



SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
FORMULARIO VERSIÓN SIMPLE
CÓDIGO APS 203-934901-2002 05 013 3011
RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DS/N° 1491/2022

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre Completo de la persona a asegurar: **NICOL JHAZMIN MACHICADO CHUCAMANI** C.I.: **12799927**
 Entidad de Intermediación Financiera: **FUNDACIÓN PRO MUJER - IFD EL ALTO SENKATA**
 Monto del Préstamo (Bs/US\$): **5,000.00 BS** Fecha de Nacimiento: **24/03/2005**
 Ocupación Principal: **VENTA AL POR MENOR DE COSMÉTICOS ARTÍCULOS DE TOCADOR Y PERFUMERÍA** Estatura: **155** Peso: **55 KG**

CUESTIONARIO MÉDICO

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| 1) ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad que requirió hospitalización?
En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2) ¿Tiene o ha tenido algún tipo de cáncer?
En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3) ¿Tiene o ha tenido problemas o enfermedades cardiacas?
En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4) ¿Ha sido sometido a alguna operación quirúrgica en los últimos tres años?
En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5) ¿Fuma mas de diez cigarrillos diarios? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6) ¿Tiene sida o es portador del Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7) ¿Realiza o participa usted de alguna actividad o deporte de alto riesgo?
En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8) ¿Esta recibiendo tratamiento médico?
En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |

Por la presente acepto que esta Solicitud no es un contrato de seguro y que este solo existirá el momento en que La Vitalicia Seguros y Reaseguros de Vida S.A., acepte incluirme en el seguro por escrito, mediante nota enviada al Tomador de la Póliza, previo cumplimiento de todos los requisitos solicitados.

Asimismo, certifico que todas las declaraciones y respuestas de esta Solicitud las hechas o que hayan de hacerse al médico examinador, cuestionarios y modificaciones son completas y verídicas.

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o mi salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por **LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.**, a su vez faculto a esta última para que solicite y/o retire copia de tales antecedentes, exámenes o informes médicos de las personas e instituciones mencionadas, autorización que otorgo incluso para tener efecto después de mi muerte. De igual manera autorizo al Tomador de este Seguro, para que pueda dar cualquier información sobre mi situación financiera solicitada por **LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.**, para fines estrictamente del presente seguro.

Por la presente autorizo a **LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.**, utilizar la información contenida en la presente declaración para propósitos de este seguro, misma que podrá ser compartida con Compañías de Reaseguro debidamente autorizadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS).

Lugar y Fecha **El Alto** , **29** de **Octubre** de **2024**

.....
Firma de la Persona a asegurar

.....
Firma y/o Sello del Tomador

Aprobado	Tasa de Recargo	Porcentaje de Recargo	Tasa Actual	Tasa Recargo	Tasa Final	Monto Total Acumulado	Prima Total	Respuestas en el Certificado de Desgravamen	Observaciones
SI	NO	0%	0.81 %o	0%	0.81 %o	5,000.00 BS	48.60 BS		

- Si la póliza cuenta con la cobertura de Gastos de Sepelio, por favor designe a la Persona beneficiaria de este beneficio para Gasto de Sepelio y para la parte de Capital Constante:
BENEFICIARIO 1 ELSA CHUCAMANI ACARAPI
- (Este campo solo debe ser llenado por el solicitante del seguro)
- Su certificado de Cobertura podrá ser descargado desde el siguiente link <https://promujer.abnernet.com/de/descarga/tu/certificado/5rzwkq0p6r2vez88xldv29ej/02z7pe3k6wy1kdozmxqw1ojyl> o código QR.
- En caso de que el asegurado Prepague su crédito podrá solicitar la rescisión del contrato. El monto de la prima a devolver por parte de la Compañía será calculada de forma prorrateada en base al monto pagado por el cliente, menos los aportes y descuentos respectivos; quedando el cliente sin cobertura a partir de la fecha de solicitud.
- Una vez hecha la acreencia a favor del Tomador de la Póliza, la diferencia que resulte entre el monto desembolsado y el monto indemnizado al Tomador de la póliza por el saldo insoluto adeudado por el asegurado, se indemnizará al beneficiario declarados por el asegurado al momento de su afiliación al seguro o en ausencia de éstos a favor de los Herederos Legales.



**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL RENOVABLE PLAN TRANQUILIDAD
PARA SOCIAS DE FUNDACION PRO MUJER - IFD
CODIGO APS 203-934208-2007 06 023 3008
RESOLUCION ADMINISTRATIVA APS/DS /No. 267/2021**

1. Primer Apellido **MACHICADO** Segundo Apellido **CHUCAMANI** Apellido de Casada Nombres **NICOL JHAZMIN**
 2. Documento de Identidad CI CE N° **12799927**
 3. Fecha de Nacimiento **24/03/2005** 4. Lugar de nacimiento **LA PAZ MURILLO**
 5 Dirección: Calle o Avenida **ZONA SANTA ROSA CALLE B NRO 72B** Número
 Zona **SANTA ROSA** Ciudad **LA PAZ** Departamento **LA PAZ**
 Pais **BOLIVIA** Teléfonos **74846516**
 6. Estado Civil casado soltero viudo divorciado unión libre
 7. Actividad principal **VENTA AL POR MENOR DE COSMETICOS ARTICULOS DE TOCADOR Y PERFUMERIA**
 8. Coberturas contratadas:

Seguro de Vida Individual Renovable Seguro Plan Tranquilidad para Socias de Pro Mujer	Seguro de Vida Individual Renovable a Capital Decreciente Seguro Plan Tranquilidad para Socias de Pro Mujer
Si desea solicitar este Seguro marque con una X <input checked="" type="checkbox"/>	Si desea solicitar este Seguro marque con una X <input type="checkbox"/>
Seguro de Vida Individual Renovable Muerte Bs. 0.00 Gastos de Sepelio Bs. 3.000.00 Muerte Accidental Bs. 0.00 Pago Adicional por Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama, Displasia Cervical Bs. 3.000.00	Seguro de Vida Individual Renovable a Capital Decreciente: Monto insoluto de la deuda con Pro-Mujer a la fecha de fallecimiento del Asegurado

9. Beneficiarios para el caso de muerte del Asegurado
Seguro de Vida Individual Renovable incluyendo los seguros complementarios de Gastos de Sepelio y Muerte Accidental

Nombre	Parentesco	Porcentaje
Primarios ELSA CHUCAMANI ACARAPI	PADRE MADRE	100
Secundarios		

A la muerte del Asegurado se pagará el Capital Asegurado a los Beneficiarios Primarios. En caso de fallecimiento de un beneficiario primario se pagará a los beneficiarios secundarios en los porcentajes establecidos por el Asegurado. En caso de no establecerse porcentajes se entenderá que los beneficiarios son a partes iguales.

Seguro de Vida Individual Renovable a Capital Decreciente
FUNDACION PRO MUJER a título oneroso. El Capital Asegurado se pagará a FUNDACION PRO MUJER por el saldo insoluto de la deuda del Asegurado a la fecha de fallecimiento.

10. Padece Ud de alguna enfermedad o defecto físico? SI NO **X**
 11. Va Ud a ser intervenido quirúrgicamente o sometido a un tratamiento médico? SI NO **X**
 12. Ha sido sometido a un tratamiento médico durante los últimos cinco años? SI NO **X**
 13. Si las respuestas a las preguntas 10 a 12 fueron afirmativas, favor dar detalles(fechas, tratamientos, médicos, hospitales etc)

Por la presente acepto que esta Solicitud no es un contrato de seguro y que éste solo existirá si se emite y entrega el Certificado de Cobertura de acuerdo con esta Solicitud y los reglamentos de Seguros Masivos y de Seguro Colectivo de la ex Superintendencia de Pensiones Valores y Seguros, previo pago de la primera prima, entendiéndose que ese momento, el solicitante está con vida y en buena salud.

Asimismo, certifico que todas las declaraciones y respuestas de esta Solicitud son completas y verídicas, aceptando que esta solicitud es una declaración jurada, en concordancia a los artículos 992, 993 y 999, de la Sección II, Capítulo I, Título III, del Código de Comercio.

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o mi salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A., a su vez faculto a esta última para que solicite y/o retire copia de tales antecedentes, exámenes o informes médicos de las personas e instituciones mencionadas, autorización que otorgo incluso para tener efecto después de mi muerte.

Lugar y Fecha El Alto 29 de Octubre de 2024

Firma del Solicitante



Autorización de Funcionamiento: R.A. 047/98 del 12 de Junio 1998 de la SPVS
Av. 6 de Agosto No 2860 Central Piloto: 2-2157800 – Fax: 2-2113480
La Paz – Bolivia
www.lavitaliaciaseguros.com
SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO
CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL
POLIZA NRO. 10H2400001
COD. APS 203-934901-2002 05 013 4002
RESOLUCION ADMINISTRATIVA APS/DS/N° 1607/2019
CERTIFICADO INDIVIDUAL NRO. 26797

TOMADOR : Fundación Pro Mujer - IFD
ASEGURADO : NICOL JHAZMIN MACHICADO CHUCAMANI
INTERMEDIARIO: SUDAMERICANA S.R.L CORREDORES Y ASESORES DE SEGUROS
DIRECCION : AV. ARCE PROLONGACIÓN CORDERO NRO. 163 ZONA SAN JORGE
TELEFONO : 800-10-3070
VIGENCIA : De acuerdo a lo establecido en la Póliza Original
MONEDA : Bolivianos

COBERTURAS	CAPITAL ASEGURADO
- Muerte por cualquier causa no excluida en la póliza	5000 BS
- Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad cuya causa no este excluida en la Póliza.	5000 BS

TASA MENSUAL TOTAL POR MIL : 0.81

FORMA DE PAGO : Mensual (Pago por anticipado)
BENEFICIARIO : Fundación Pro Mujer – IFD a Título oneroso

CONDICIONES ESPECIALES DEL ASEGURADO:

En caso de que el asegurado Prepague su crédito podrá solicitar la rescisión del contrato. El monto de la prima a devolver por parte de la Compañía será calculada de forma prorrateada en base al monto pagado por el cliente, menos los aportes y descuentos respectivos; quedando el cliente sin cobertura a partir de la fecha de solicitud.

OBSERVACIONES:

El monto del Capital Asegurado del presente Certificado corresponde al saldo del préstamo proporcionado por el Tomador de la Póliza para la emisión del mismo.

Este Capital Asegurado se reducirá conforme se reduzca la deuda, siendo la obligación de la Compañía solo por el saldo insoluto de la misma, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales de esta Póliza.

Este Certificado está sujeto a las Condiciones Particulares, Generales y Especiales de la Póliza Principal que se encuentren en poder del Tomador.

COBERTURA DE MUERTE

El Capital Asegurado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares será pagado, por la Compañía, a la muerte del Asegurado, al Beneficiario, si esto ocurre durante la vigencia de la Póliza. La muerte podrá ser por cualquier causa, excepto las que se señalan en la Cláusula de Riesgos Excluidos.

Para el caso de existir codeudores o corresponsables, la cobertura podrá ser otorgada en dos alternativas:

1. Cobertura de acuerdo al porcentaje de responsabilidad en la obligación contractual.
2. Cobertura mancomunada por el cien por cien, cuyo Capital Asegurado se paga a la primera muerte, del deudor o de cualquiera de los codeudores.

COBERTURA DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE AL 60%:

Invalidez Total y Permanente: Es el hecho que el Asegurado quede total y permanentemente incapacitado, en forma irreversible y por lo menos en un 60%, por Accidente o por enfermedad, 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 Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS). Sin perjuicio de otras causas de Invalidez Total y Permanente, se considera como tal:

- La pérdida total e irreparable de la vista de ambos ojos.
- La amputación total de ambos brazos, ambas piernas, ambas manos o de ambos pies, o la amputación total de un brazo o mano conjuntamente con una pierna o un pie.

La Compañía pagará al Asegurado el Capital Asegurado para este Seguro Complementario, en caso de Invalidez Total y Permanente, siempre que el seguro principal se encuentre vigente y que dicha invalidez se produzca antes que el Asegurado haya cumplido los 70 (setenta) años de edad.

El pago total del Capital Asegurado de este Seguro Complementario determina la extinción de las coberturas del seguro principal y de los seguros complementarios, establecidos en la Póliza Principal.

RIESGOS EXCLUIDOS:

Las exclusiones aplicables al presente Certificado se encuentran detalladas en la Póliza principal que se encuentra en poder del Tomador, a la que se deberá remitir obligatoriamente para interpretación del alcance de las mismas. A continuación, se detallan las exclusiones para cada cobertura:

COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

La Compañía no cubrirá y estará eximida de toda responsabilidad, en caso de que el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado sobrevenga, directa o indirectamente como consecuencia de: a) Enfermedad pre-existente conocida por el Asegurado y que no fue comunicado 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.

COBERTURA DE SEPELIO:

Son las exclusiones detalladas para la COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

CLÁUSULA DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE AL 60%:

Son las exclusiones detalladas para la COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

ADHESION VOLUNTARIA AL SEGURO:

Se deja expresamente establecido que el Asegurado que figura en el presente certificado, ha aceptado voluntariamente su inclusión en la Póliza cuyo número figura en el título del Certificado, a través de la suscripción de la Solicitud de Seguro y/o el conocimiento de la cláusula respectiva del contrato de préstamo establecido entre el Tomador y el Asegurado, en el cual se hace constar la obligación del prestatario de contratar un seguro de Desgravamen hipotecario. El Asegurado podrá reemplazar la(s) cobertura(s) exigidas, con otra póliza de similares características.

CAMBIO DE PLAN:

El Asegurado, siempre que el contrato de seguro con el Tomador esté vigente, tendrá derecho a contratar en la Compañía, un seguro de vida individual en alguno de los planes que emita en ese momento, sin necesidad de nuevos requisitos de selección, sujeto a las condiciones determinadas por la Compañía.

AVISO DEL SINIESTRO:

En caso de Siniestro, el Asegurado o el Beneficiario, según corresponda, tan pronto y a más tardar dentro de los tres días de tener conocimiento de la muerte, ocurrencia del accidente o de la declaración de invalidez o de producido el desempleo, debe comunicar tal hecho a la Compañía, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.

El asegurado o beneficiario, acreditando su calidad de tal, podrá exigir el pago del Capital Asegurado presentando todos los documentos solicitados, que detallamos a continuación:

COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

Al fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará el Capital Asegurado, según lo específicamente determinado en las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza. Con este objeto, el Beneficiario, acreditando su calidad de tal, podrá exigir el pago del Capital Asegurado presentando los siguientes documentos que se enuncian de manera informativa mas no limitativa:

- a) Original del Certificado de Defunción extendido por Oficial de Registro Civil. Si el Asegurado hubiera fallecido fuera del país, el indicado Certificado deberá llevar las legalizaciones que correspondan según disposiciones legales tales como la del Consulado boliviano en el país donde hubiera ocurrido el hecho, Cancillería de Bolivia y otros.
- b) Copia legalizada del Certificado Médico indicando la causa primaria, secundaria y la causa agravante del fallecimiento de acuerdo a normas de la Organización Mundial de la Salud.
- c) Copia legalizada del Certificado del Médico Forense (sí corresponde).
- d) Original o Copia legalizada del Certificado de la Autoridad competente (sí corresponde).
- e) Original del Certificado de Nacimiento del Asegurado.
- f) Fotocopia simple del Carnet de Identidad del Asegurado.
- g) Certificado Individual Original.
- h) Información solicitada por la Compañía en formularios a ser proporcionados.
- i) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha del fallecimiento.

El reclamo por fallecimiento presunto, solo será atendido una vez que el o los interesados presenten Resolución Judicial correspondiente.

CLÁUSULA DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE AL 60%:

El Asegurado deberá presentar la siguiente documentación, que será evaluada por la Compañía.

- a) 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.
- b) Documento de Identificación del asegurado.
- c) Formulario de declaración de Siniestro o nota de denuncia del siniestro.
- d) Documento de Pre-Liquidación del préstamo emitida por el Tomador.
- e) Original del Certificado Individual.

Lugar y Fecha El Alto 29 de Octubre de 2024

LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.

FIRMAS AUTORIZADAS

Pablo Daniel La Fuente Heredia
Subgerente de Seguros Masivos

Jorge Mauricio Alvarez Pol
Gerente de Seguros de Vida

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN:	
Firma del Asegurado:	
Número y extensión de su Carnet de Identidad:	12799927
Fecha de Recepción:	



**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL RENOVABLE PLAN TRANQUILIDAD
PARA SOCIAS DE FUNDACIÓN PRO MUJER - IFD
CODIGO APS 203-934208-2007 06 023 4004
RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DS/N° 267/2021
CERTIFICADO DE COBERTURA
No 26797**

ASEGURADO: NICOL JHAZMIN MACHICADO CHUCAMANI
DIRECCION : ZONA SANTA ROSA CALLE B NRO 72B
VIGENCIA Desde las 12:01 del 29 de octubre de 2024
Hasta las 12:00 del 29 de octubre de 2025
MONEDA Bolivianos

COBERTURAS	CAPITAL ASEGURADO BS
Seguro de Vida Individual Renovable a Capital Decreciente Monto insoluto de la deuda con Pro-Mujer a la fecha de fallecimiento del Asegurado.	
Seguro de Vida Individual Renovable Muerte	Bs. 0.00
Gastos de Sepelio	Bs. 3,000.00
Muerte Accidental	Bs. 0.00
Pago Adicional por Cáncer Cérvico Uterino y de mama, Displasia Cervical	Bs. 3,000.00
PRIMA NETA	
PRIMA ADICIONAL	
PRIMA TOTAL	
FORMA DE PAGO	MENSUAL (Pago por anticipado)

**BENEFICIARIOS PARA EL CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO
SEGURO VIDA INDIVIDUAL RENOVABLE INCLUYENDO LOS SEGUROS COMPLEMENTARIOS DE GASTOS DE SEPELIO Y MUERTE ACCIDENTAL**

PRIMARIOS	%	PARENTESCO
ELSA CHUCAMANI ACARAPI	100	PADRE MADRE
SECUNDARIOS	%	PARENTESCO

ADHESION VOLUNTARIA AL SEGURO: Se deja establecido que el asegurado que figura en el presente certificado, ha aceptado voluntariamente la suscripción de las Pólizas de Seguro Vida Individual Renovable, sus seguros complementarios de Muerte Accidental, Gastos de Sepelio, Pago Adicional por Cáncer Cérvico Uterino y de Mama y Seguro Vida individual Renovable a Capital Decreciente, a través de la suscripción de la Solicitud de Seguro de Vida Seguro Plan Tranquilidad para socias de PRO MUJER, integrante e indivisible del contrato.

CONDICIONES

**Seguro de Vida Individual Renovable
Seguro Plan Tranquilidad para Socias de Pro Mujer
Código asignado Póliza: 203-934208-2007 06 023
Resolución Administrativa SPVS/IS/No. 479**

CLAUSULA 1. Partes Contratantes. Son partes contratantes, La Vitalicia Seguros y Reaseguros de Vida S.A. La Compañía y el Asegurado.

CLAUSULA 2. Cobertura. Las coberturas del Seguro Plan Tranquilidad surtirán efecto como consecuencia de lo siguiente:

- Muerte del Asegurado por cualquier causa.
- Que el Asegurado(a) sea diagnosticado con cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama o Displasia Cervical. Las coberturas del Seguro Plan Tranquilidad surtirán efecto si las causas descritas anteriormente ocurren durante la vigencia del presente Certificado, excepto las que se señalan en la Cláusula 4, del presente Certificado. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de este Certificado, no corresponderá indemnización alguna devengándose la prima cobrada, en favor de la Compañía.

En el Seguro Vida Individual Renovable, en caso de fallecimiento del Asegurado se pagará a los beneficiarios el Capital Asegurado que corresponda y que figura en el Certificado de Cobertura.

En caso de Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama se pagará al Asegurado el Capital Asegurado que corresponda y que figura en el Certificado de Cobertura.

CLAUSULA 3 Capitales Asegurados. La suma de los Capitales Asegurados que figuran en el presente Certificado Individual, no podrá exceder del equivalente en bolivianos a US\$ 10.000 (Diez mil dólares americanos al tipo de cambio oficial de venta).

CLAUSULA 4. Riesgos Excluidos.

Seguro Vida individual Renovable Coberturas de Muerte, Gastos de Sepelio. La Compañía no cubre y estará eximida de toda responsabilidad, en caso de muerte del Asegurado, que sobrevenga directa o indirectamente como consecuencia de:

- Suicidio, intento de suicidio, mutilaciones o lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, durante los dos primeros años de vigencia ininterrumpida. Si el fallecimiento se produce con posterioridad, la Compañía pagará el capital asegurado que correspondiere, a los Beneficiarios, siempre que hayan transcurrido los dos años de vigencia a contarse desde la fecha de contratación del seguro, desde su rehabilitación ó desde el aumento del capital asegurado que correspondiere. En éste último caso, el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital asegurado que se hubiese incrementado.

b) Intervención directa o indirecta del Asegurado en actos delictuosos, que le ocasionen la muerte.

c) Que la muerte sea causada por un Beneficiario, como autor o cómplice. Si existieran varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado, conservarán su derecho sobre la parte que les corresponda del Capital Asegurado Constante.

d) Guerra internacional o civil (declarada o no), revolución, invasión y actos de enemigos extranjeros.

e) Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.

Seguro Vida individual Renovable Coberturas de Muerte Accidental.

La Compañía no cubre y estará eximida de toda responsabilidad, si el accidente ocurre a consecuencia de:

a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.

b) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

c) La práctica de deportes riesgosos como: Buceo submarino, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, carrera de automóviles, carreras de motocicletas, carrera de lanchas y otros deportes riesgosos.

d) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso como construcción, agricultura, ejército, policía, energía nuclear, energías renovables, petróleo, gas natural, suministro eléctrico, fabricación de maquinaria, fabricación de medios de transporte, industria eléctrica, fabricación de metales, fabricación de plásticos, soldadura, trabajo en piedra, trabajo en madera, trabajo con vidrios, periodismo, minas, circos, parques de atracciones, servicios de seguridad, perforación de túneles, pesca, servicios de prisiones, servicios de ambulancia, servicios de rescate.

e) Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

f) Viaje en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en una línea comercial autorizada para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario fijo.

g) Tratamientos médicos en general.

h) Las exclusiones señaladas en el Seguro Principal

Seguro Vida individual Renovable Coberturas de Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama y Displasia Cervical.

- a) Todo tumor, cáncer o displasia cervical en presencia de infección por VIH (salvo adquirida medicamente y/o en ocasión del trabajo).
- b) Todo cáncer que no sea cérvico uterino o de mama.
- c) Toda displasia que no sea cervical
- d) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio asegurado, suicidio o intento de él ya sea a consecuencia de trastornos mentales o no
- e) Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos, enervantes, estimulantes o similares.
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas
- g) Falta de apego a indicaciones médicas terapéuticas
- h) Radiación atómicas, nucleares y derivadas de éstas
- i) Las exclusiones señaladas en el Seguro Principal

CLAUSULA 5. Aviso de Siniestro. En caso la ocurrencia de un siniestro, el Asegurado o los Beneficiarios según corresponda, tan pronto y a más tardar dentro de los 15 días de tener conocimiento del mismo, deberán comunicar a la Compañía este hecho salvo fuerza mayor.

Para las siguientes coberturas, los beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos:

Seguro Vida individual Renovable cobertura de Muerte Gastos de Sepelio y Muerte Accidental

- a) Certificado de Defunción extendido por Oficial de Registro Civil.
- b) Documento de identificación del Asegurado fallecido (carnet de identidad).
- c) Certificado de Nacimiento y/o un documento de identificación del (los) Beneficiario(s) (carnet de identidad).
- d) Declaratoria de Herederos, si no hubieran Beneficiarios nominados en la Póliza
- e) Original del Certificado de Cobertura. Para las siguientes coberturas, los asegurados deberán presentar los siguientes documentos:

Seguro Vida individual Renovable cobertura de Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama y Displasia Cervical. En caso de enfermedad del Asegurado por Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama ó Displasia Cervical, tan pronto y a más tardar dentro de los 15 días de tener conocimiento de la enfermedad, deberá comunicar tal hecho a la Compañía y presentar los siguientes documentos:

- a) Certificado de Nacimiento del Asegurado.
- b) Informe médico, que indique el tipo de enfermedad o lesión en cuestión.
- c) Resultados de todos los exámenes practicados.
- d) Información clínica, radióloga históloga y de laboratorio.
- e) Cualquier otro tipo de informe médico, resultados de exámenes y otros documentos justificativos del estado de salud y condiciones físicas del Asegurado.

CONDICIONES

Seguro de Vida Individual Renovable a Capital Decreciente

Seguro Plan Tranquilidad para Socias de Pro Mujer

Código asignado Póliza: 203-934209-2007 06 024

Resolución Administrativa SPVS/IS/No. 479

CLAUSULA 6. Partes Contratantes. Son partes contratantes, La Vitalicia Seguros y Reaseguros de Vida S.A. y Pro Mujer, como Tomador que actúa por cuenta y a nombre del Asegurado.

CLAUSULA 7. Cobertura. Las coberturas del Seguro Plan Tranquilidad surtirán efecto como consecuencia de lo siguiente:

Muerte del Asegurado por cualquier causa.

Las coberturas del Seguro de Vida Individual Renovable a Capital Decreciente surtirán efecto si la muerte de Asegurado ocurre durante la vigencia del presente Certificado, siempre y cuando el fallecimiento del Asegurado no sobrevenga directa o indirectamente de las causas descritas en la Cláusula 9, del presente Certificado. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de este Certificado, no corresponderá Indemnización alguna devengándose la prima cobrada, en favor de la Compañía.

Al fallecimiento del Asegurado se pagará a los beneficiarios el Capital Asegurado que corresponda y que figura en el Certificado de Cobertura.

CLAUSULA 8. Capitales Asegurados. En el Seguro Vida Individual Renovable a Capital Decreciente, se pagará al Beneficiario el Capital Asegurado Decreciente que corresponde al saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento del Asegurado, certificado por el Tomador mediante el estado de cuenta de préstamo u otro documento equivalente. Se incluye intereses normales desde la fecha de último pago de la deuda hasta la fecha de fallecimiento, no cubriéndose intereses moratorios o penales.

CLAUSULA 9. Riesgos Excluidos.

Seguro Vida individual Renovable a Capital Decreciente. La Compañía no cubre y estará eximida de toda responsabilidad, en caso de muerte del Asegurado, que sobrevenga directa o indirectamente como consecuencia de:

- a) Suicidio, intento de suicidio, mutilaciones o lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, durante los dos primeros años de vigencia ininterrumpida. Si el fallecimiento se produce con posterioridad, la Compañía pagará el capital asegurado que correspondiere, a los Beneficiarios, siempre que hayan transcurrido los dos años de vigencia a contarse desde la fecha de contratación del seguro, desde su rehabilitación ó desde el aumento del capital asegurado que correspondiere. En éste último caso, el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital asegurado que se hubiese incrementado.

b) Intervención directa o indirecta del Asegurado en actos delictuosos, que le ocasionen la muerte.

c) Guerra internacional o civil (declarada o no), revolución, invasión y actos de enemigos extranjeros.

d) Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.

CLAUSULA 10. Aviso de Siniestro. En caso la ocurrencia del siniestro, el Beneficiario tan pronto y a más tardar dentro de los 15 días de tener conocimiento del mismo, deberá comunicar a la Compañía el fallecimiento del Asegurado salvo fuerza mayor.

El beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

Seguro Vida individual Renovable a Capital Decreciente

- a) Certificado de Defunción extendido por Oficial de Registro Civil.
- b) Documento de identificación del Asegurado fallecido (carnet de identidad).
- c) Original del Certificado de Cobertura.
- d) Estado de cuenta del préstamo a la fecha de fallecimiento.

CLAUSULA 11. Primas. El Asegurado, tiene la obligación de efectuar el pago de la Prima al contado y por anticipado al periodo de cobertura.

El pago de las primas, será efectuado a través de Pro Mujer mediante depósito bancario, cheque u otra forma acordada con la Compañía. La Compañía, no está obligada a cobrar las primas en el domicilio del Asegurado, ni dar aviso de su vencimiento.

El pago de las primas, se acredita mediante el Recibo Oficial extendido por la Compañía a Pro Mujer.

Lugar y Fecha.

El Alto, 29 de octubre de 2024

LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.

Pablo Daniel La Fuente Heredia
Subgerente de Seguros Masivos

Jorge Mauricio Alvarez Pol
Gerente de Seguros de Vida

Firmas Autorizadas