

OFICINA CENTRAL: Calacoto Calle Julio Patiño Nro 550 esquina Calle 12  
 Central Piloto 2775550 - Sucursal 1 2315566 Fax 2203917 e-mail: credinform@credinform.com Casilla 1724 La Paz - Bolivia

**PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA MÉDICA**

Resolución Administrativa Nro 335 del 22 de Marzo de 2017

Registro No 102.911187-2017 03 198

**CONDICIONES PARTICULARES  
 EN BOLIVIANOS**

=====  
**Póliza Nro.** AMC-LPE0151020  
**Asegurado** BANCO ECONOMICO PRESTATARIOS  
**Dirección** CALLE AYACUCHO N° 166  
**Zona** CENTRO  
**Teléfono** 3155500  
**E-mail** sasbun@baneco.com.bo  
**Celular** ---  
**Nro. NIT** 1015403021  
**Actividad** COMERCIAL  
**Distrito** SANTA CRUZ

Vigencia: Desde las 12:00 Hrs. del 04/05/2017 Hasta las 12:00 Hrs. del 04/05/2019 (730 días).

=====  
**Tomador**  
**Nombre** BANCO ECONOMICO S A  
**Dirección** CALLE AYACUCHO N° 166  
**Zona** CENTRAL  
**Teléfono** 3155500  
**Celular** ---  
**Nro. NIT** 1015403021

**TIPO DE POLIZA:** FLOTANTE

**RIESGOS CUBIERTOS**

**VALOR  
 ASEGURADO**

\* LA PRESENTE PÓLIZA AMPARA LOS SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS POR LOS AFILIADOS A ESTE CONTRATO, PRODUCTO DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, DE ACUERDO A COBERTURAS Y CONDICIONES ESTABLECIDAS MAS ADELANTE.  
 SON AFILIADOS AL PRESENTE SEGURO, LOS PRESTATARIOS/CLIENTES DEL BANCO ECONOMICO Y SUS DEPENDIENTES DIRECTOS (CONYUGES E HIJOS) Y/O AQUELLOS FAMILIARES QUE TENGAN RELACION DE CONSANGUINIDAD DE 1ER GRADO Y DEMUESTREN DEPENDENCIA ECONOMICA DEL TITULAR ASEGURADO

**TOTAL VALOR ASEGURADO:**

**0.00**

**ALCANCE TERRITORIAL:** BOLIVIA

**COBERTURAS**

	Alc.	Franq.(Bs.)	Franq.(%)	Valor Asegurado (Bs.)	
AMPARO DE CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	100%	0.00	0.00		Cubre
AMPARO DE CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	100%	0.00	0.00		Cubre
AMPARO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	100%	0.00	0.00		Cubre
AMPARO DE COBERTURA AMBULATORIA DE EVENTOS ACCIDENTALES	100%	0.00	0.00	345.00	
AMPARO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	100%	0.00	0.00	4,830.00	

**ACLARACIONES A COBERTURAS**

AMPARO DE CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL ILIMITADO, PREVIA COORDINACIÓN CON EL CALL CENTER

AMPARO DE CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN GINECOLOGIA Y PEDIATRIA, ILIMITADO, PREVIA COORDINACIÓN CON EL CALL CENTER

OFICINA PRINCIPAL  
 Calacoto Calle Julio Patiño Nro 550 Esq. Calle 12  
 Central Piloto (02)2775550  
 Fax: (591-02)2203917  
 e-mail: credinform@credinform.com  
 La Paz Bolivia

SUCURSAL 1  
 Calle Capitan Pavele Iruo 2520  
 Telf: (021)315585

SANTA CRUZ  
 Telf: (03)3341535  
 COCHABAMBA  
 Telf: (04)4250095  
 SUCRE  
 Telf: (04)6453312

POTOSI  
 Telf: (02)5223189  
 ORURO  
 Telf: (02)5277544  
 TARIJA  
 Telf: (04)6842736

CAMIRI  
 Telf: (03)9522173  
 YACUBA  
 Telf: (04)6223729

TRINIDAD  
 Telf: (03)4628717

AMPARO DE SUMINISTRO DE  
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS  
AMPARO DE COBERTURA  
AMBULATORIA DE EVENTOS  
ACCIDENTALES  
AMPARO DE HOSPITALIZACIÓN Y  
CIRUGÍA

DE ACUERDO A VADEMECÚM, ILIMITADO,  
HASTA BS. 345 POR EVENTO

SEA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE) HASTA BS. 4.830.- POR DIAGNOSTICO

**Prima Total Emitida : Bs. \*\*\*1,738,055.49 .-**

**FORMA DE PAGO**

De acuerdo a lo establecido en el Compromiso de Pago adjunto.

**OBSERVACIONES**

**ÁMBITO GEOGRÁFICO:**

NACIONAL

**VIGENCIA PARA LOS ASEGURADOS:**

**CRÉDITOS:** POR EL PLAZO TOTAL DEL CRÉDITO, DE ACUERDO A LAS DECLARACIONES MENSUALES DE ASEGURADOS REMITIDAS POR EL BANCO

**CAPTACIONES:** UN AÑO CON CLÁUSULA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA, DE ACUERDO A LAS DECLARACIONES MENSUALES DE ASEGURADOS REMITIDAS POR EL BANCO

**MODALIDAD DEL SEGURO:**

**SISTEMA CERRADO:** RED DE PROVEEDORES MÉDICOS/FARMACIAS ADSCRITOS SEGÚN LISTA EN PODER DE LA COMPAÑÍA Y DE CONOCIMIENTO DEL TOMADOR DE ESTE SEGURO

**EDAD LÍMITE DE INGRESO:**

**CRÉDITOS:** HASTA LOS 70 AÑOS PARA TITULARES Y CÓNYUGES; PARA HIJOS DEPENDIENTES HASTA 25 AÑOS

**CAPTACIONES:** HASTA LOS 65 AÑOS PARA TITULARES Y CÓNYUGES; PARA HIJOS DEPENDIENTES HASTA 25 AÑOS

**EDAD LÍMITE DE PERMANENCIA:**

**CRÉDITOS:** HASTA QUE SE EXTINGA LA DEUDA CON EL BANCO O SE CUMPLA EL PLAZO ORIGINALMENTE PACTADO EN EL CONTRATO DEL PRESTAMO.

**CAPTACIONES:** HASTA 75 AÑOS, SIEMPRE Y CUANDO LAS RENOVACIONES SUCESIVAS SEAN AUTOMÁTICAS Y MÁXIMO 24 HORAS POSTERIOR AL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA.

**INICIO DE COBERTURA:**

**CRÉDITOS:** 24 HORAS POSTERIORES AL DESEMBOLSO POR PARTE DEL TOMADOR HASTA EL FINAL DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y/O CESACIÓN DEL PRÉSTAMO.

**CÓNYUGES Y DEPENDIENTES:** DESDE LA FECHA EN LA CUAL HAYAN SIDO INCORPORADOS POSTERIORMENTE COMO ASEGURADOS EN LA PÓLIZA.

**CAPTACIONES:** TITULARES, CÓNYUGES Y DEPENDIENTES: DESDE LA FECHA EN LA CUAL HAYAN SIDO INCORPORADOS COMO ASEGURADOS EN LA PÓLIZA.

**FINALIZACIÓN DE COBERTURA:**

**CRÉDITOS:** EN CASO DE CANCELACIÓN Y/O CESACIÓN DE LA OBLIGACIÓN DEL PRESTATARIO CON EL TOMADOR; TRANSCURRIDOS 30 DÍAS ADICIONALES DESDE LA FECHA DE PAGO DE LA ÚLTIMA CUOTA

OFICINA PRINCIPAL  
Calles Calle Julio Patiño Nro 550 Esq. Calle 12  
Central Piloto: (02)2775550  
Fax (591 02)2203917  
email: credinformsa@credinformsa.com  
La Paz Bolivia

SUCURSAL I  
Calle Capitan Ravelo Nro 2328  
Tel: (02)2315585

SANTA CRUZ  
Tel: (03)3341305  
COCHABAMBA  
Tel: (04)4250095  
SUCRE  
Tel: (04)6453312

POTOSI  
Tel: (02)6223189  
ORURO  
Tel: (02)5277544  
TARJA  
Tel: (04)9842736

GAMINI  
Tel: (03)9521176  
YACUIBA  
Tel: (04)6823799

TRINIDAD  
Tel: (03)4626717

**CAPTACIONES:** POR CIERRE DE LA CAJA DE AHORRO.

TAMBIEN SE CONSIDERARA FINALIZADA LA COBERTURA DE LA POLIZA CUANDO:

EN LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA, SALVO LA PÓLIZA HAYA SIDO RENOVADA POR EL TOMADOR A SU VENCIMIENTO (SIN PERJUICIO DE QUE LAS CONDICIONES PUEDAN MODIFICARSE EN CADA RENOVACIÓN)

POR INCUMPLIMIENTO O MORA EN EL PAGO DE PRIMAS U OTRAS ESTABLECIDAS EN EL CONDICIONADO GENERAL.

**PRIMA UNICA POR PLAN**

**PRIMA MENSUAL**

SOLO TITULAR BS. 45.-

TITULAR + 1 BS. 87.-

TITULAR + 2 BS. 128.-

TITULAR + 3 BS. 165.-

TITULAR + 4 BS. 200.-

**PLAZO DE 0 -12 MESES**

SOLO TITULAR BS. 540.-

TITULAR + 1 BS. 1.044.-

TITULAR + 2 BS. 1.512.-

TITULAR + 3 BS. 1.980.-

TITULAR + 4 BS. 2.400.-

**PLAZO DE 0 -18 MESES**

SOLO TITULAR BS. 810.-

TITULAR + 1 BS. 1.566.-

TITULAR + 2 BS. 2.268.-

TITULAR + 3 BS. 2.970.-

TITULAR + 4 BS. 3.600.-

**PLAZO DE 0 -24 MESES**

SOLO TITULAR BS. 1.080.-

TITULAR + 1 BS. 2.088.-

TITULAR + 2 BS. 3.024.-

TITULAR + 3 BS. 3.960.-

TITULAR + 4 BS. 4.800.-

**PLAZO DE 0 -36 MESES**

SOLO TITULAR BS. 1.620.-

TITULAR + 1 BS. 3.132.-

TITULAR + 2 BS. 4.538.-

TITULAR + 3 BS. 5.940.-

TITULAR + 4 BS. 7.200.-

**OFICINA PRINCIPAL**  
 Calle Julio Páez Nro 550 Esq Calle 12  
 Central Pínto (02)2775560  
 Fax: (591-02)2203917  
 email: credinformia@credinformes.com  
 La Paz - Bolivia

**SUCURSAL 1**  
 Calle Capitán Ravalo Nro 2328  
 Tel: (02)2315596

**SANTA CRUZ**  
 Tel: (03)3341335  
**COCHABAMBA**  
 Tel: (04)4250095  
**SUCRE**  
 Tel: (04)8453312

**POTOSI**  
 Tel: (02)8223189  
**ORURO**  
 Tel: (02)5277544  
**TARJA**  
 Tel: (04)8642736

**CANIRI**  
 Tel: (03)9522176  
**YACUIBA**  
 Tel: (04)6823700

**TRINIDAD**  
 Tel: (03)4626717

PLAZO DE 0 -42 MESES

SOLO TITULAR BS. 1.890.-

TITULAR + 1 BS. 3.654.-

TITULAR + 2 BS. 5.292.-

TITULAR + 3 BS. 6.930.-

TITULAR + 4 BS. 8.400.-

PLAZO DE 0 -48 MESES

SOLO TITULAR BS. 2.160.-

TITULAR + 1 BS. 4.176.-

TITULAR + 2 BS. 6.048.-

TITULAR + 3 BS. 7.920.-

TITULAR + 4 BS. 9.600.-

PLAZO DE 0 -60 MESES

SOLO TITULAR BS. 2.700.-

TITULAR + 1 BS. 5.220.-

TITULAR + 2 BS. 7.560.-

TITULAR + 3 BS. 9.900.-

TITULAR + 4 BS. 12.000.-

PLAZO DE 0 -72 MESES

SOLO TITULAR BS. 3.240.-

TITULAR + 1 BS. 6.264.-

TITULAR + 2 BS. 9.072.-

TITULAR + 3 BS. 11.880.-

TITULAR + 4 BS. 14.400.-

PLAZO DE 0 -84 MESES

SOLO TITULAR BS. 3.780.-

TITULAR + 1 BS. 7.308.-

TITULAR + 2 BS. 10.584.-

TITULAR + 3 BS. 13.860.-

TITULAR + 4 BS. 16.800.-

PLAZO DE 0 -96 MESES

SOLO TITULAR BS. 4.320.-

TITULAR + 1 BS. 8.352.-

TITULAR + 2 BS. 12.096.-

TITULAR + 3 BS. 15.840.-

TITULAR + 4 BS. 19.200.-

OFICINA PRINCIPAL  
Calles Calle Julio Patiño Nro. 550 Esq. Calle 12  
Central Pícolo (02)7755550  
Fax: (591-92)2203917  
email: [credinformsa@credinformsa.com](mailto:credinformsa@credinformsa.com)  
La Paz - Bolivia

SUCURSAL 1  
Calle Capitán Ravello Nro. 2328  
Tel: (02)2315569

SANTA CRUZ  
Tel: (03)3341335  
COCHABAMBA  
Tel: (04)4250085  
SUCRE  
Tel: (04)9453312

POTOSÍ  
Tel: (02)6223169  
ORURO  
Tel: (02)5277544  
TARJA  
Tel: (04)6642736

CAMIRI  
Tel: (03)9522176  
YACUJBA  
Tel: (04)8523799

TRINIDAD  
Tel: (03)4528757

PLAZO DE 0 -108 MESES

SOLO TITULAR BS. 4.860.-

TITULAR + 1 BS. 9.396.-

TITULAR + 2 BS. 13.608.-

TITULAR + 3 BS. 17.820.-

TITULAR + 4 BS. 21.600.-

PLAZO DE 0 -120 MESES

SOLO TITULAR BS. 5.400.-

TITULAR + 1 BS. 10.440.-

TITULAR + 2 BS. 15.120.-

TITULAR + 3 BS. 19.800.-

TITULAR + 4 BS. 24.000.-

**FORMA DE PAGO:**

**CRÉDITOS:** PRIMA ÚNICA, ANTICIPADA POR EL PERIODO DEL CRÉDITO

**CAPTACIONES:** PRIMA ÚNICA, ANTICIPADA POR UN AÑO CALENDARIO

**ACLARACIONES A LA POLIZA:**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS REPORTES:**

PARA EL CÁLCULO DE LAS LIQUIDACIONES MENSUALES DE PRIMAS ÚNICAS COBRADAS, EL TOMADOR PROPORCIONARÁ A LA COMPAÑÍA DENTRO DE LOS PRIMEROS 10 DÍAS HÁBILES DE CADA MES, LOS REPORTES DE COBRANZA DEBIDAMENTE CONCILIADOS.

**PRIMAS Y FORMA DE PAGO**

LA COMPAÑÍA UNA VEZ RECEPCIONE LOS REPORTES DE COBRANZA, DEBERÁ ELABORAR UNA LIQUIDACIÓN EN LA CUAL INSTRUIRÁ AL BANCO LOS MONTOS A ABONAR A SU CUENTA DE ACUERDO A LAS PRIMAS COBRADAS

EL BANCO TIENE MÁXIMO 5 DÍAS HÁBILES DESDE LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA LIQUIDACIÓN ENVIADA POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EL ABONO DE PRIMAS, CORRESPONDIENTES A LAS DECLARACIONES DEL MES ANTERIOR.

QUEDA ESTABLECIDO Y SEÑALADO QUE EL ASEGURADO PUEDE:

1. PRE PAGAR LA TOTALIDAD DEL CRÉDITO Y EXTINGUIR EL MISMO, SITUACIÓN QUE NO AFECTARÁ LA VIGENCIA Y SUBSISTENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA COBERTURA OTORGADA POR EL PLAZO PACTADO, MANTENIÉNDOSE EN ESTA CIRCUNSTANCIA LA RELACIÓN CONTRACTUAL SOLO ENTRE EL ASEGURADO (EX PRESTATARIO) Y LA COMPAÑÍA ASEGURADORA O EN SU CASO EL DEUDOR PODRÁ EJERCER SUS DERECHOS ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, RESPECTO A LA DEVOLUCIÓN DE PRIMAS QUE POR EL TIEMPO NO CORRIDO LE PUDIERE CORRESPONDER.

2. FALLECER; AL EXTINGUIRSE EN ESTA CIRCUNSTANCIA EL INTERÉS ASEGURABLE LOS FAMILIARES PODRÁN EJERCER SUS DERECHOS ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, RESPECTO A LA DEVOLUCIÓN DE PRIMAS QUE POR EL TIEMPO NO CORRIDO LE PUDIERE CORRESPONDER PARA EL ASEGURADO FALLECIDO.

**ACLARACIONES:**

**OFICINA PRINCIPAL**  
 Calacoto Calle Julio Patiño Nro. 550 Esq. Calle 12  
 Central Piloto: (02)2775550  
 Fax: (591-02)2703817  
 email: credinform@credinformsa.com  
 La Paz - Bolivia

**SUCURSAL 1**  
 Calle Capitan Ravelo Nro. 2328  
 Telf: (02)2115558

**SANTA CRUZ**  
 Telf: (03)3541335  
**COCHABAMBA**  
 Telf: (04)4250695  
**SUCRE**  
 Telf: (04)6453312

**POTOSI**  
 Telf: (02)6223189  
**ORURO**  
 Telf: (02)5277544  
**TARUJA**  
 Telf: (04)8542736

**CAMPESI**  
 Telf: (03)8522176  
**YACUIBA**  
 Telf: (04)3823759

**TRINIDAD**  
 Telf: (05)4623717

1. NO PODRÁN INGRESAR A ESTE PRODUCTO: MENORES DE EDAD, SOLOS Y/O EN PÓLIZAS INDIVIDUALES
2. HIJASTROS/SOBRINOS/PADRES Y PERSONAS CON 1ER. GRADO DE CONSANGUINIDAD DEBEN DEMOSTRAR DEPENDENCIA ECONÓMICA
3. NO APLICA PERIODOS DE CARENCIA
4. EN CASO DE ACCIDENTE DE TRANSITO LA COBERTURA SE APLICARÁ EN EXCESO DE LA COBERTURA DEL SOAT
5. AVISO DE SINIESTRO 30 DÍAS
6. EN CASO DE QUE EL TOMADOR COMO ADMINISTRADOR DEL COLECTIVO CARGASE PRIMAS POR CAPITALES ASEGURADOS SUPERIORES A LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DEL ASEGURADOR, LA RESPONSABILIDAD DEL TOMADOR Y EL ASEGURADOR FRENTE AL ASEGURADO Y/O SUS REPRESENTANTES SE LIMITARÁ A LA DEVOLUCIÓN DE LAS PRIMAS COBRADAS Y PAGADAS EN EXCESO.

**EXCLUSIONES:**

ESTE SEGURO NO CUBRE LOS GASTOS DIRECTOS Y/O INDIRECTOS, COMPLICACIONES DERIVADAS Y/O RELACIONADAS Y/O A CONSECUENCIA DE:

- a) LOS GASTOS PROVENIENTES DE LA ATENCIÓN DE LA MATERNIDAD Y/O DEL PARTO.
- b) LOS GASTOS Y ATENCIONES MÉDICAS POR CONCEPTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.
- c) ATENCIONES MÉDICAS HOSPITALARIAS EN LAS CUALES EL PACIENTE ESTE RECLUIDO MENOS DE 24 HORAS. EXCEPTO EL AMPARO DE COBERTURA AMBULATORIA DE EVENTOS ACCIDENTALES
- d) REEMBOLSOS POR ATENCIONES MÉDICAS NO AUTORIZADAS Y/O QUE SE HUBIERAN REALIZADO FUERA DE LAS UNIDADES ADSCRITAS
- e) CIRUGÍAS PLÁSTICAS Y TRATAMIENTOS DENTALES, A MENOS QUE SEAN A CAUSA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA Y EL TRATAMIENTO SEA HOSPITALARIO (NO AMBULATORIO), OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA
- f) ATENCIONES OCASIONADAS POR RIÑAS CALLEJERAS Y/O CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO EFECTO DE DROGAS O BEBIDAS ALCOHÓLICAS
- g) CUANDO EL ASEGURADO PRESENTE LESIONES AUTO INFRINGIDAS
- h) TRATAMIENTOS PRESCRITOS PARA EL DOMICILIO, LUEGO DE UNA ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA (MEDICAMENTOS, ENFERMERA A DOMICILIO, FISIOTERAPIAS, SILLAS DE RUEDAS O SIMILARES ASÍ COMO OTRO TIPO DE TERAPIAS)
- i) PROCESOS CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS REALIZADOS POR ENFERMEDAD QUE SE HAYA REALIZADO EN EL DÍA (CIRUGÍAS MENORES)

**CLAUSULAS ADICIONALES**

1. ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS A PRORRATA (CRÉDITOS EN BASE AL PLAZO, CAPTACIONES ANUAL)
2. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA (APLICABLE A VIGENCIAS ANUALES)

**PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS**

LOS DOCUMENTOS A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO:

1. ATENCIÓN DE EMERGENCIAS: CEDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO
2. ATENCIÓN AMBULATORIA Y MEDICAMENTOS: CEDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO PREVIA COORDINACIÓN CON EL CALL CENTER

**LÍNEAS DE ATENCIÓN - CALL CENTER**

LA LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE ES EL 800-101870 LAS 24 HORAS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO.

**CONFORMIDAD DEL ASEGURADO**

Autorizo a la Compañía, mi reporte a la Central de Riesgos del Mercado de Seguros, acorde a las Normativas Reglamentarias de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS).

<u>NOMINA DE ASEGURADOS</u>		<u>DOC.</u>	<u>M. ACC.</u>	<u>INCAP.</u>	<u>G. MED.</u>	<u>SEP.</u>	<u>PRIMA</u>	<u>A/B/R</u>	
1 - HELGUERO, BECERRINA ISABEL	CI: 3492257 LP	345.00	4.000.00	0.00	0.00	596.00			
2 - NAVARRO MORALES, CATALINA GARMEN ROSA	CI: 297259 LP	345.00	4.000.00	0.00	0.00	596.00			
<b>OFICINA PRINCIPAL</b> Central Calle Julio Petiño Nro 550 Esq. Calle 12 Central Piloto (02)2775550 Fax: (591-02)2202817 email: credinformsa@credinformsa.com La Paz - Bolivia	<b>SUCURSAL 1</b> Calle Capitan Ravelo Nro 2928 Tel: (02)2315566	<b>SANTA CRUZ</b> Tel: (03)3341335	<b>COCHABAMBA</b> Tel: (04)4260095	<b>SUCRE</b> Tel: (04)6453312	<b>POTOSÍ</b> Tel: (02)9223169	<b>ORURO</b> Tel: (02)5277544	<b>TARIJA</b> Tel: (04)9642736	<b>CAMIRI</b> Tel: (03)9522176	<b>YACUIBA</b> Tel: (04)6823799
								<b>TRINIDAD</b> Tel: (03)4628717	

3 - HEREDIA, LUPE MIGUELINA	CI 5368748 SC	345,00	4.830,00	0,00	0,00	7.942,00
15 - HERBAS PINTO, ENRIQUE	CI 2682162 CIG	345,00	4.830,00	0,00	0,00	1.787,00
18 - RODRIGUEZ GALARZA, JUAN ADHEMAR	CI 5640012 CH	345,00	4.830,00	0,00	0,00	1.668,00
<Fin de la Nomina>						

**Lugar y Fecha de Emisión:** SANTA CRUZ, 18 de Mayo de 2017

**Cartera:** SUDAMERICANA CORRED.Y ASESORES DE SEGUROS S.R.L.

myacob.scRef. AMC-LPE0151020  
 AMC-LPE0151020SC2

**SEGUROS Y REASEGUROS CREDIFORM INTERNACIONAL S.A.**



OFICINA PRINCIPAL  
 Calacoto Calle Julio Padillo Nro. 550 Esq. Calle 12  
 Central Pkto: (02)2775550  
 Fax: (591-42)2203917  
 email: crediformsa@crediformsa.com  
 La Paz - Bolivia

SUCURSAL 1  
 Calle Capitan Ravolo Nro. 2326  
 Telf: (02)2315566

SANTA CRUZ  
 Telf: (03)3341335  
 COCHABAMBA  
 Telf: (04)250086  
 SUCRE  
 Telf: (04)6453312

POTOSI  
 Telf: (02)8223188  
 ORURO  
 Telf: (02)5277544  
 TARIJA  
 Telf: (04)6642736

CAMIRI  
 Telf: (03)9522175  
 YACUIBA  
 Telf: (04)6823750

TRINIDAD  
 Telf: (03)4828717



OFICINA PRINCIPAL  
Calacoto Calle Julio Patiño Nro. 559 Esq. Calle 12  
Central Pícolo (02)2775550  
Fax. (591)0212203917  
Email: [credinformasa@credinformasa.com](mailto:credinformasa@credinformasa.com)  
La Paz - Bolivia

SUCURSAL 1  
Calle Capitán Ravalo Nro. 2328  
Telf: (02)2514566

SANTA CRUZ  
Telf: (03)3341335  
COCHABAMBA  
Telf: (04)4250096  
SUCRE  
Telf: (04)6453312

POTOSÍ  
Telf: (02)6223188  
GRUPO  
Telf: (02)6277544  
TARIJA  
Telf: (04)6642726

CAMIRI  
Telf: (03)4532176  
YACUIBA  
Telf: (04)6803798

TRINIDAD  
Telf: (03)4926757



**POLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA  
CONDICIONES GENERALES**

Póliza aprobada mediante Resolución Administrativa Nro. 335 de fecha 22 de Marzo de 2017  
Registro No. 102.911187-2017 03 198

En virtud de la presente Póliza, **SEGUROS Y REASEGUROS REDINFORM INTERNACIONAL S.A.**, en adelante "la Compañía", y las personas cuyos nombres se indican en la "Nómina de Asegurados" en las Condiciones Particulares, en adelante "el Asegurado", convienen en suscribir un contrato de Seguro de Asistencia Médica de Salud por el cual la Compañía prestará al Asegurado, en los términos y condiciones que se establecen en los siguientes artículos, los servicios médicos producto de un accidente o enfermedad amparados en este contrato.

**ARTÍCULO 1º – DEFINICIONES**

**Compañía Aseguradora:** "SEGUROS Y REASEGUROS REDINFORM INTERNACIONAL S.A.", denominada en adelante "la Compañía", emite la presente Póliza en base a las condiciones estipuladas en este contrato de seguro y a la información contenida en cada Certificado de Cobertura Individual presentado a la Compañía.

**Asegurado:** Es la persona natural que tiene derecho a recibir todos los servicios y prestaciones médicas definidas bajo este contrato de seguro y que ha sido admitida e inscrita en la Póliza, cumpliendo con los requisitos que la Compañía exige.

Se considera como admisible a la persona natural menor de 65 años al momento de suscripción original de esta Póliza. Cuando el Asegurado alcanza la edad de 65 años termina la vigencia de su contrato y queda automáticamente sin cobertura. Se puede extender la cobertura hasta los 70 años, siempre y cuando el Asegurado haya permanecido con vigencia continua durante por lo menos 5 años, antes de cumplir el límite máximo de edad, 65 años; la extensión de cobertura, debe formalizarse mediante anexo especial en sujeción a las condiciones enmarcadas en esta póliza o de alguna otra que la Compañía determine y especifique en dicho anexo.

**Tomador:** Es la persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía; representa al grupo Asegurado y es el único habilitado para solicitar enmiendas o modificaciones a esta Póliza. El Tomador puede no ser Asegurado, en cuyo caso él no recibirá ningún beneficio directo de este contrato; el beneficio lo recibirá el grupo o personas a las que representa. En el caso de seguros contratados por una empresa en calidad de Tomador en beneficio de sus empleados o terceras personas, dicho Tomador se hace responsable del pago de las primas u otras obligaciones emergentes del contrato. El Tomador y Asegurado pueden ser la misma persona.

**Grupo Asegurado:** Es el conjunto de personas aseguradas unidas por un vínculo o interés común que cumple las condiciones del presente contrato, pudiendo ser grupo familiar o colectivo. El Grupo Asegurado suscribe el contrato a través del Tomador.

**Titular Asegurado:** Es la persona natural que suscribe la Póliza de Asistencia Médica de la Compañía a través del Tomador, cumpliendo con los requisitos de inscripción de la Compañía; tiene todos los derechos y obligaciones de la Póliza contratada; además designa al(los) Dependiente(s) Asegurado(s).

**Dependiente Asegurado:** Se entiende como tal al cónyuge o compañero(a) permanente de un Titular Asegurado y a los hijos solteros menores de 19 años o cualquier otro hijo soltero menor de 25 años de edad que se encuentre estudiando en forma regular y dependa del Titular Asegurado para su manutención. También se incluye a las personas con 1º grado de consanguinidad que dependan del Titular para su manutención.

Se incluye como hijos a: hijos propios (hijos procreados por el Titular Asegurado), hijos adoptivos del Titular Asegurado, cualquier otro niño dependiente del Titular Asegurado para su sostenimiento y que viva en el domicilio del Titular Asegurado en una relación natural de padre e hijo.

El Dependiente Asegurado es designado por el Titular Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura, quedando establecido que el Dependiente Asegurado tiene todos los derechos y obligaciones establecidas en la Póliza.

Todo Dependiente Asegurado mayor a la edad límite debe solicitar, a través del Tomador, su desafiliación como Dependiente Asegurado y su afiliación como Titular Asegurado respectivamente para la continuidad a su seguro de Asistencia Médica contratado.

**Póliza:** Documento que instrumenta el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Compañía y el Asegurado. Sólo cuando este contrato ha sido emitido y aceptado por ambas partes se puede decir que han nacido los derechos y obligaciones que del mismo se derivan.

En el caso de existir un Tomador y diferentes Asegurados, la Compañía instrumentará el contrato de seguro mediante el Certificado Individual de Cobertura para cada Asegurado.

**Prima:** Es el monto específico de dinero que recibe la Compañía por parte del Asegurado, en contraprestación por la cobertura de los riesgos que ésta le ofrece, incluyendo los recargos e impuestos de legal aplicación.

**Siniestro:** Es el hecho que se produce al acontecer el riesgo cubierto en el contrato de seguro y da origen a la obligación de la Compañía efectuar la prestación convenida.

**Riesgo Cubierto:** Se refiere a la prestación de los tratamientos médicos ambulatorios y/u hospitalarios, en que incurra el Asegurado debido a una enfermedad o lesión, cuando estos no se encuentren como Exclusiones y/o con Periodos de Carencia establecidos en la Póliza y siempre que se originen en la práctica de la medicina ortodoxa.

**Prestaciones:** Servicios que la Compañía otorga a sus Asegurados bajo la presente Póliza, a través de los médicos y/o instituciones legalmente establecidos.

**Unidad Adscrita:** Prestadores de servicios médicos que han suscrito un convenio con la Compañía para brindar atención a los clientes afiliados al Seguro de Asistencia Médica y que se encuentran detallados en la Lista o Red de Unidades Adscritas.

**Asegurado: BANCO ECONOMICO PRESTATARIOS**  
**Póliza No.: AMC-LPE0151020**

**Lista o Red de Unidades Adscritas:** Es la Lista de Prestadores de servicios médicos que han suscrito un convenio con la Compañía para brindar atención a los clientes afiliados al Seguro de Asistencia Médica. Esta lista es entregada de forma adjunta a la póliza y puede ser modificada en cualquier momento por la Compañía, por este motivo, el Asegurado consultará a la Compañía sobre modificaciones que pueden ocurrir en la Red de Unidades Adscritas. La Compañía se reserva el derecho de admisión o desafiliación de los proveedores médicos.

**Declaración del Profesional que brindó la prestación (Informe médico):** En esta declaración o informe se debe especificar el nombre del paciente, el diagnóstico, las eventuales complicaciones o evolución, pronóstico, recetas de medicamentos y fecha en que se otorgó la prestación. La Compañía se reserva el derecho de solicitar al Asegurado mayor información médica en caso que se requiera de la misma o complementar el historial o antecedentes clínicos.

**Porcentaje de Cobertura:** Es el porcentaje señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza que corresponde a la participación de la Compañía en los gastos de una enfermedad o accidente cubierto.

**Enfermedad:** Conjunto de signos y síntomas que tienen la misma evolución y proceden de una causa específica conocida o desconocida, que produce una alteración, daño o trastorno en la salud por causa natural intrínseca o extrínseca al organismo del Asegurado y ajena a la voluntad del mismo. El tratamiento para su cura puede ser de orden clínico, medicamentoso o quirúrgico dentro de los servicios y prestaciones que se establecen en la nómina de prestaciones valorizadas de la Compañía.

**Enfermedades Crónicas:** Se clasifica bajo esa denominación a las afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica, sin embargo, su determinación y diagnóstico es entera potestad de un profesional médico.

**Accidente:** Fenómeno imprevisto, especialmente de carácter traumático, causado por acción violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado; que afecta a la integridad física o salud del Asegurado. Por extensión y aclaración, se asimilan a la definición de accidentes:

- i. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en locales públicos o que han sido adquiridos ignorando su mal estado
- ii. La consecuencia de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado al cuerpo por una herida externa, causada por accidente cubierto por la presente Póliza.
- iii. La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción, la electrocución.
- iv. La consecuencia directa de picaduras o mordeduras de ofidios (serpientes) o insectos venenosos.

**Atención Hospitalaria:** Toda atención en Clínica, Hospital o Institución de Salud debidamente autorizada por autoridad competente en la que el Asegurado deba permanecer internado por más de 24 horas. Una vez dado de alta, la atención médica posterior se considera Ambulatoria.

**Atención Ambulatoria:** Toda atención médica otorgada en Consultorio Médico, en Hospital, Clínica o Institución de Salud en la que el Asegurado permanezca menos de 24 horas.

**Atención de Emergencia:** Es el primer tratamiento ofrecido en la sala de Emergencia de un Hospital o Clínica inmediatamente después del repentino e inesperado cambio en la condición física de una persona, la cual requiere atención en un centro médico porque:

- i. La atención médica no puede prestarse adecuadamente y sin riesgo fuera del centro médico; o
- ii. La atención adecuada no está disponible en otro lugar del área en el momento en que la atención inmediata se necesita; y de no ser ofrecida la atención en el centro médico, de acuerdo con lo estipulado por La Compañía, se considera que ello resultaría en:
  - La pérdida de la vida o de una extremidad; o
  - En el deterioro significativo de una función corporal; o
  - En la alteración funcional permanente de una parte del cuerpo.

Las atenciones de Emergencia se cubren bajo los términos de Emergencia por Enfermedad o Emergencia por Accidente.

**Emergencia por Enfermedad:** La aparición inesperada y repentina, con manifestación clínica aguda y que requiere atención médica inmediata, dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho y definida como enfermedad en el presente contrato. En estos casos, la Compañía reconocerá la atención como prestaciones ambulatorias.

**Emergencia por Accidente:** La aparición inesperada y repentina de síntomas, con manifestación clínica aguda y que requiere atención médica inmediata, dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho y definida como accidente en el presente contrato. En estos casos, la Compañía reconocerá la atención hasta el límite estipulado en el contrato para este evento.

**Exclusiones:** Son las prestaciones médicas no cubiertas por el presente seguro

**Nómina de Prestaciones Valorizadas (NPV):** Documento que contiene la descripción de prestaciones que brinda el seguro de Asistencia Médica. La Compañía puede modificar estas prestaciones y/o actualizar estos servicios con el objeto de ampliar o de mejorar las coberturas de los mismos. Dicha Nómina de Prestaciones Valorizadas (NPV) se encuentra a disposición de los Asegurados en cada una de las oficinas de la Compañía.

**Credencial de Asegurado:** Documento que forma parte de la Póliza de seguro de Asistencia Médica de la Compañía. Su función principal es certificar que el Asegurado portador de la misma cuenta con el servicio y cobertura del seguro de asistencia médica. La credencial contiene los datos principales del Asegurado. La Credencial del Asegurado debe estar acompañada del carnet de identificación personal para que el Asegurado pueda ser atendido en cualquiera de las Unidades Adscritas.

La Credencial será emitida en forma gratuita para el Asegurado y será entregada junto con la Póliza contratada en cada renovación y/o conjuntamente con el Certificado Individual de Cobertura. En caso de pérdida o extravío de la Credencial, la Compañía emitirá una nueva que deberá ser solicitada de forma expresa por el Tomador, siendo entera atribución de la

Compañía, determinar los recargos Administrativos para la emisión de la nueva Credencial.

**Órdenes de Atención:** Son los documentos que emite la Compañía para que el Asegurado pueda hacer uso de las prestaciones que se encuentran bajo la cobertura del Seguro de Asistencia Médica. Dichas prestaciones tienen cobertura hasta el límite de indemnización y el porcentaje de bonificación que la Compañía y el Asegurado hayan pactado en las Condiciones Particulares.

Las Órdenes de Atención contienen los datos del Asegurado, las prestaciones autorizadas, el valor cubierto por la Compañía y el valor que debe pagar el Asegurado, según las condiciones pactadas en las Condiciones Particulares. Las Órdenes de Atención deben estar debidamente autorizadas por la Compañía.

En caso de que la Compañía opere mediante un Call Center, las Órdenes de Atención pueden extenderse mediante este servicio con un código que se otorgará al Asegurado para que proceda con la atención de las prestaciones requeridas.

**Límite de Indemnización:** Se entiende por Límite de Indemnización al Valor Asegurado Total en el cual se incluyen los sub límites de las coberturas adicionales.

**Rehabilitación de Póliza por falta de pago:** Es cuando la Póliza ha sido anulada por falta de pago y el Asegurado solicita cobertura nuevamente. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud del Asegurado. En caso de aceptación de parte de la Compañía, la Rehabilitación de la Póliza se efectuará en los nuevos términos y condiciones pactados. El Asegurado no deberá tener primas pendientes de pago con la Compañía para acceder a la aprobación de este tipo de Rehabilitación. Los Gastos de Administración o Recargos Administrativos serán determinados por la Compañía.

**Continuación de Beneficios para Dependientes después de fallecimiento del Asegurado Titular:** Si el Asegurado Titular fallece mientras está cubierto bajo el presente seguro, los beneficios vigentes por Gastos de Atención de la Salud de sus dependientes asegurados, continuarán hasta el final del periodo de vigencia de la póliza, con la condición de pago de primas hasta el vencimiento de la misma.

**Continuación de Beneficios para hijo Dependiente Asegurado incapacitado:** Si un Dependiente Asegurado se encuentra incapacitado totalmente al cumplir la edad límite para continuar como tal (17 años 11 meses y 29 días), los beneficios por Asistencia Médica de ese Dependiente Asegurado continuarán en vigor si él continúa incapacitado, pudiéndose renovar la póliza anualmente hasta los 30 años de edad cumplidos por éste, sujeto al pago de prima correspondiente.

Un Dependiente Asegurado será considerado incapacitado totalmente cuando está impedido de generar su propio sustento como consecuencia de incapacidad física o mental que inició antes de la fecha en que cumpla la edad límite y depende principalmente del Asegurado Titular para su sostenimiento. Las pruebas de que el Dependiente Asegurado, está completamente incapacitado deberán suministrarse a la Compañía no más tarde de los 60 días después de la fecha en que el hijo alcance la edad máxima para ser considerado como un dependiente elegible. Los beneficios cesarán cuando ocurra cualquiera de los siguientes hechos:

- El Dependiente Asegurado deja de estar incapacitado.
- No se envían las pruebas de que continúa incapacitado hasta 60 días después de la fecha en que alcance la edad máxima de Dependiente.
- No se realiza cualquiera de los exámenes que son requeridos por la Compañía.

La Compañía tendrá el derecho de solicitar pruebas de que el Dependiente Asegurado continúa incapacitado. La Compañía también tiene el derecho a examinar al Dependiente Asegurado tantas veces como lo estime necesario durante el periodo de incapacidad, haciéndose cargo de los gastos relacionados a estos exámenes. No se requerirá más de un examen cada año después de transcurrir 2 años desde la fecha en que el Dependiente Asegurado cumplió la edad límite. El Asegurado debe solicitar a través del Tomador cualquier modificación que sea por él necesaria. La comunicación debe ser por medio escrito y entregado en el domicilio legal de la Compañía. La Compañía podrá solicitar que se cumplan requisitos adicionales a la solicitud si así lo considera necesario. Los Gastos de Administración o Recargos, y las exclusiones para la utilización del servicio serán evaluados por la Compañía y comunicados al Asegurado. Una vez aceptadas las condiciones por ambas partes se emitirá un nuevo contrato de seguros con los nuevos términos pactados. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar los cambios de la póliza.

#### ARTÍCULO 2º - COBERTURAS

El seguro cubrirá los gastos por los servicios generados por prestaciones médicas en que incurra el Asegurado ocurridas en la ciudad de residencia habitual definida en el Certificado Individual de Cobertura, en cualquier punto del territorio Boliviano, no alcanzando el amparo del seguro a ningún otro punto geográfico fuera del territorio de Bolivia.

El Asegurado podrá acceder a las prestaciones médicas sólo a través de Unidades Adscritas y no podrá acceder en ningún caso al Reembolso por Gastos Médicos incurridos fuera de la red de Unidades Adscritas, salvo disposición en contrario estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza.

#### ARTÍCULO 3º - BENEFICIOS

Los Asegurados tendrán derecho a solicitar cobertura por prestaciones de salud de acuerdo con las coberturas establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o el Certificado Individual de Cobertura, y según las definiciones que se presentan a continuación:

El presente producto contempla los ámbitos de Consulta Ambulatoria de Medicina General, Consulta Ambulatoria de Medicina Especializada, Suministro de Medicamentos Ambulatorios, Amparo de Cobertura Ambulatoria de Eventos Accidentales, y Servicios de Hospitalización y Cirugía, estableciéndose a continuación para cada uno de ellos su definición.

- Amparo de Consulta Ambulatoria de Medicina General.

Registro No.: 102-911187-2017 03 198 1001

Mediante el presente amparo se da cobertura a las consultas de Medicina General que requiera el asegurado para el tratamiento de una enfermedad o accidente siempre y cuando éstas se realicen dentro de la red de médicos y clínicas que para el efecto se suministra como anexo a la presente póliza.

- Amparo de Consulta Ambulatoria de Medicina Especializada.

Registro No.: 102-911187-2017 03 198 1002

**Asegurado: BANCO ECONOMICO PRESTATARIOS**  
**Póliza No.: AMC-LPE0151020**

Mediante el presente amparo se da cobertura a las consultas de pediatría y ginecología que requiera el asegurado para el tratamiento de una enfermedad o accidente, siempre y cuando éstas se realicen dentro de la red de médicos y clínicas que para el efecto se suministra como anexo a la presente póliza.

**\* Amparo de Suministro de Medicamentos Ambulatorios.**

**Registro No.: 102-911187-2017 03 198 1003**

Mediante el presente amparo se da cobertura a los medicamentos que prescriba cualquiera de los médicos de la red, siempre y cuando dichos medicamentos estén incluidos en el Vademecum de Medicamentos, el cual se suministra como anexo a la presente póliza.

**\* Amparo de Cobertura Ambulatoria de Eventos Accidentales.**

**Registro No.: 102-911187-2017 03 198 1004**

Mediante el presente amparo se da cobertura a los gastos ocasionados por la atención ambulatoria de eventos accidentales, entendiéndose como tal, a los accidentes que sufra el Asegurado que afectaron su integridad física o su salud.

El límite de los gastos reconocidos por el presente amparo se establece en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Cobertura de la póliza, quedando establecido que todo gasto que supere dicho monto deberá ser asumido por el asegurado.

**\* Amparo de Hospitalización y Cirugía.**

**Registro No.: 102-911187-2017 03 198 1005**

Mediante el presente amparo se da cobertura a los costos incurridos por la atención médica hospitalaria, con cirugía o no, que se preste en las instituciones hospitalarias de la red de proveedores, prevenientes del tratamiento de una patología que afecte la salud del asegurado. No están incluidas bajo esta cobertura, aquellas atenciones denominadas hospital de día, en las cuales el paciente permanece en la institución hospitalaria menos de 24 horas.

El límite de los gastos por el presente amparo se establece en las Condiciones Particulares y/o el Certificado Individual de Cobertura de la póliza, quedando establecido que todo gasto proveniente del tratamiento hospitalario que supere dicho monto deberá ser asumido por el asegurado.

La lista de instituciones hospitalarias de la red se suministra como anexo a la presente póliza.

**ARTÍCULO 4º - DEL INICIO DE COBERTURA Y PERIODOS DE CARENCIAS**

Las lesiones por accidente tienen amparo automático desde el inicio de la vigencia del seguro. Las emergencias médicas y medicina ambulatoria tienen amparo automático desde el inicio de la vigencia del seguro a no ser que se encuentren excluidas o estén dentro del periodo de carencia para que la Compañía no las acepte.

**ARTÍCULO 5º - DE LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.**

Este seguro no cubre los gastos directos y/o indirectos, complicaciones derivadas y/o relacionadas y/o a consecuencia de:

- Los gastos provenientes de la atención de la maternidad y/o del parto.
- Los gastos y atenciones médicas por concepto de enfermedades crónicas.
- Atenciones médicas hospitalarias en las cuales el paciente esté recluido menos de 24 horas.

- Reembolsos por atenciones médicas no autorizadas y/o que se hubieran realizado fuera de las Unidades Adscritas.
- Cirugías plásticas y tratamientos dentales, a menos que sean a causa de un accidente cubierto por la Póliza y el tratamiento sea hospitalario (no ambulatorio), ocurridos durante la vigencia de la misma.
- Atenciones ocasionadas por riñas callejeras y/o cuando el Asegurado se encuentre bajo efecto de drogas o bebidas alcohólicas.
- Cuando el Asegurado presente lesiones auto infringidas.
- Tratamientos prescritos para el domicilio, luego de una atención ambulatoria u hospitalaria (medicamentos, enfermera a domicilio, fisioterapias, sillas de ruedas o similares así como otro tipo de terapias).
- Procesos clínicos y quirúrgicos realizados por enfermedad que se haya realizado en el día (cirugías menores).

**Limitaciones:**

El límite de cobertura para los gastos reconocidos en una internación hospitalaria, está sujeto al valor establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual de Cobertura a de la póliza para este concepto.

En caso de accidente de tránsito en el que se afectara el Asegurado, aplicará en primera instancia los amparos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

**ARTÍCULO 6º - DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL**

La Compañía no se responsabiliza de los resultados de ningún tratamiento o atención ambulatoria u hospitalaria que reciba el Asegurado por parte de los profesionales o instituciones que los hubieran brindado.

**ARTÍCULO 7º - AVISO DE SINIESTRO**

El Asegurado, tan pronto y a más tardar dentro de los tres (3) días de tener conocimiento del siniestro (entendiéndose para esta Póliza como lesión o enfermedad), deben comunicar tal hecho al asegurador, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.

**ARTÍCULO 8º - ANULACION POR FALTA DE PAGO**

El no pago de las primas en las fechas convenidas más los intereses fijados dentro de los plazos pactados, suspende la vigencia del Contrato de Seguro, habilitando a la Compañía a ejercer su derecho con fuerza ejecutiva para exigir la prima por el periodo corrido.

**ARTÍCULO 9º - TERMINACION DE LA COBERTURA**

Los beneficios bajo este seguro cesarán cuando ocurra el primero de los siguientes hechos:

- Cuando la vigencia de la Póliza llegue a término.
- Si el Asegurado o Tomador de la Póliza deja(n) de pagar las primas de seguro.
- Cuando el Asegurado exceda la edad límite para este seguro.
- Cuando el Asegurado hubiere omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía.
- Cuando el Asegurado, para la atención de un servicio médico bajo esta Póliza, presentara declaraciones falsas, información fraudulenta o con dolo.

**ARTÍCULO 10º - RESCISIÓN VOLUNTARIA DEL CONTRATO**

El presente contrato puede ser rescindido por voluntad unilateral de cualquiera de las partes. Si la Compañía ejerce la facultad de rescindir debe notificar por escrito su decisión al Asegurado en el domicilio declarado y con antelación no menor de quince (15) días; si fuera el Asegurado quien ejerza la facultad de rescindir, esta producirá sus efectos desde su notificación escrita al Asegurador.

Si la decisión fuera por voluntad de la Compañía, esta devolverá a prorrata la parte de la prima de seguro por el tiempo no corrido, salvo que durante la vigencia se hayan pagado siniestros que superen el ochenta y cinco (85%) por ciento del monto de la prima neta anual pactada. Si fuera por voluntad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a la prima por el tiempo corrido, según la tarifa de plazos cortas.

**ARTÍCULO 11º - CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE**

Las partes intervinientes en este Contrato, acuerdan y establecen que toda discrepancia, cuestión o reclamo, resultantes de la ejecución o interpretación de la presente Póliza o relacionado con ella, directa o indirectamente, se resolverá definitivamente mediante Conciliación o Arbitraje en derecho, bajo el arbitraje institucional en el marco de las normas del Centro de Conciliación y Arbitraje Comercial de La Cámara Nacional de Comercio de la ciudad de La Paz o el Centro de Conciliación y Arbitraje Comercial de la CAINCO de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, de acuerdo al reglamento vigente en los centros mencionados y lo establecido por Ley No. 708 de fecha 25 de Junio de 2015.

Las controversias de hecho sobre las características técnicas de un seguro, serán resueltas a través del peritaje. Si por esta vía no se llegara a un acuerdo sobre dichas controversias, éstas deberán definirse por la vía del arbitraje.

Para el caso del Arbitraje, se conviene que las leyes aplicables en la controversia serán el Código del Comercio, el Código Civil y las demás leyes conexas con la materia arbitral de la controversia. Las partes acuerdan, de conformidad al art. 61 de la Ley No. 708, que el número de árbitros será de tres (3); cada parte designará a un número igual de árbitros en el plazo de diez (10) días, desde la última notificación con la contestación a la solicitud de arbitraje, debiendo entre éstos, en el plazo de diez (10) días, elegir al Arbitro impar. A falta de acuerdo de las partes o de los árbitros, la designación de uno o varios árbitros será efectuada en conformidad a lo establecido por el Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje que corresponda.

Las Reglas Procedimentales, en las que se enmarcará el desarrollo del arbitraje, estarán contempladas en el Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje que corresponda, considerando lo acordado en la presente cláusula compromisoria arbitral.

Se acuerda que la resolución de la procedencia o improcedencia de las medidas cautelares, serán resueltas únicamente por el Tribunal Arbitral, una vez sea constituido, consecuentemente no se prevé la designación de un Arbitro de Emergencia.

Las controversias de derecho suscitadas entre las partes sobre la naturaleza y alcance del contrato de seguro, reaseguro o planes de seguro, serán resueltas en única e inapelable instancia, por la vía del arbitraje, de acuerdo a lo previsto en la presente Cláusula.

**ARTÍCULO 12º - DISCREPANCIAS EN LA PÓLIZA**

Si el Tomador o Asegurado encuentran que la Póliza no concuerda con lo convenido, pueden pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince (15) días siguientes a la recepción de la misma. Se consideran aceptadas las estipulaciones de esta si durante dicho plazo no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince (15) días siguientes a la solicitud de rectificación realizada por el Asegurado a la Compañía, no se da curso a la reclamación o no se emite respuesta, se entenderá por aceptada en los términos que solicitaron la modificación.

**ARTÍCULO 13º - DOMICILIO**

Se fija como domicilio especial para el cumplimiento de las obligaciones de esta Póliza, la ciudad donde fue suscrita la Póliza, dentro del territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

Cualquier comunicación al cliente por parte de la Compañía, se realizará a la dirección estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si el Asegurado realizara un cambio de dirección que no fuera comunicada formalmente a la Compañía, ésta se liberará de cualquier responsabilidad relacionada con las comunicaciones del contrato de seguro.

**ARTÍCULO 14º - JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA**

El conocimiento de las acciones judiciales emergentes del contrato de seguro, es de competencia y jurisdicción del juez del domicilio del Asegurado o del lugar donde se encuentren establecidos los intereses asegurados.

SEGUROS Y REASEGUROS CREDINFORM INTERNATIONAL S.A.

CARMEN HASBUN DE PEÑA

ROMULO LANDIVAR H.

FIRMAS AUTORIZADAS