajo su jurisdicción, de acuerdo a la Ley de Pensiones, Ley de Seguros y los reglamentos correspondientes.

Que, el parágrafo I del artículo 169 de la referida Ley establece que el Organismo de Fiscalización estará representado por una Directora o Director ejecutivo, quien se constituirá en la Máxima Autoridad Ejecutiva de la entidad y ejercerá la representación institucional.

Que, en virtud de la normativa enunciada, mediante Resolución Suprema N° 15661 de 28 de julio de 2015, la Dra. Patricia Viviana Mirabal Fanola, ha sido designada como Directora Ejecutiva de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.

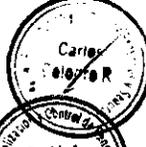
POR TANTO:

LA DIRECTORA EJECUTIVA DE LA AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS – APS, EN USO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LEY,

RESUELVE:

PRIMERO.- Aprobar el Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario, así como el texto único y uniforme de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario que será de aplicación obligatoria para toda Entidad Aseguradora que opera en la modalidad de Seguros de Personas, que tenga interés en participar en procesos de licitación pública efectuados obligatoriamente por Entidades de Intermediación Financiera para la contratación del Seguro de Desgravamen Hipotecario, por cuenta de sus clientes. Este Reglamento y sus anexos forman parte indivisible de la presente Resolución Administrativa.

SEGUNDO.- Las Entidades Aseguradoras que operan en la modalidad de Seguros de Personas que al presente comercializan pólizas de Seguro de Desgravamen Hipotecario o tengan interés en la comercialización de dicho seguro, deberán presentar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS hasta el 10 de junio de 2016, el texto único y uniforme de la póliza de Seguro de



Desgravamen Hipotecario y las respectivas notas técnicas para su correspondiente aprobación y registro en el marco de lo dispuesto en el Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario, aprobado por la presente Resolución.

TERCERO. Toda póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario que haya sido comercializada antes de la entrada en vigencia de la presente Resolución Administrativa, se mantendrá firme y subsistente hasta la finalización de su vigencia, siempre y cuando la misma no exceda el 30 de noviembre de 2016.

Aquellas Pólizas de Seguro de Desgravamen Hipotecario que tuvieran vigencia posterior al 30 de noviembre de 2016, deberán ser rectificadas en su plazo, modificándose la fecha que tuvieran por el 30 de noviembre de 2016, sin cargo alguno para ninguna de las partes.

Para el caso de las pólizas de Seguro de Desgravamen Hipotecario cuya vigencia concluirá entre la fecha de la presente Resolución y el 30 de noviembre de 2016, las partes podrán acordar la extensión de la vigencia hasta el 30 de noviembre de 2016, sin que implique ningún cargo extraordinario para ninguna de las partes.

CUARTO.- Se deja sin efecto las Resoluciones Administrativas IS N° 381 de 9 de diciembre de 1999; IS N° 194 de 19 de septiembre de 2002 y cualquier otra contraria a la presente Resolución Administrativa.

QUINTO.- A partir del 01 de diciembre de 2016, quedan sin efecto todas las pólizas de Seguro de Desgravamen Hipotecario aprobadas con anterioridad a la presente Resolución.

SEXTO.- Se dispone la notificación con la presente Resolución Administrativa a la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero – ASFI.

SEPTIMO.- El incumplimiento a la presente Resolución Administrativa será sancionado de acuerdo a lo dispuesto por el Reglamento de Sanciones del Sector Seguros.

OCTAVO.- Queda encargada del cumplimiento de la presente Resolución la Dirección de Seguros.

Regístrese, notifíquese y archívese.

PMF/RPLL/NMV/FBP/LAC/NRM/CCR



Dra. Patricia V. Mirabal Fanola
DIRECTORA EJECUTIVA
Autoridad de Fiscalización y Control
de Pensiones y Seguros - APS

REGLAMENTO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

ARTÍCULO 1.- (ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL REGLAMENTO). Las disposiciones contenidas en el presente reglamento se aplican al Seguro de Desgravamen Hipotecario de Vivienda y Automotores comercializado por las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas autorizadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, en el ámbito de aplicación del Artículo 87° de la Ley N° 393 de Servicios Financieros y demás disposiciones legales vigentes.

ARTÍCULO 2.- (DEFINICIONES). Para efectos del presente Reglamento, se establecen las siguientes definiciones:

APS: Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.

ASFI: Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero.

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.

Capacidad de Trabajo: Es la aptitud del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

Capital Asegurado: Para la cobertura de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente de la póliza de Desgravamen Hipotecario corresponderá al Valor del Saldo Insoluto de la Deuda; y para las Coberturas Adicionales corresponderá al valor establecido en el Certificado de Cobertura Individual.

Certificado de Cobertura Individual: Documento y/o mecanismo electrónico mediante el cual la Entidad Aseguradora acredita a cada Asegurado, los términos y condiciones básicos de la Póliza del Seguro de Desgravamen Hipotecario.

El Certificado de Cobertura Individual por intermedio del mecanismo electrónico consistirá en la exhibición de la inscripción del Asegurado en el Registro Electrónico de Asegurados del Seguro de Desgravamen Hipotecario, accesible

únicamente al Asegurado desde el sitio web de la Aseguradora y del Tomador; mecanismo que además de permitir la verificación de la inscripción, también deberá exhibir 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).

Codeudor: Es la persona que se obliga conjuntamente a otra(s) (de forma directa) a efectuar el pago del préstamo.

Condicionado General: Parte de la Póliza de Seguro que establece un conjunto de criterios y definiciones de carácter general con el propósito de regular la misma.

Condicionado Particular: Parte de la Póliza de Seguro, en la que se refleja aspectos específicos y concretos relativos al riesgo que se asegura.

Corredor de Seguros: Persona jurídica autorizada por la APS para intermediar o asesorar en seguros privados sin mantener vínculo contractual con la Entidad Aseguradora.

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.

Entidad de Intermediación Financiera: Persona jurídica radicada en el país, autorizada por la ASFI, cuyo objeto social es la intermediación financiera y la prestación de servicios complementarios.

Fallecimiento: Es la muerte por cualquier causa del Asegurado.

Formulario de Solicitud y Declaración: Documento mediante el cual el Asegurado solicita el Seguro de Desgravamen Hipotecario y declara todo cuanto conoce sobre su estado de salud, actividad profesional y otra información requerida por la Entidad Aseguradora.

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.

Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario: Es la Póliza de Seguro que suscribe la Entidad de Intermediación Financiera, por cuenta y a nombre del Asegurado, por el que la Entidad Aseguradora se obliga a pagar el Saldo Insoluto

de la Deuda al Beneficiario, al producirse el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

Préstamo: Operación financiera, en la que una Entidad de Intermediación Financiera entrega a una persona natural (prestatario) una cantidad fija de dinero al comienzo de la operación, con la condición de que el prestatario devuelva esa cantidad, junto con los intereses pactados en un plazo determinado.

Prima Vencida: Condición de la prima que establece la obligación del pago de la misma al vencimiento del periodo de cobertura individual del Seguro de Desgravamen Hipotecario.

Registro Electrónico de Asegurados del Seguro de Desgravamen Hipotecario: Es la base de datos electrónica que consigna información de cada uno de los Asegurados que se encuentran bajo la cobertura del Seguro de Desgravamen Hipotecario, administrada y utilizada por toda Entidad Aseguradora, autorizada para comercializar el Seguro de Desgravamen Hipotecario, como medio de certificación de la cobertura individual; accesible únicamente al Asegurado desde el sitio web de la Entidad Aseguradora o del Tomador, desde la cual también deberán exhibirse 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).

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.

Siniestro: Es el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, que conforme a las condiciones establecidas en la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, da lugar a la obligación de la Entidad Aseguradora a indemnizar la prestación convenida.

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.

ARTÍCULO 3.- (OBJETO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO). El Seguro de Desgravamen Hipotecario tiene por objeto recuperar la totalidad del Saldo Insoluto de la Deuda contraída en el préstamo por el Asegurado (Prestatario), en caso de las eventualidades de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del mismo.

ARTICULO 4.- (AMBITO DE APLICACIÓN DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO). El Seguro de Desgravamen Hipotecario es aplicable a la operación de préstamo concedido por una Entidad de Intermediación Financiera, el cual podrá ser otorgado únicamente por una Entidad Aseguradora debidamente autorizada por la autoridad competente.

ARTÍCULO 5.- (COBERTURAS BÁSICAS). La Póliza de Desgravamen Hipotecario de manera básica y obligatoria tiene las siguientes coberturas, considerando las exclusiones de la Póliza:

- Fallecimiento por cualquier causa.
- Invalidez Total y Permanente.

ARTÍCULO 6.- (COBERTURAS ADICIONALES). La Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, además de las coberturas básicas de Fallecimiento por cualquier causa o Invalidez Total y Permanente, a solicitud del Tomador podrá incluir las coberturas de Gastos de Sepelio y/o de Indemnización de Capital Adicional de un monto de dinero en efectivo.

El Tomador podrá incluir en la licitación cualesquier otro beneficio adicional a las coberturas básicas y adicionales.

ARTÍCULO 7.- (VIGENCIA DE LA POLIZA). La Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario deberá tener una vigencia de hasta tres años, con pago de prima por cobertura mensual vencida.

ARTÍCULO 8.- (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.

ARTÍCULO 9.- (MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA). La prima de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario deberá ser pagada en la modalidad de prima vencida y mensual.

Es obligación de la Entidad de Intermediación Financiera en su condición de Tomador del Seguro de Desgravamen Hipotecario, realizar el pago de la prima correspondiente a la Entidad Aseguradora en los términos y condiciones establecidos en la Póliza de Seguro. 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 incumplimiento atribuible al Asegurado, y cualquier contingencia o perjuicio que causen dichas situaciones

al Asegurado, será responsabilidad plena de la Entidad de Intermediación Financiera.

ARTÍCULO 10.- (TASA Y MONTO DE LA PRIMA). La tasa neta de la prima del Seguro de Desgravamen Hipotecario, con la cual la Aseguradora participe en procesos de licitación pública de contratación de este Seguro efectuados por las Entidades de Intermediación Financiera, deberá ser determinada de acuerdo con las bases técnicas establecidas en la Nota Técnica (Anexo 4) aprobada por la APS.

El monto de la prima de tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado.

La Entidad Aseguradora no podrá cobrar, bajo ningún concepto, sumas adicionales salvo el servicio de cobranza de la prima de acuerdo al tarifario de la Entidad de Intermediación Financiera que preste dicho servicio.

ARTÍCULO 11.- (PAGO DEL SINIESTRO). Establecido el derecho del Asegurado o Beneficiario, la Entidad Aseguradora debe pagar el Capital Asegurado dentro de los 15 días siguientes.

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.

ARTÍCULO 12.- (RESERVAS TÉCNICAS). El Seguro de Desgravamen Hipotecario contemplará las siguientes reservas técnicas:

a) Reserva de Siniestros Reclamados por Liquidar

Será constituida para todo siniestro que haya sido reclamado a la Entidad Aseguradora y que a la fecha de evaluación, no hubo pronunciamiento de ésta sobre la procedencia o no de la cobertura del seguro.

El importe de la reserva de siniestros reclamados por liquidar, será constituido por el Capital Asegurado neta de reaseguro desde la fecha de aviso del siniestro, conforme a la siguiente fórmula:

$$RSRL_t = VA_s - RR$$

Donde:

RSRL_t : Reserva de Siniestros Reclamados por Liquidar del periodo t.

VA_s : Capital Asegurado a la fecha del siniestro.

RR : Monto a ser reembolsado por el Reasegurador según contrato de reaseguro.

b) Reserva de Siniestros por Pagar

Será constituida para todo siniestro reclamado que haya sido aceptado por la Entidad Aseguradora y que a la fecha de dicha aceptación el pago del mismo se encuentre pendiente.

El importe de la Reserva de Siniestros por Pagar, será constituido por el Capital Asegurado, de los siniestros aceptados por la Entidad Aseguradora.

Para el efecto deberá aplicarse la siguiente fórmula:

$$RSXP_t = VA_s$$

Donde:

RSXP_t : Reserva de Siniestros por Pagar del período t.

VA_s : Capital Asegurado a la fecha del siniestro.

c) Reserva de Siniestros en Mora

En caso que el pago del siniestro no se efectúe dentro del plazo establecido, esta Reserva deberá constituirse por el Capital Asegurado, intereses moratorios a la tasa activa promedio ponderada del sistema financiero para préstamos en moneda nacional establecida y publicada semanalmente por el Banco Central de Bolivia.

Para el efecto deberá aplicarse la siguiente fórmula:

$$RSM_t = VA_s * \left(1 + \frac{i}{360} * n \right)$$

Donde:

RSM_t : Reserva de Siniestros por Pagar en mora del período t.

VA_s: Capital Asegurado a la fecha del siniestro.

i: Tasa activa promedio ponderada para préstamos en moneda nacional del sistema financiero establecida y publicada por el Banco Central de Bolivia.



n: Días de mora desde la fecha de vencido el plazo para la indemnización, hasta la fecha de cálculo de la reserva.

d) Reserva de Siniestros Controvertidos

Será constituida para todo siniestro que a la fecha de evaluación, la liquidación sea controvertida por las partes, ya sea en proceso judicial, arbitral o administrativo.

El importe de la reserva de siniestros controvertidos será constituido por el Capital Asegurado neto de reaseguro, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$RSC_t = VA_s - RR$$

Donde:

RSC_t : Reserva de Siniestros Controvertidos del período t.

VA_s : Capital Asegurado a la fecha del siniestro.

RR : Monto a ser reembolsado por el Reasegurador según contrato de reaseguro.

e) Reserva de Siniestros Ocurridos y no Reportados

Es la estimación mensual de aquellos siniestros que, a la fecha de cálculo de la reserva correspondiente, han ocurrido y no han sido reportados a la Entidad Aseguradora.

Su importe será calculado bajo la siguiente fórmula:

$$IBNR_t = SL_t * 25\%$$

Donde:

$IBNR_t$: Reserva de Siniestros ocurridos y no reportados del mes t.

SL_t : Siniestros Liquidados del mes t.

ARTÍCULO 13.- (FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO Y DECLARACIÓN DE SALUD). El Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Seguro de Desgravamen Hipotecario, deberá ser registrado en la APS, bajo el formulario que se presenta en Anexo 5.

El Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud debe ser emitido en triple ejemplar, correspondiendo uno para el Asegurado, otro para la Entidad Aseguradora y el tercero para el Tomador.

La Entidad Aseguradora es responsable de proveer los formularios de Solicitud de Seguro y de Declaración de Salud al Tomador o al Corredor de Seguros, según corresponda para ser llenados y rubricados por el solicitante del Seguro de Desgravamen Hipotecario.

El Tomador del Seguro en el proceso de atención de la solicitud de préstamo deberá suministrar y exigir el llenado del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud; remitir un ejemplar a la Entidad Aseguradora; y, mantener el tercer ejemplar en archivo. Asimismo, la Entidad Aseguradora deberá digitalizar dicho formulario y mantener en un archivo electrónico bajo un proceso de actualización continúa.

La Entidad Aseguradora que tenga el archivo electrónico deberá proporcionar una copia de los Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud digitalizados a la nueva Entidad Aseguradora que resulte adjudicataria del proceso de licitación pública de contratación del Seguro de Desgravamen Hipotecario. La nueva Entidad Aseguradora continuará actualizando dicho archivo con los formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud de los Asegurados que incorpore bajo la nueva Póliza de Seguro.

La Entidad Aseguradora adjudicataria de la cobertura de seguros de Desgravamen Hipotecario, ante la eventual necesidad de verificar el ejemplar físico del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Asegurado de una gestión de comercialización anterior a la suya, podrá solicitar a la Entidad Aseguradora que tenga la custodia del mismo, una copia de dicho formulario; solicitud que no podrá ser denegada.

La Certificación de Cobertura Individual sin respaldo del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud, llenado y firmado por el solicitante, hará presumir que la Entidad Aseguradora conocía el estado de riesgo, salvo pruebe dolo o mala fe del Asegurado.

ARTÍCULO 14.- (PROCEDIMIENTO DE APROBACION, CONTROL Y EVALUACION DEL RIESGO). 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.

ARTÍCULO 15.- (CONDICIONADO PARTICULAR Y GENERAL). El Condicionado Particular y el Condicionado General de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, será registrado en la APS, de acuerdo al formato establecido en los Anexos 1 y 2 del presente reglamento, respectivamente.

ARTÍCULO 16.- (CERTIFICADO 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 conforme al formato establecido en el Anexo 3 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 17.- (NOTA TÉCNICA). La Nota Técnica es el documento de cumplimiento obligatorio para la Entidad Aseguradora, que establece la Tasa de Riesgo del Seguro de Desgravamen Hipotecario y otros parámetros y criterios de tarificación de la Prima del Seguro de Desgravamen Hipotecario.

La Nota Técnica deberá ser elaborada de acuerdo a las referencias de contenido establecidas en el Anexo 4 del presente Reglamento, la cual será presentada a la APS para su aprobación y registro correspondiente.

La Tasa de Riesgo Única Mínima para las coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente, será la que se encuentre establecida en el Anexo 4 del presente reglamento. Alternativamente, podrá la Entidad Aseguradora determinar su propia Tasa de Riesgo Única, la cual en ningún caso deberá ser menor a la establecida en el citado anexo.

La Nota Técnica también requiere la especificación de valores mínimos y máximos de los rangos correspondientes a otros conceptos de la estructura de costos de la prima del Seguro de Desgravamen Hipotecario, los cuales deberán ser justificados técnicamente en un documento anexo que formará parte de la Nota Técnica.

ARTÍCULO 18.- (REASEGURO). El contrato de reaseguro deberá reflejar los términos y condiciones de la Póliza del Seguro de Desgravamen Hipotecario. Asimismo, deberá contemplar la tasa de reaseguro mensual que será aplicada al grupo de Asegurados, además de las condiciones que se aplicarán en caso de rescisión del Contrato de Reaseguro.

ARTÍCULO 19.- (TRANSFERENCIA DE CARTERA). Ante un nuevo proceso de contratación del Seguro de Desgravamen Hipotecario dado por cumplimiento de contrato u otra causal de resolución del mismo que motive la transferencia de la cartera de Asegurados a otra Entidad Aseguradora, esta se realizará bajo las siguientes condiciones:

- Las condiciones de la Cobertura Individual se mantendrán invariables salvo que sea en beneficio del Asegurado.
- El Formulario de Solicitud de Seguros y Declaración de Salud de cada uno de los Asegurados presentados durante el proceso de atención de la solicitud del préstamo, se llenara por única vez y se mantendrá vigente e invariable y no será objeto de renovación o actualización alguna, ni corresponderá a la Entidad Aseguradora adjudicataria, exigir el cumplimiento de otros requisitos de asegurabilidad en ninguna de las ocasiones en que se produzca el reemplazo de Entidad Aseguradora.
- La antigüedad del Asegurado para efectos de la indisputabilidad prevista en la cláusula 14 del Texto Único del Condicionado General, (Anexo 2) del presente reglamento, se mantendrá subsistente y proseguirá su acumulación, aun cuando se produzca el cambio de Entidad Aseguradora. Por tanto, las Pólizas de Seguro de Desgravamen Hipotecario sucesivas a la(s) que hubiera(n) cubierto los primeros dos años de la cobertura del Seguro de Desgravamen Hipotecario serán indisputables, salvo por causa de incumplimiento de pago de la prima correspondiente.
- Los mismos términos y condiciones referidos en el párrafo anterior aplicarán al riesgo de muerte por suicidio, por lo tanto, la Entidad aseguradora no se liberará de sus obligaciones.

La Entidad Aseguradora que transfiere y la que recibe cartera, tienen la obligación en el plazo de 30 días administrativos a contar desde el inicio de vigencia de la nueva Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario de informar a los Asegurados a través de medios de prensa escrita de circulación nacional sobre la referida transferencia de cartera, los alcances de las coberturas y otros.

Dicha publicación deberá comunicar la adjudicación de la Entidad Aseguradora que dará continuidad a la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario. La misma deberá ser publicada durante tres domingos consecutivos.

La publicación deberá efectuarse en un medio escrito de alcance nacional en un tamaño mínimo de 10 cm x 5 cm aviso horizontal, debiendo ser remitida a la APS en el plazo de 3 días administrativos siguientes a la fecha de publicación, para este efecto no se requerirá autorización previa del Ente Regulador.

ARTÍCULO 20.- (SERVICIOS Y RESPONSABILIDAD DE LOS CORREDORES DE SEGUROS). Los Corredores de Seguros debidamente autorizados podrán prestar sus servicios a los Tomadores.

El Corredor de Seguros que preste sus servicios a los Tomadores en relación al Seguro de Desgravamen Hipotecario, deberán adecuar sus actuaciones en relación a lo establecido en la Ley N° 1883 de Seguros y disposiciones reglamentarias.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, las Corredoras deberán considerar lo siguiente:

- Abrir un file para cada Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario para el resguardo de toda documentación relacionada con ella.
- Remitir quincenalmente a la Entidad Aseguradora una copia de los Formularios de Solicitud y Declaración de Salud debidamente llenados y firmados por los Asegurados.
- Llevar un control y registro de todos los clientes aceptados, rechazados, aceptados bajo condiciones especiales y de aquellos en proceso de evaluación por la Entidad Aseguradora.
- Asesorar al asegurado sobre los términos y condiciones de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario principalmente respecto de las coberturas, primas, exclusiones y procedimiento en caso de siniestro. Estas labores deberán ser documentadas para fines de acreditación y control de la ejecución de las mismas.
- Asesorar al asegurado sobre sus derechos y obligaciones en caso de siniestro, sobre todo en cuanto a la documentación requerida en la póliza de seguro, plazos de pronunciamiento e indemnización del seguro

y solución de controversias, debiendo existir documentación que respalde esta labor.

ARTÍCULO 21.- (DUPLICADO DE PÓLIZA). El Asegurador, a solicitud escrita y a costa del Tomador o Asegurado, extenderá duplicado legalizado de la Póliza y sus anexos.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA. A partir de la entrada en vigencia del presente reglamento, toda Entidad Aseguradora que preste la cobertura del Seguro de Desgravamen Hipotecario deberá en el plazo de sesenta (60) días hábiles (incluido el plazo establecido en la disposición final segunda) implementar, respecto de cada Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario que hubieran suscrito con anterioridad, el Registro Electrónico de Asegurados del Seguro de Desgravamen Hipotecario que deberá ser accesible a los Asegurados a través del sitio web de la Entidad Aseguradora y del Tomador, para fines de verificación de su pertenencia al colectivo de asegurados, como también permitirles conocer los principales términos y condiciones de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario (Coberturas, tasa neta, exclusiones, requisitos, plazo para el pago de indemnizaciones y otros).

Las Aseguradoras que a la fecha de la presente Resolución registren en su cartera Pólizas de Seguro de Desgravamen, deberán implementar respecto de cada Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario el Registro Electrónico de Asegurados del Seguro de Desgravamen Hipotecario. En caso de no participar en la licitación de contratación del Seguro de Desgravamen Hipotecario, o no resultar adjudicataria, deberá efectuar la transferencia de dicho Registro Electrónico a la Entidad Aseguradora adjudicataria de la licitación del Seguro de Desgravamen Hipotecario en un plazo no mayor a cinco (5) días a partir de la solicitud de la Entidad Aseguradora adjudicataria.

La Entidad Aseguradora adjudicataria en el proceso de licitación del Seguro de Desgravamen Hipotecario, deberá solicitar en un plazo no mayor a dos (2) días a partir de su adjudicación, la transferencia del Registro Electrónico por parte de la(s) Entidad(es) Aseguradora(s) que administraba(n) el Seguro de Desgravamen Hipotecario.

SEGUNDA. Para fines de estandarización del Registro Electrónico de Asegurados, la APS en el plazo de veinte (20) días hábiles a partir de la emisión de la Resolución Administrativa que aprueba el presente reglamento y sus anexos, deberá establecer las especificaciones técnicas para el desarrollo e implementación del mismo.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

UNICA. Todos los Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud, correspondientes a la cartera de asegurados en vigencia al momento de transferencia de cartera, deberán ser digitalizados por la nueva Entidad Aseguradora en el plazo de un año. Para tal efecto, la Entidad Aseguradora tenedora de dichos documentos, deberá efectuar la entrega de los mismos en un plazo no mayor a (veinte) 20 días hábiles computables a partir de la fecha de entrada en vigencia de la nueva póliza.


Dra. Patricia V. Mirabal Panola
DIRECTORA EJECUTIVA
Autoridad de Fiscalización y Control
de Pensiones y Seguros - APS



ANEXO 1
FORMATO UNICO Y LINEAMIENTOS DEL
CONDICIONADO PARTICULAR



**CONDICIONES PARTICULARES
 SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**

**Resolución Administrativa APS/DS/N° _____
 Código de Registro _____**

POLIZA N°:

TOMADOR : Entidad de Intermediación Financiera
ASEGURADOS : Prestatarios de la Entidad de Intermediación Financiera
INICIO DE VIGENCIA : Desde Hrs. 00:01 de...
FIN DE VIGENCIA : Hasta Hrs. 24:00 de...
DIRECCION TOMADOR :

CIUDAD :

TELEFONO (S) :

LUGAR DE PAGO :

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

RAZON SOCIAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

FAX :

E-MAIL :

PAGINA WEB :



MATERIA DEL SEGURO: CLIENTES DEL TOMADOR DEL SEGURO QUE HUBIERAN CONTRAIDO UN PRESTAMO, LOS CUALES SE CONSIDERAN PARA EL PRESENTE SEGURO, COMO ASEGURADOS.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO: La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento del desembolso del Préstamo por parte de la Entidad de Intermediación Financiera a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizando en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

Los reemplazos de la Entidad Aseguradora que se dieran durante el periodo de vigencia del préstamo, no interrumpirán la vigencia de la Cobertura Individual.

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.

PRIMA: El monto de la prima de tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado.

COBERTURAS

COBERTURAS BASICAS (considerando las exclusiones de la póliza)

	Tasa
- Fallecimiento por cualquier causa.	%
- Invalidez Total y permanente.	%

COBERTURAS ADICIONALES

- Gastos de Sepelio.	%
- Capital Adicional Indemnizatorio.	%

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

BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO: ENTIDAD DE INTERMEDIACION FINANCIERA

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



REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

LIMITES DE EDADES

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.

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 PODRA REQUERIR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD ASEGURADORA.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE FORMULARIOS: CONFORME A LO ACORDADO CON EL TOMADOR DE SEGURO EN EL MARCO DEL REGLAMENTO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE ASEGURADOS: CONFORME A LO ACORDADO CON EL TOMADOR DE SEGURO EN EL MARCO DEL REGLAMENTO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA: CONFORME AL REGLAMENTO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

OBSERVACIONES:

Las primas de este seguro no constituyen hecho generador de tributo según el Art. N° 54 de la Ley de Seguros 1883 del 25 de junio de 1998.

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA:

- Condicionado Particular.
- Condicionado General.
- Certificados de Cobertura Individual.

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

Lugar y Fecha

FIRMAS AUTORIZADAS



ANEXO 2

TEXTO ÚNICO DEL CONDICIONADO GENERAL



PÓLIZA N° :

TOMADOR :

CONDICIONES GENERALES

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.



de 11

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.

Controlador General de Rentas y Controlador de Pensiones y Seguros
Patricia V. Miralal F.
Ricardo H. Escobedo L.
Nelson A. Martínez V.
Luis
Carlos Colque R.
Freddy P. Barrios P.

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:

- Provoque 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.- (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.



ANEXO 3

**CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**



**CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**

Resolución Administrativa N° _____
Código de Registro _____

POLIZA N°

CERTIFICADO N°

TOMADOR : Entidad de Intermediación Financiera.

ASEGURADO :

BENEFICIARIO : Entidad de Intermediación Financiera

BENEFICIARIOS DE COBERTURAS ADICIONALES : Será(n) la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado.

VIGENCIA DE LA COBERTURA : Desde las 00:01 hasta las 24:00

CIUDAD :

INFORMACION DE LA ENTIDAD ASEGURADORA:

RAZON SOCIAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

FAX:

E-MAIL:

PAGINA WEB:

EL PRESENTE CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL TIENE VALIDEZ LEGAL PARA TODA ENTIDAD ASEGURADORA QUE OPERA EN LA MODALIDAD DE SEGUROS DE PERSONAS Y QUE OTORGA EL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO, PARA LO CUAL EL ASEGURADO EXPRESA DE MANERA VOLUNTARIA SU ADHESIÓN AL PRESENTE SEGURO.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO: La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose en el momento del desembolso del Préstamo por parte de la Entidad de Intermediación Financiera a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizando en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

Los reemplazos de la Entidad Aseguradora que se dieran durante el periodo de vigencia del préstamo, no interrumpirán la vigencia de la Cobertura Individual.

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 presente Certificado.

PRIMA: El monto de la Prima de Tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario determinará aplicando la tasa neta al Capital Asegurado.

COBERTURAS:

COBERTURAS BASICAS (considerando las exclusiones de la póliza)

- Fallecimiento por cualquier causa.
- Invalidez Total y Permanente.

COBERTURAS ADICIONALES

- Gastos de Sepelio.
- Capital Adicional Indemnizatorio.

PERMANENCIA EN EL SEGURO:

Fallecimiento	Invalidez Total y Permanente
Hasta cumplir los 75 años y 364 días.	Hasta cumplir los 70 años y 364 días.

CONDICIONES DE LA POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

COBERTURA DEL SEGURO: El Capital Asegurado será pagado por la Entidad Aseguradora, cuando ocurra uno de los siguientes eventos:

- ✓ **Fallecimiento:** La muerte por cualquier causa del Asegurado, si ésta ocurriera durante la vigencia de la Póliza y la causa no se encuentre expresamente excluida.
- ✓ **Invalidez Total y Permanente:** Cuando la situación física del Asegurado 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.

EXCLUSIONES DE COBERTURA: 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.

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.

RETICENCIA O INEXACTITUD: La reticencia o inexactitud en las declaraciones del Asegurado en el Formulario de Declaración de Salud hacen anulable el Certificado de Cobertura, 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.

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.

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.

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.

PRIMA Y REHABILITACION: La Prima de Tarifa a ser pagada por el Asegurado, resultará del producto de una tasa neta mensual aplicable al Capital Asegurado.

La prima es debida desde el momento de la celebración del contrato, pero no es exigible sino con la emisión del presente Certificado de Cobertura Individual.

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 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.

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.

PROCEDIMIENTO EN CASO 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.

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 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.

a) Documentación para el pago de 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.

PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION: El Asegurado o el Beneficiario pierde el derecho a la indemnización o pago de 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) Recorra a pruebas falsas con el ánimo de obtener un beneficio ilícito.

CONTROVERSIAS: 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 y el presente Certificado. 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.

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 por Resolución Administrativa debidamente motivada.



ANEXO 4
NOTA TECNICA

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
NOTA TÉCNICA
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

La presente nota técnica, contiene las bases técnicas que la Entidad Aseguradora _____, se compromete a cumplir en todo momento en la comercialización de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, conforme establece el artículo 15 de la Ley N° 1883 de Seguros.

La composición de la Prima de Tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario estará conformada bajo los métodos de cálculo y parámetros técnicos establecidos y desglosados en la presente Nota Técnica:

TASA DE RIESGO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO DE PRÉSTAMO INDIVIDUAL PARA COBERTURAS DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

$$TR = MAX (TR_{APS} ; TR_A)$$

Donde:

- TR : Tasa de Riesgo
- TR_{APS} : Tasa de Riesgo establecida por la APS para las coberturas básicas (Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente).
- TR_A : Tasa de Riesgo establecida por la Entidad Aseguradora para las coberturas básicas (Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente).

PRIMA NETA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO DE PRÉSTAMO INDIVIDUAL PARA COBERTURAS DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Prima Neta se calculará de la siguiente manera:

$$PN_n = MAX (TR_{APS} ; TR_A) * VA_n$$

- PN_n : Prima Neta correspondiente al periodo mensual n.
- TR_{APS} : Tasa de Riesgo establecida por la APS para las coberturas básicas (Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente).
- TR_A : Tasa de Riesgo establecida por la Entidad Aseguradora para las coberturas básicas (Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente).
- VA_n : Capital Asegurado dado por el Saldo Insoluto de la Deuda.

TASA NETA

La Tasa Neta para el Seguro de Desgravamen Hipotecario de préstamo individual se calculará de la siguiente manera:



$$TN = \frac{TR * (1 + TREG + FPA + CC)}{1 - (CA + GA + UT)}$$

La Tasa Neta para el Seguro de Desgravamen Hipotecario de préstamo que incluye Codeudores se calculará de la siguiente manera:

$$TN = \frac{TRM * (1 + TREG + FPA + CC)}{1 - (CA + GA + UT)}$$

Donde:

- TN : Tasa Neta.
 TR : Tasa de Riesgo Individual expresada como porcentaje.
 TRM : Tasa de Riesgo en caso de Codeudores expresada como porcentaje.
 CA : Costos de Adquisición como porcentaje de la prima de tarifa.
 GA : Gastos Administrativos expresado como porcentaje de la prima de tarifa.
 UT : Utilidad expresada como porcentaje de la prima de tarifa.
 TREG : Tasa de Regulación.
 FPA : Aporte al Fondo de Protección al Asegurado.
 CC : Comisión de Cobranza del Tomador.



PRIMA DE TARIFA

La Prima de Tarifa cobrada mensualmente a cada Asegurado del Seguro de Desgravamen Hipotecario se sujetará al siguiente cálculo:

$$PT_n = TN_n * VA$$

Donde:

- PT_n : Prima de Tarifa correspondiente al período mensual n.
 TN_n : Tasa Neta correspondiente al período mensual n.
 VA_n : Capital Asegurado dado por el Saldo Insoluto de la Deuda.

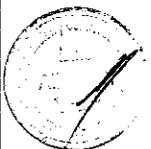


TASA DE RIESGO PARA SEGURO DE DESGRAMAMEN HIPOTECARIO DE PRÉSTAMO QUE INCLUYE CODEUDORES

$$TRM = (TR * n) * (1 - Fn)$$

Donde:

- TRM : Tasa de riesgo para préstamo en caso de Codeudores.
 TR : Tasa de riesgo individual.
 n : Número de Asegurados.
 Fn : Factor de descuento de seguro que se otorgara según el número de Codeudores n.



Asimismo:

$F_n = 0,10$ cuando $n = 2$
 $F_n = 0,12$ cuando $n = 3$
 $F_n = 0,17$ cuando $n \geq 4$

COMISIÓN DE COBRANZA DEL TOMADOR

Se define como el porcentaje de la prima neta, que cobra el Tomador, por la recaudación de la prima de tarifa del Seguro de Desgravamen Hipotecario para las coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente, la cual será determinada por el Tomador hasta un límite máximo del 10% de la prima neta.

Para las coberturas adicionales, se considerará similar criterio.

COSTOS DE ADQUISICIÓN

Corresponde a los costos de comercialización de la póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, que deberá ser expresado como porcentaje de la producción de tarifa, el cual deberá estar establecido por la Entidad de Intermediación Financiera hasta un límite máximo del 15%.

GASTOS ADMINISTRATIVOS

Corresponde a los gastos de carácter administrativo en los que incurre la Entidad Aseguradora de la Póliza de Desgravamen Hipotecario, el cual deberá estar dentro de un límite mínimo y máximo, establecidos por la propia Entidad Aseguradora.

GA : Gastos Administrativos.

Rango : [mínimo (%), máximo (%)]

UTILIDAD

Corresponde a la utilidad esperada por la Entidad Aseguradora como resultado de la actividad de aseguramiento, la cual deberá estar dentro de un límite mínimo y máximo, establecidos por la propia Entidad Aseguradora.

UT : Utilidad.

Rango : [mínimo (%), máximo (%)]

TASA DE REGULACION

Conforme establece el artículo 23 del Decreto Supremo N° 25201, la tasa de regulación de supervisión correspondiente al Seguro de Desgravamen Hipotecario es del 1% de las primas netas producidas (Producción Directa Neta de Anulación).

Por consiguiente:

TREG: 1%

FONDO DE PROTECCION AL ASEGURADO

Conforme establece el numeral IV, artículo 9 de la Ley N° 365, de fecha 23 de abril de 2013, los aportes de las Entidades Aseguradoras de seguros de personas, serán efectuados a razón del dos punto cinco por mil (2.5‰) trimestral, calculado sobre el valor de la producción directa neta de anulaciones.

Por consiguiente:

FPA: 2.5‰

RESERVAS TECNICAS

Serán calculadas conforme al Reglamento de Desgravamen Hipotecario.

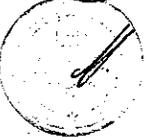
COBERTURAS ADICIONALES

Para las coberturas adicionales, las Entidades Aseguradoras fijarán las respectivas tasas de riesgo conforme a sus bases técnicas.

Por otro lado, para el cálculo de la prima de tarifa, deberán considerar la metodología aplicada en la presente Nota Técnica.

CRITERIO DE EVALUACIÓN

Para fines de licitación, se deberá considerar el concepto de Tasa Neta Total, entendiéndose ésta como, la sumatoria de las tasas netas correspondientes a las coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente y adicionales que correspondan.



Firma y Cargo
Máximo Ejecutivo Entidad Aseguradora

ANEXO 5

**FORMATO ÚNICO FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO
Y
DECLARACIÓN DE SALUD PARA EL SEGURO DE
DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**



SOLICITUD DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Mediante el presente Formulario, en conformidad con la Declaración de Salud que precede, solicito a, como Entidad Aseguradora, se me otorgue el Seguro de Desgravamen Hipotecario, con referencia al préstamo que al presente gestiono ante(Entidad de Intermediación Financiera)..... de la ciudad de.....por el plazo de(meses), con destino a

Para los efectos que corresponda declaro y doy mi absoluta conformidad a todas y cada una de las condiciones y estipulaciones establecidas por la Entidad Aseguradora, sobre concesión, vigencia y caducidad del citado seguro, según el Reglamento Aprobado, obligándome a pagar las primas mensuales del seguro solicitado.

Yo(Solicitante).....

Lugar y Fecha.....



**DECLARACION JURADA DE SALUD PARA SEGURO DE DESGRAVAMEN
 HIPOTECARIO**

Nombre Completo :
 Carnet de Identidad :
 Entidad de Intermediación Financiera :
 Monto del Préstamo (Bs/US\$) :
 Fecha de Nacimiento :
 Ocupación Principal :
 Estatura :
 Peso :



1) Tiene o ha tenido alguna enfermedad que requirió hospitalización?

SI NO

En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar:

.....



2) Tiene o ha tenido algún tipo de cáncer?

SI NO

En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar:

.....



3) Tiene o ha tenido problemas o enfermedades cardiacas?

SI NO

En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar:

.....



4) Ha sido sometido a alguna operación quirúrgica en los últimos tres años?

SI NO

En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar:



5) Fuma más de diez cigarrillos diarios?

SI NO

6) Tiene Sida o es portador del virus de la Inmunodeficiencia Humana – VIH

SI NO

7) Realiza o participa usted de alguna actividad o deporte de alto riesgo?

SI NO

En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar:

8) Está recibiendo tratamiento médico?

SI NO

En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar:

Declaro que las respuestas que he consignado en este Formulario de Solicitud de Seguro de Desgravamen Hipotecario y Declaración de Salud son verdaderas y completas.

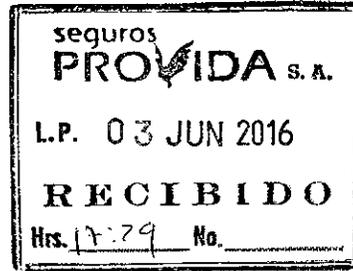
Autorizo, a los médicos, clínicas, hospitales y otros centros de salud que me hayan atendido para que proporcionen a la Entidad Aseguradora, todos los resultados de los informes referentes a mi salud, en caso de enfermedad o accidentes, para lo cual libero a dichos médicos y centros médicos, en relación con su secreto profesional, de toda responsabilidad en que pudiera incurrir al proporcionar tales informes.

Solicitante: ...(nombre y firma).....

Oficial de Crédito
(Firma y sello)

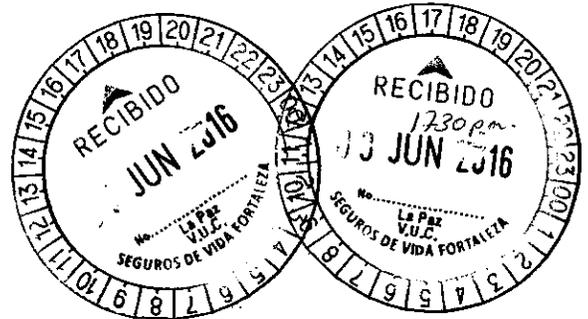
**AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
 DE PENSIONES Y SEGUROS - APS**

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:29 del día 03
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de
 fecha 31-05-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a SEGUROS PROVIDA S.A.
 a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



**AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
 DE PENSIONES Y SEGUROS - APS**

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:30 del día 03
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de
 fecha 31-05-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a SEGUROS DE VIDA FORTALEZA
 a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



**AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
 DE PENSIONES Y SEGUROS - APS**

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:44 del día 03
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de
 fecha 31-05-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a ALIANZA COMPAÑÍA DE SEGUROS
 Y REASEGUROS S.A. E.M.A.
 a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



**AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
 DE PENSIONES Y SEGUROS - APS**

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:57 del día 03
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de
 fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a UGARTE MARTINEZ ASOCIADOS
 a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



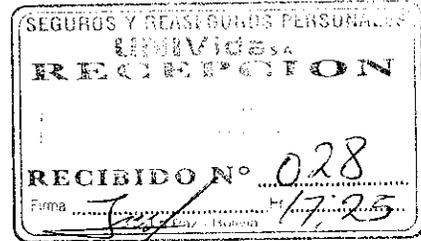


AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

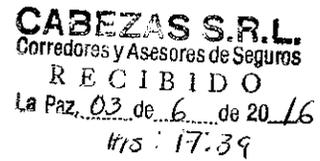
AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de La Paz a Horas 17:25 del día viernes - 03 de junio de 2016 notifiqué con Resolución Administrativa N° 687/2016 de fecha 31/05/16 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros a UNIVIDA SEGUROS PENSIONES a través de su REPRESENTANTE LEGAL



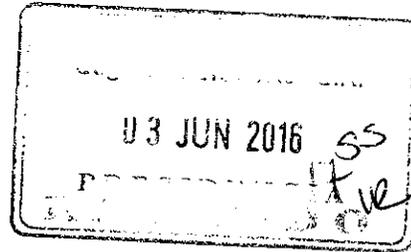
AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:39 del día 03 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de fecha 31-05-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros a CABEZAS S.R.L. CORREDORES Y ASESORES DE SEGUROS a través de su REPRESENTANTE LEGAL



AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:55 del día 03 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de fecha 31-05-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros a LA BOLIVIANA CIACRUZ DE SEGUROS PERSONALES S.A. a través de su REPRESENTANTE LEGAL



AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
 DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:55 del día 03-
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de
 fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a LA BOLIVIANA CIACRUZ DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A. a través de su
REPRESENTANTE LEGAL

La Boliviana Ciacruz
 de Seguros y Reaseguros S.A.
 03 JUN 2016 05
 PRESIDENCIA 42
RECIBIDO

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
 DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 18:00 del día 03-
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de
 fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a UNIVERSAL BROKERS S.A.
 a través de su
REPRESENTANTE LEGAL

UNIVERSAL BROKERS S.A.
RECIBIDO
 03 JUN. 2016
 HORA: _____
 NOMBRE: _____

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
 DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 18:00 del día 03-
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de
 fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a UNIVERSAL BROKERS RE S.A.
 a través de su
REPRESENTANTE LEGAL

UNIVERSAL BROKERS RE S.A.
 CORREDORES DE REASEGUROS
 "UNIBROSA RE"
RECIBIDO
 03 JUN. 2016
 HORA: _____
 NOMBRE: _____

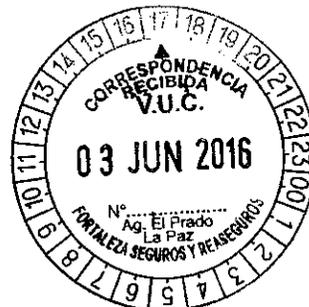


AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

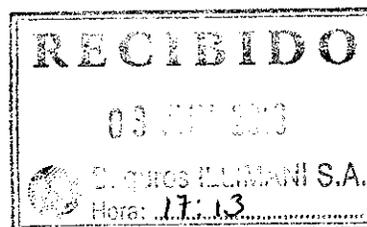
AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:15 del día 03-
de JUNIO de 2016 notifique con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016- de
fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
Pensiones y Seguros a COMPañÍA DE SEGUROS Y
REASEGUROS FORTALEZA S.A. a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



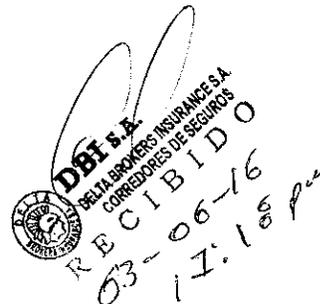
AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:13 del día 03-
de JUNIO de 2016 notifique con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016- de
fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
Pensiones y Seguros a SEGUROS ILLIMANI S.A.
a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:18 del día 03-
de JUNIO de 2016 notifique con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016- de
fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
Pensiones y Seguros a DELTA BROKERS DE SEGUROS
a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



**AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
 DE PENSIONES Y SEGUROS - APS**

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:05 del día 03-
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de
 fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a CONSULTORES DE SEGUROS S.A.
 a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



**AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
 DE PENSIONES Y SEGUROS - APS**

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:17 del día 03-
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de
 fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a PREVICOR CORREDORES Y
ASESORES DE SEGUROS S.R.L. a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



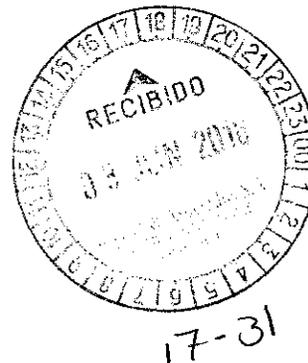
**AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
 DE PENSIONES Y SEGUROS - APS**

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:27 del día 03-
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de
 fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a SUDAMERICANA SEGUROS
 a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



**AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
 DE PENSIONES Y SEGUROS - APS**

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:31 del día 03-
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016 de
 fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a KIEFFER ASOCIADOS S.A.
 a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de La Paz a Horas 17:00 del día 17:00 Junio
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016- de
 fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a INTERNATIONAL INSURANCE
BROKERS S.R.L. a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LP a Horas 17:16 del día 3-06-16
 de Junio de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016- de
 fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a SAAVEDRA PACHECO CORREDORES
DE SEGUROS S.R.L. a través de su
REPRESENTANTE LEGAL

1852
03 JUN 2016

17:16

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LP a Horas 17:30 del día 03-06-2016
 de JUNIO de 2016 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA N° 687-2016- de
 fecha 31-MAY-2016 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a CONSEGURO CORREDORES Y
ASESORES DE SEGUROS a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LP a Horas _____ del día _____
 de _____ de _____ notifiqué con _____
 de _____
 fecha _____ emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
 Pensiones y Seguros a _____
 a través de su _____