

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Resolución Administrativa No. APS/DS/N° 808-2016 de 17/06/2016
Código de Registro: 210-934916-2016 06 008

PÓLIZA N° : UNI-DGL-26-00-LP-00001

TOMADOR : "La Primera" Entidad Financiera de Vivienda

ASEGURADOS : Prestatarios de la "La Primera" Entidad Financiera de Vivienda

INICIO DE VIGENCIA : Desde Hrs. 00:01 de 01 de abril de 2026

FIN DE VIGENCIA : Hasta Hrs. 24:00 de 31 de marzo de 2029

DIRECCIÓN TOMADOR : Av. Mariscal Santa Cruz Nro. 1364

CIUDAD : La Paz

TELÉFONO (S) : 2 312255

LUGAR DE PAGO : Av. Mariscal Santa Cruz Nro. 1364

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

RAZON SOCIAL : Seguros y Reaseguros Personales Univida S.A.

DIRECCIÓN : Av. Camacho N° 1485 Edif. La Urbana Piso, Zona Central

TELÉFONO : 2151000

FAX : -

E-MAIL : Cualquier comunicación o notificación a la aseguradora será aceptada cuando se realice vía correo electrónico a lromane@univida.bo, sflores@univida.bo, mtapiag@univida.bo y etorrico@univida.bo.

PAGINA WEB : www.univida.bo

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.



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

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
Muerte por cualquier causa.	Mensual: 0.223% <i>(Cero punto doscientos veintitrés por mil)</i>
Invalidez Total y permanente.	
COBERTURA ADICIONAL	
Gastos de Sepelio por Bs7.000.-	Annual: 2.677% <i>(Dos punto seiscientos setenta y siete por mil)</i>
<i>*En caso de que el asegurado tenga dos o más créditos vigentes al momento del siniestro y que se encuentren amparados bajo la misma póliza de seguro, se otorgará este beneficio solamente una vez, por asegurado</i>	

DETALLE	TASA MENSUAL
Titular	0.223% <i>(Cero punto doscientos veintitrés por mil)</i>
Titular + 1 Codeudor	0.401% <i>(Cero punto cuatrocientos uno por mil)</i>
Titular + 2 Codeudores	0.589% <i>(Cero punto quinientos ochenta y nueve por mil)</i>
Titular + 3 Codeudores	0.740% <i>(Cero punto setecientos cuarenta por mil)</i>
Titular + 4 Codeudores	0.925% <i>(Cero punto novecientos veinticinco por mil)</i>
Titular + 5 Codeudores	1.111% <i>(Uno punto ciento once por mil)</i>
Titular + 6 Codeudores	1.296% <i>(Uno punto doscientos noventa y seis por mil)</i>
Titular + 7 Codeudores	1.481% <i>(Uno punto cuatrocientos ochenta y uno por mil)</i>
Titular + 8 Codeudores	1.666% <i>(Uno punto seiscientos sesenta y seis por mil)</i>
Titular + 9 Codeudores	1.851% <i>(Uno punto ochocientos cincuenta y uno por mil)</i>
Titular + 10 Codeudores	2.035% <i>(Dos punto treinta y cinco por mil)</i>
Titular + 11 Codeudores	2.221% <i>(Dos punto doscientos veintiún por mil)</i>

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



BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO

: LA PRIMERA ENTIDAD FINANCIERA DE VIVIENDA

ALCANCE TERRITORIAL

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

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 ASEGURABILIDAD

: Para los créditos concedidos a los clientes con edades comprendidas entre los 18 y 70 años:

Desde	Hasta	Requisitos
USD 1.00	USD 150,000.00	A
USD 150,001.00	USD. 200,000.00	A+B+D
USD. 200,001.00	USD 250,000.00	A+B+C+D
USD 250,001.00	USD 300,000.00	A+B+C+D+F+G

Mayores a USD 300,001.00 de acuerdo con requisitos establecidos por la Aseguradora.

Donde:

- A = Declaración Jurada de Salud
- B = Examen médico + Cuestionario COVID
- C = Análisis químico y microscópico de orina en laboratorio
- D = Test HIV
- E = Colesterol total con fracción HDL, LDL y triglicéridos
- F = Electrocardiograma (ECG) de reposo
- G = Examen de Sangre
- PSA Total para varones mayores de 50 años
- Cuestionario financiero a partir de USD 150,001.00
- Informe Confidencial a partir de USD 300,001.00

LIMITE DE SUSCRIPCION AUTOMÁTICA:

Se establece que para créditos menores o iguales a USD 150.000,00 por persona, la suscripción al presente seguro será automática con el llenado del formulario de solicitud y Declaración Jurada, siempre y cuando, dicho documento esté debidamente llenado y en caso de alguna observación (respuestas afirmativas de la pregunta 1 a la 8 serán observadas), el Tomador deberá comunicar la misma a la empresa aseguradora para su evaluación.

Se establece que para créditos menores o iguales a USD 150.000,00 por persona respecto Índice de Masa Corporal IMC debe ser menor o igual a 33.00. En caso de ser superior, el Tomador deberá comunicar la misma a la empresa aseguradora para su evaluación.



TRATAMIENTO DE LOS INTERESES DIFERIDOS Y PRORRATEADOS

La Compañía, en caso de fallecimiento o invalidez del asegurado, pagará los intereses diferidos y prorrateados siempre y cuando hayan sido declarados en los reportes mensuales, y se pague la prima correspondiente por dichos montos. El cálculo de los intereses se realizará tomando en cuenta el Capital Diferido a la fecha del siniestro y los días transcurridos a partir de la fecha de vencimiento de la cuota o fecha de último pago (a confirmar por parte de LA PRIMERA EFV) hasta la fecha del fallecimiento o invalidez.

No se considerarán cubiertos los intereses penales, moratorios, gastos legales y/o Adicionales.

TRATAMIENTO DE LOS INTERESES CORRIENTES A FECHA DE INDEMNIZACIÓN

La Compañía, en caso de fallecimiento o invalidez del asegurado, pagará los intereses corrientes siempre y cuando hayan sido declarados en los reportes mensuales, y se pague la prima correspondiente por dichos montos. El cálculo de los intereses se realizará tomando en cuenta el Saldo Insoluto de la Deuda menos el Capital Diferido a la fecha del siniestro y los días transcurridos a partir de la fecha de vencimiento de la cuota o fecha de último pago (a confirmar por parte de LA PRIMERA EFV) hasta la fecha del fallecimiento o invalidez máximo 30 días.

No se considerarán cubiertos los intereses penales, moratorios, gastos legales y/o adicionales.

Para la cobertura de Sepelio se aclara que en caso de que el asegurado tenga dos o más créditos vigentes al momento del siniestro y que se encuentren amparados bajo la misma póliza de seguro, se otorgará este beneficio solamente una vez, por asegurado.

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD:

No podrán asegurarse personas que sean menores de 18 años y las personas mayores a los límites de permanencia establecidos en el presente condicionado particular.

Cuando se traten de casos de mayor riesgo, la admisibilidad podrá requerir el cumplimiento de requisitos establecidos por la entidad aseguradora.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE FORMULARIOS :

La Primera E.F.V. tendrá en custodia el original y una copia del formulario de solicitud de seguro, declaración jurada de salud y certificado de cobertura, en caso de siniestro o a requerimiento de otras instancias será entregado a la compañía, este último será con previa solicitud.

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.

REQUISITOS PARA ATENCION DE SINIESTROS PARA INICIAR EL TRÁMITE PARA LA COBERTURA DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO:

A) Documentación para el pago de la Indemnización en caso de Fallecimiento del Asegurado:

- Cedula de identidad asegurado (copia simple)
- Certificado de defunción emitido por oficialía de registro civil (original)



- Certificado médico único de defunción o certificado médico emitido por el médico que constato la muerte o certificado médico de defunción emitido por el médico forense o autoridad comunitaria competente del lugar de ocurrencia del siniestro con dos testigos (original o copia legalizada)
- Expediente clínico completo (copia legalizada y foliada) (muerte natural)
- Informe de la autoridad competente (para muerte accidental) (copia legalizada)
- Carta de los familiares solicitando el pago del beneficio más una fotocopia de la cedula de identidad del beneficiario.
En caso de estar declarado en el certificado de cobertura debe ser el mismo designado por el asegurado.
- Contrato de préstamo, utilizado para el desembolso (copia simple)
- Reporte de extracto de préstamos (copia simple)
- Preliquidación de préstamo (original)
- Declaración jurada de salud, utilizada para el desembolso (original), para este requisito se aclara:
 - Para los desembolsos antiguos a abril 2017, en caso de no tener la declaración jurada de salud es posible presentar un documento que respalde la solicitud de crédito, esto aplicable a no titulares, es decir, codeudores.
 - Para los desembolsos desde abril 2017, la declaración jurada de salud debe presentarse de manera obligatoria, ya sea para titular o codeudor.

B) Documentación para el Pago de la Indemnización en caso de Invalidez Total y Permanente:

- Cedula de identidad asegurado (copia simple)
- Dictamen de invalidez emitido por un médico autorizado por la A.P.S. (original o copia legalizada)
- Expediente clínico completo o resultado de los exámenes o pruebas de diagnóstico o informe(s) medico(s) que respalden el dictamen de invalidez (copia legalizada y foliada)
- Contrato de préstamo, utilizado para el desembolso (copia simple)
- Reporte de extracto de préstamos (copia simple)
- Preliquidación de préstamo (original)
- Declaración jurada de salud, utilizada para el desembolso (original), para este requisito se aclara:
 - Para los desembolsos antiguos a abril 2017, en caso de no tener la declaración jurada de salud es posible presentar un documento que respalde la solicitud de crédito, esto aplicable a no titulares, es decir, codeudores.
 - Para los desembolsos desde abril 2017, la declaración jurada de salud debe presentarse de manera obligatoria, ya sea para titular o codeudor.

NOTIFICACIÓN DE AVISO DE SINIESTRO

La Primera deberá realizar el aviso de siniestro y solicitar la activación de cobertura vía correo electrónico o a través de nota formal presentada a la aseguradora.

NOTA ACLARATORIA RESPECTO A LOS INTERESES CORRIENTES

Se aclara que los intereses corrientes no deberán exceder su periodicidad mensual (30 días calendario), se calculará por los días desde la última fecha de pago hasta el día del siniestro cual sea menor el resultado entre los descritos será tomado en cuenta para el cálculo.

- Cláusula de errores y omisiones



**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.

La Paz, 31 de marzo de 2026
SEGUROS Y REASEGUROS PERSONALES UNIVIDA S.A
FIRMAS AUTORIZADAS


Ruth Ximena Murillo Lizarraga
GERENTE NACIONAL COMERCIAL
GERENCIA GENERAL
UNIVIDA S.A.
Seguros y Reaseguros Personales


Mariana Cecilia Lopez Gento
GERENTE NACIONAL TECNICA Y DE ANALISIS
GERENCIA GENERAL
UNIVIDA S.A.
Seguros y Reaseguros Personales



PÓLIZA N°: UNI-DGL-26-00-LP-00001
TOMADOR: LA PRIMERA E.F.V.

SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO ANUAL RENOVABLE

Resolución Administrativa No. APS/DS/N° 808-2016 de 17/06/2016

210-934916-2016 06 008 1001

210-934916-2016 06 008 1002

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.

Saldo Insoluto de la Deuda: Es el saldo adeudado por el Asegurado a la Entidad de Intermediación Financiera y representa el monto inicial del préstamo menos las amortizaciones de capital efectuadas más los intereses devengados.

Tomador del Seguro: Entidad de Intermediación Financiera que por cuenta y a nombre del Asegurado (prestatario), contrata con la Entidad Aseguradora el Seguro de Desgravamen Hipotecario.

CLÁUSULA 2.- (COBERTURAS BÁSICAS Y ADICIONALES).

El Capital Asegurado que figura en el Certificado de Cobertura Individual será pagado por la Entidad Aseguradora, cuando el Asegurado sufra el Fallecimiento por cualquier causa o la Invalidez Total y Permanente, salvo por los riesgos excluidos que se encuentran especificados en la Cláusula 3 del presente documento.

En ningún caso la Entidad Aseguradora podrá realizar el pago del siniestro a prorrata en función del número de codeudores, debiendo cubrir la totalidad del Saldo Insoluto de la Deuda para los casos referidos, ante la ocurrencia del siniestro que afecte a cualquiera de los Codeudores.

Cuando la operación de préstamo contemple Codeudores, se aseguran a todos los codeudores, cada uno por el 100% del Saldo Insoluto de la Deuda.



CLÁUSULA 3.- (RIESGOS EXCLUIDOS).

La Entidad Aseguradora no cubrirá y estará eximida de toda responsabilidad, en caso que el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado sobrevenga, directa o indirectamente, como consecuencia de:

- a) Enfermedad pre-existente que no fue comunicada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- b) Intervención directa o indirecta del Asegurado en actos criminales, que le ocasionen el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.
- c) Guerra internacional o civil (declarada o no), revolución, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad del Estado.
- d) Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- e) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso no declarada por el Asegurado a través del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.
- f) Suicidio causado dentro de los dos primeros años a partir del desembolso del préstamo.

CLÁUSULA 4.- (VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO)

La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente en el marco de la vigencia de la Póliza de Seguro.

La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado se iniciará en el momento del desembolso del Préstamo por parte de la Entidad de Intermediación Financiera a favor del Asegurado (Prestatario) y finalizará en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

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

La aprobación del Seguro podrá ser automática al llenado del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.

En caso de que el riesgo requiera de evaluación y no sea aprobado de manera automática, el pronunciamiento de la Entidad Aseguradora no podrá exceder el plazo de 5 días hábiles de haber recibido los Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud, entendiéndose aceptada la solicitud de no pronunciarse en dicho plazo.

Si la Entidad Aseguradora para su pronunciamiento requiera previamente de exámenes médicos sobre el estado de salud del solicitante del Seguro de Desgravamen Hipotecario, deberá solicitar los mismos en el plazo de los cinco (5) días hábiles establecidos para su pronunciamiento, computables de la fecha de recepción del Formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud. Una vez conocidos los resultados de los exámenes médicos, la Entidad Aseguradora en el plazo de diez (10) días hábiles computables a partir de la recepción de los mismos, deberá pronunciarse comunicando de manera expresa la aceptación, o el establecimiento de condiciones particulares de aseguramiento para el caso, o el rechazo. La falta de dicha comunicación, significará la tácita aceptación de la Entidad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora tiene la responsabilidad de que los requisitos de asegurabilidad establecidos por su reasegurador, se encuentren reflejados en el Condicionado Particular.

CLÁUSULA 5.- (CERTIFICADOS DE COBERTURA INDIVIDUAL).

La Entidad Aseguradora deberá acreditar individualmente a los Asegurados los términos y condiciones básicos del Seguro de Desgravamen Hipotecario establecidos en el presente reglamento.

Sin que supla el mecanismo electrónico, el Certificado de Cobertura Individual también podrá instrumentarse, sujeto a aceptación de la Entidad de Intermediación Financiera, sin costo para el Asegurado, a través de los comprobantes de amortización del préstamo, incluyéndose en ellos los términos y condiciones básicos de la Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario (Coberturas, tasa neta, exclusiones, requisitos, plazo para el pago de las indemnizaciones y otros).



De manera coexistente al Certificado de Cobertura Individual efectuado por intermedio del mecanismo electrónico y del comprobante de amortización del préstamo, la Entidad Aseguradora o en su caso la Corredora de Seguros, a simple requerimiento del Asegurado y sin costo alguno para éste, también podrá extender el Certificado de Cobertura Individual convencional.

CLÁUSULA 6.- (PREVALENCIA LEGAL)

La Póliza de Seguro comprende el Condicionado General, el Condicionado Particular, el Certificado de Cobertura Individual, las Cláusulas, Formularios de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud del Asegurado.

En caso de discrepancia entre éstas, prevalecerá lo establecido en el Condicionado Particular sobre el Condicionado General.

Si el Certificado de Cobertura Individual se encuentra en discrepancia con lo establecido en el Condicionado General y/o Condicionado Particular de la Póliza y/o Cláusulas, prevalecerá lo dispuesto por el Certificado de Cobertura Individual.

CLÁUSULA 7.- (PARTES CONTRATANTES)

Son partes del presente contrato, la Entidad Aseguradora que asume los riesgos comprendidos en el contrato, el Asegurado que es la persona física que está expuesta al riesgo cubierto por el Seguro y el Tomador del Seguro que es la persona jurídica que, por cuenta y a nombre de un Asegurado, contrata con la Entidad Aseguradora la cobertura de los riesgos.

CLÁUSULA 8.- (ADMISIBILIDAD)

No podrán asegurarse personas que sean menores de 18 años y las personas mayores de la edad establecida en el Condicionado Particular. Cuando se traten de casos de riesgo agravado, la admisibilidad requerirá el cumplimiento de requisitos de asegurabilidad establecidos en el Condicionado Particular y la aceptación expresa del riesgo por la Entidad Aseguradora.

CLÁUSULA 9.- (OBLIGACIÓN DE DECLARAR DEL ASEGURADO)

El Asegurado está obligado a declarar objetiva y verazmente las afectaciones de salud que tiene y todo hecho y circunstancias que tengan importancia para la determinación del estado de riesgo, tal como lo conozca; a través del Formulario de Declaración de Salud proporcionado por la Entidad Aseguradora.

Si se extendió la póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario sin exigir al Asegurado las declaraciones escritas, se presume que la Entidad Aseguradora conocía el estado de riesgo, salvo que ésta pruebe dolo o mala fe del Asegurado.

CLÁUSULA 10.- (RETICENCIA O INEXACTITUD)

La reticencia o inexactitud en las declaraciones del Asegurado en el Formulario de Declaración de Salud hacen anulable la Cobertura Individual, siempre y cuando dicha reticencia o inexactitud suponga ocultación de antecedentes, de tal importancia que, de ser conocidos por la Entidad Aseguradora, ésta no habría otorgado la o las coberturas del contrato o de hacerlo, lo hubiera hecho en condiciones distintas. La Entidad Aseguradora deberá demostrar este aspecto al momento de alegar reticencia o inexactitud.

Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe por parte del Asegurado hacen nula la Cobertura Individual, en tal caso el Asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

Se presume la buena fe del Asegurado, correspondiendo probar lo contrario a la Entidad Aseguradora.

CLÁUSULA 11.- (INAPLICABILIDAD DE LA RETICENCIA O INEXACTITUD)

La Entidad Aseguradora no puede alegar reticencia o inexactitud, en los siguientes casos:

- a) Si la reticencia o inexactitud no implica un mayor riesgo, tal que conocidos por la Entidad Aseguradora los hechos o estados de situación verdaderos, la misma admitiría el riesgo sin recargo alguno.
- b) Si la Entidad Aseguradora otorga cobertura al Asegurado con el Certificado de Cobertura Individual sin exigir la Declaración de Salud.
- c) Si el Asegurado al momento de su Declaración de Salud no conocía el estado del riesgo.
- d) Si la Entidad Aseguradora no pidió antes de la emisión del Certificado de Cobertura Individual, las aclaraciones en puntos manifiestamente vagos y/o imprecisos de las declaraciones.
- e) Si la Entidad Aseguradora por otros medios de manera previa a la aceptación del estado del riesgo tuvo conocimiento del verdadero estado del riesgo.
- f) Si la reticencia o inexactitud no tiene relación con la producción del siniestro o sus efectos.

CLÁUSULA 12.- (MODIFICACIÓN, RESCISIÓN Y PERDIDA DE COBERTURA DEL CONTRATO)



Una vez que la Entidad Aseguradora asume los riesgos derivados del Certificado de Cobertura Individual, ésta no podrá modificar las condiciones del contrato, ni podrá rescindir el mismo; la falta de pago de la prima implica la pérdida de la cobertura después de los treinta (30) días de la fecha en que debió ser efectuado el pago.

CLÁUSULA 13.- (NULIDAD DE LA COBERTURA)

La Cobertura Individual será declarada nula cuando el seguro haya sido suscrito para una persona menor a diez y ocho (18) años.

CLÁUSULA 14.- (INDISPUTABILIDAD)

La validez de esta Póliza y su Cobertura no será discutida después de transcurridos los dos años desde el momento de la fecha de desembolso del préstamo, y de la aceptación expresa o tácita de la Entidad Aseguradora.

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

Para efectos del cómputo del plazo mencionado precedentemente, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida de la Cobertura Individual, no obstante la misma hubiera sido otorgada por más de una Entidad Aseguradora.

La falta de pago de primas por parte del Asegurado libera a la Entidad Aseguradora a Indemnizar en caso de producido el evento.

CLÁUSULA 15.- (SUICIDIO)

La Entidad Aseguradora no se libera de pagar el siniestro correspondiente, en caso de producirse el suicidio del Asegurado, después de dos años desde el desembolso del préstamo.

CLÁUSULA 16.- (PRIMAS)

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

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

Es obligación de la Entidad de Intermediación Financiera abonar a la Entidad Aseguradora el monto de la prima pagada por el Asegurado en el término que ambas partes convengan contractualmente.

El pago de la prima deberá ser efectuado mensualmente por el Asegurado a la Entidad Aseguradora, a través de la Entidad de Intermediación Financiera, designada por la Entidad Aseguradora, en las mismas fechas del cronograma de amortización del préstamo, salvo que en el Condicionado Particular de la Póliza se establezca una modalidad diferente. No incurre en mora el Asegurado, si el lugar del pago o el domicilio de la Entidad Aseguradora o el lugar indicado en la Póliza han sido cambiados sin su conocimiento.

El incumplimiento de pago de la prima treinta (30) días después de la fecha en que debió efectuarse, interrumpirá la vigencia de la Cobertura Individual del Asegurado.

El abono de las primas de la Entidad de Intermediación Financiera a la Entidad Aseguradora, en forma posterior a la fecha en que el Asegurado pagó la prima, no significará mora o incumplimiento atribuible al Asegurado, y cualquier contingencia o perjuicio que causen dichas situaciones al Asegurado, serán de responsabilidad plena de la Entidad de Intermediación Financiera.

CLÁUSULA 17.- (REHABILITACIÓN)

Si el seguro caduca por falta de pago de la prima, el Asegurado o el Tomador del Seguro puede, en cualquier momento, rehabilitar la Cobertura, con el pago de la(s) prima(s) atrasada(s) y los intereses devengados sin la necesidad de examen médico.

CLÁUSULA 18.- (CAPITAL ASEGURADO)

El Capital Asegurado durante la vigencia de la Póliza corresponderá, para la cobertura de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente



de la póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario, al Valor del Saldo Insoluto de la Deuda y; para las Coberturas Adicionales, corresponderá al valor establecido en el Certificado de Cobertura Individual.

CLÁUSULA 19.- (EL SINIESTRO)

El siniestro se produce al materializarse el riesgo cubierto por la Póliza de Seguro y da origen a la obligación de la Entidad Aseguradora de indemnizar o efectuar el pago de la prestación convenida. El siniestro se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario.

Si el siniestro se produce dentro de la vigencia del seguro, la Entidad Aseguradora responde con la indemnización correspondiente, aún cuando se evidencie la ocurrencia del siniestro durante el mes siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago de la prima que no fue pagada; pero si el siniestro se produce antes de la entrada en vigencia del Seguro, o de manera posterior a la conclusión de la vigencia del seguro, la Entidad Aseguradora no responde por la indemnización.

Para efectos de la cobertura de Fallecimiento, el siniestro se reconocerá a partir de la fecha de la ocurrencia del mismo.

En caso de Invalidez Total y Permanente, se reconoce que el siniestro se ha producido en la fecha determinada en el dictamen médico.

CLÁUSULA 20.- (PRUEBA DEL SINIESTRO)

En caso de Fallecimiento, incumbe al beneficiario probar que se suscitó el Siniestro.

En caso de Invalidez Total y Permanente, corresponde al Asegurado o Beneficiario probar la ocurrencia del Siniestro.

En su caso corresponde a la Entidad Aseguradora probar los hechos y circunstancias que pudieran liberarlo, en todo o en parte, de su responsabilidad.

El siniestro se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario.

CLÁUSULA 21.- (AVISO DE SINIESTRO)

El Asegurado o Beneficiario, en un plazo máximo de quince (15) días calendario de tener conocimiento del siniestro, deberá comunicar tal hecho a la Entidad Aseguradora, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.

No se puede invocar retardación u omisión del aviso cuando la Entidad Aseguradora, dentro del plazo indicado, intervenga en la comprobación del siniestro al tener conocimiento del mismo por cualquier medio.

La Entidad Aseguradora podrá liberarse de sus obligaciones cuando compruebe que el Asegurado o Beneficiario, según el caso, omite dar el aviso dentro del plazo establecido, con el fin de impedir la comprobación oportuna de las circunstancias del siniestro.

CLÁUSULA 22.- (REQUERIMIENTOS Y LÍMITES A LA INFORMACIÓN)

La Entidad Aseguradora tiene el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario, toda la información que pueda ser proporcionada por estos, siempre y cuando permitan determinar la causa, identidad de las personas, hechos y circunstancias del Siniestro.

La exigencia de documentos por parte de la Entidad Aseguradora, estará limitada a la posibilidad razonable de ser presentados por parte del Asegurado o Beneficiario. Toda exigencia que sobrepase ese límite, ha de entenderse como exigencia prohibida. Además, dichas exigencias no pueden exceder los límites de la obligación determinada en la cláusula 20 del presente condicionado y deberán estar relacionadas a la ocurrencia del Siniestro.

No surte efecto alguno la convención que condicione la indemnización a cargo de la Entidad Aseguradora, a una sentencia pasada en autoridad de cosa juzgada.

CLÁUSULA 23.- (PLAZO PARA PRONUNCIARSE)

La Entidad Aseguradora debe pronunciarse sobre el derecho del Asegurado o Beneficiario dentro de los (30) días de recibida la información y evidencias del Siniestro. Se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efecto del cómputo de plazos.

El plazo de (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del Siniestro o con la solicitud de la Entidad Aseguradora al



Asegurado para que se complemente la información, y este plazo no vuelve a correr hasta que el Asegurado haya cumplido con tales requerimientos.

La solicitud de complementación por parte de la Entidad Aseguradora no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro del plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del Asegurado y/o Beneficiario, después de la entrega por parte del Asegurado y/o Beneficiario del último requerimiento de información. El silencio de la Entidad Aseguradora, vencido el término para pronunciarse o vencida(s) la(s) solicitud(es) de complementación, importa la aceptación del reclamo.

CLÁUSULA 24.- (REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN).

a) Documentación para el pago de la Indemnización en caso de Fallecimiento del Asegurado

- Certificado de Defunción extendido por Oficial de Registro Civil. Si el Asegurado hubiera fallecido fuera del país, el indicado Certificado deberá llevar las legalizaciones correspondientes del consulado boliviano del país donde hubiera ocurrido el hecho o el consulado boliviano más accesible, y el de la Autoridad Competente en territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.
En caso de que la obtención del Certificado de Defunción fuera dificultosa por ausencia de Oficinas de Registro Civil en la jurisdicción municipal del domicilio del Asegurado siniestrado o en la jurisdicción municipal colindante del municipio donde vive el Asegurado siniestrado, podrá ser aceptada una certificación extendida por la autoridad comunitaria competente del lugar de ocurrencia del siniestro, con la participación de dos personas en calidad de testigos.
- Documento de identificación del Asegurado.
- Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.
- Documento de Pre-liquidación del préstamo emitido por el Tomador.

b) Documentación para el Pago de la Indemnización en caso de Invalidez Total y Permanente

- Declaración Médica de Invalidez, emitida por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO) o por la Entidad Encargada de Calificación (EEC) o por el médico calificador registrado en la APS.
- Documento de identificación del Asegurado.
- Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.
- Documento de Pre-liquidación del préstamo emitido por el Tomador.

CLÁUSULA 25.- (PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN)

Establecido el derecho del Asegurado o Beneficiario conforme lo dispuesto en la cláusula 23 del presente condicionado, la Entidad Aseguradora debe pagar la indemnización, dentro de los quince (15) días siguientes.

La Entidad Aseguradora se compromete a realizar el pago total de la indemnización ante la ocurrencia del Siniestro que afecte a cualquiera de los codeudores.

Si la Entidad Aseguradora incurre en mora, vencido el plazo señalado, procederá el pago adicional de intereses sobre el capital no pagado entre la fecha límite de pago y la fecha de pago efectivo, que se calcularán diariamente aplicando la tasa promedio ponderada del sistema financiero para préstamos en moneda nacional, publicada por el Banco Central de Bolivia.

CLÁUSULA 26.- (DERECHOS NO SUBROGABLES)

La Entidad Aseguradora no puede, en ningún caso, subrogarse los derechos que tenga el Asegurado o Beneficiario contra terceros causantes del siniestro.

CLÁUSULA 27.- (PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN)

El Asegurado o el Beneficiario pierde el derecho a la indemnización o pago de las prestaciones convenidas, cuando:

- a) Provoque dolosamente el siniestro;
- b) Oculte o altere, maliciosamente, en la verificación del siniestro, los hechos y circunstancias relacionados al aviso del siniestro y la documentación requerida por la Entidad Aseguradora.
- c) Recorra 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.

La Paz, 31 de marzo de 2026
SEGUROS Y REASEGUROS PERSONALES UNIVIDA S.A.
FIRMAS AUTORIZADAS



Ruth Ximena Murillo Lizarraga
GERENTE NACIONAL COMERCIAL
GERENCIA GENERAL
UNIVIDA S.A.
Seguros y Reaseguros Personales



Carmen Topa Gemio
GERENTE NACIONAL TÉCNICA Y DE ANÁLISIS
GERENCIA GENERAL
UNIVIDA S.A.
Seguros y Reaseguros Personales

PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Formato aprobado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros mediante Resolución Administrativa No. APS/DS/N°750/2017 de 20/06/2017

COD. 210-934916-2016 06 008 1003 COBERTURA ADICIONAL POR GASTOS DE SEPELIO

Esta Cobertura Adicional es anexo al Seguro Principal de Desgravamen Hipotecario, cuya cobertura es la muerte del Asegurado por cualquier causa, excepto las que se señalan en la cláusula 3 de las Condiciones Generales. Este Seguro Complementario se registrará por las siguientes condiciones:

ARTÍCULO 1.- COBERTURA COMPLEMENTARIA

- 1.1 La Compañía pagará al Beneficiario por concepto de Gastos de Sepelio, la Suma Asegurada estipulada en la presente Póliza, como consecuencia del riesgo de Muerte por Cualquier Causa del Asegurado, excepto por las exclusiones señaladas en el Artículo 2 de la presente Cobertura Complementaria, siempre y cuando la Cobertura Principal de Muerte por Cualquier Causa y la presente Cobertura Complementaria se encuentren vigentes al momento de producirse la eventualidad antes señalada.

ARTÍCULO 2.- EXCLUSIONES

- 2.1 La Compañía no cubre y quedará libre de toda responsabilidad u obligación, cuando la Muerte por Cualquier Causa del Asegurado sobrevenga directa o indirectamente como consecuencia de las exclusiones establecidas en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales de la Póliza de Desgravamen Hipotecario Anual Renovable.

ARTÍCULO 3.- SUMA ASEGURADA

- 3.1 La Suma Asegurada para la presente Cobertura Adicional de Gastos de Sepelio o la forma de su determinación, se encuentran claramente establecidas en las Condiciones Particulares y Certificados de Cobertura Individual del presente Seguro de Desgravamen Hipotecario Anual Renovable.
- 3.2 El pago de la Suma Asegurada establecida para la presente Cobertura, representa un adicional a la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura Principal de Muerte por Cualquier Causa de la presente Póliza de Seguro.

ARTÍCULO 4.- EDAD DE ADMISIÓN Y PERMANENCIA

- 4.1 Serán admitidas en la presente Cobertura Adicional, solo personas que tengan una obligación contractual con el Tomador, que sean mayores de dieciocho años y menores del límite de edad establecido por la Compañía en las Condiciones Particulares del presente Seguro de Desgravamen Hipotecario Anual Renovable.

ARTÍCULO 5.- RECLAMO DE LA SUMA ASEGURADA.

- 5.1 Al fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará el Capital Asegurado, según lo específicamente determinado en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Con este objeto, el Beneficiario, acreditando su calidad de tal, podrá exigir el pago del Capital Asegurado presentando la documentación establecida en el inciso a) de la Cláusula 24 de las Condiciones Generales de esta póliza, Declaratoria de Heredero Legal y/o documento donde el Asegurado haya declarado al Beneficiario.

ARTÍCULO 6.- TERMINACIÓN DE LA COBERTURA COMPLEMENTARIA

La presente Cobertura Complementaria forma parte integrante e indivisible de la presente Póliza de Seguro de Desgravamen Hipotecario Anual Renovable, por lo que sólo será válida y registrará mientras la Cobertura Principal esté vigente, quedando sin efecto:

- 6.1 Por terminación de la Cobertura Principal de Muerte por Cualquier Causa.
- 6.2 Por el pago de la Suma Asegurada, sin importar su modalidad de pago, correspondiente a otra Cobertura Adicional de la presente Póliza, en la que se estipule la terminación anticipada de la Cobertura Principal de Muerte por Cualquier Causa.



- 6.3 Por el pago del 100% de la Suma Asegurada Original, correspondiente a la presente Cobertura Adicional.
- 6.4 Cuando la edad del Asegurado exceda los límites de Edad de Permanencia establecidas en la presente Póliza para esta Cobertura Adicional.

La Paz, 31 de marzo de 2026

SEGUROS Y REASEGUROS PERSONALES UNIVIDA S.A

FIRMAS AUTORIZADAS


Ruth Almendra Murillo Lizarrosa
GERENTE NACIONAL COMERCIAL
GERENCIA GENERAL
UNIVIDA S.A.
Seguros y Reaseguros Personales


María del Carmen Tapia Gemo
GERENTE NACIONAL TÉCNICA Y DE ANÁLISIS
GERENCIA GENERAL
UNIVIDA S.A.
Seguros y Reaseguros Personales



PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO ANUAL RENOVABLE

Formato aprobado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros mediante
Resolución Administrativa No. APS/DS/N° 1055 de 27/07/16

COD. 210-934915-2015 12 01 2026

**CLÁUSULA ADICIONAL
DE ERRORES Y OMISIONES**

ANEXO A LA PÓLIZA NRO. UNI-DGL-26-00-LP-00001

La presente cláusula forma parte integrante e indivisible de la Póliza y prevalece sobre lo establecido en el Condicionado General y las Coberturas Complementarias pertinentes:

La presente Póliza establece que el tomador se compromete a declarar en su totalidad sus operaciones crediticias a escala nacional (exceptuando operaciones excluidas o no insertas según los parámetros establecidos en el Condicionado Particular o Anexos), el asegurador se compromete en considerar bajo la cobertura de esta póliza aquellas operaciones crediticias que por algún error u omisión del tomador no hubieren sido incorporadas en los reportes mensuales proporcionados al asegurador y por lo tanto las primas no hubieren sido canceladas, en cuyos casos el asegurador deducirá del monto de las indemnizaciones procedentes, las primas no cobradas debido a dichos errores u omisiones del tomador.

Todos los demás términos de la Póliza Principal, a excepción de lo modificado por la presente Cláusula Adicional, se mantienen invariables y en todo su vigor.

La Paz, 31 de marzo de 2026

SEGUROS Y REASEGUROS PERSONALES UNIVIDA S.A

FIRMAS AUTORIZADAS



Ruth Ximena Milla
GERENTE NACIONAL COMERCIAL
GERENCIA GENERAL
UNIVIDA S.A.
Seguros y Reaseguros Personales



Daniel del Carmen Tapia Cordero
GERENTE NACIONAL TÉCNICA Y DE ANÁLISIS
GERENCIA GENERAL
UNIVIDA S.A.
Seguros y Reaseguros Personales

