

# CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL

N°

## PÓLIZA DE SEGURO DE PROTECCIÓN A CLIENTES DE ENTIDADES FINANCIERAS O COMERCIALES

CODIGO ASIGNADO: 101-9109170-2012 10 336

TOMADOR : BANCO SOLIDARIO S.A.  
POLIZA MADRE NO. : M0002832  
No. TARJETA BANCARIA :  
TIPO DE TARJETA BANCARIA : DÉBITO  
MONEDA : Bolivianos y Dólares

ASEGURADO TITULAR : C.I.:

**Límite Geográfico:** Salvo aquellas coberturas que indiquen lo contrario, rigen únicamente cuando el Evento cubierto este ubicado en el territorio Nacional.

La Extensión de Límite Geográfico está sujeta a lo siguiente:

1. En caso de cualquier **Evento** cubierto por la presente póliza, se requiere la confirmación escrita de la ocurrencia por parte de la entidad financiera propietaria del Cajero Automático (ATM) donde ocurrió el incidente, confirmando además la existencia de una filmación realizada por la entidad financiera al Cajero Automático (ATM) en el país de la ocurrencia.

### Coberturas por Tarjeta Bancaria Asegurada:

1. Cobertura contra Robo, Hurto o Extravío de la Tarjeta Bancaria, hasta \$us. 5.000.- por siniestro y \$us. 10.000.- en el agregado anual.
2. Cobertura contra Clonación o adulteración de Bandas Magnéticas, hasta \$us. 5.000.- por siniestro y \$us. 10.000.- en el agregado anual.
3. Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro, hasta \$us. 500.- por siniestro y \$us. 1.500.- en el agregado anual.
4. Cobertura por Muerte Accidental como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del Asegurado hasta \$us. 5.000.- por siniestro y en el agregado anual.
5. Cobertura por Invalidez Total y/o Parcial Permanente Accidental como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del Asegurado hasta \$us. 5.000.- por siniestro y en el agregado anual.
6. Cobertura de Gastos por Asistencia Médica a consecuencia de Asalto y/o Secuestro del Asegurado hasta \$us. 1.000.- por siniestro y \$us. 2.000.- en el agregado anual.
7. Cobertura de Traslado Médico Terrestre a consecuencia de Asalto y/o Secuestro del Asegurado hasta \$us. 1.000.- por siniestro y \$us. 2.000.- en el agregado anual.
8. Cobertura de Re-emisión de documentos por Asalto y/o Secuestro del Asegurado hasta \$us. 250.- por siniestro y en el agregado anual.
9. Cobertura Adicional para transacciones realizadas con tarjetas de crédito y débito, a través de ventas por Internet, hasta \$us. 1.000.- por siniestro y \$us. 3.000.- en el agregado anual.

**Beneficiarios:** Para todas las coberturas la Suma Asegurada será indemnizada al **Asegurado** titular.

Para la Cobertura de Muerte Accidental por Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro la Suma Asegurada será pagada a los Herederos Legales del Asegurado.

**Prima Total:** Bs. 8,00 por tarjeta (o su equivalente en otras monedas)

**Forma de Pago:** Mensual, mediante débito automático de la cuenta del Titular.

En caso de existir **Tarjetas Bancarias** secundarias, el cliente deberá pagar **Bs. 8,00** mensual por **Tarjeta Bancaria** adicional, manteniéndose las presentes coberturas para el titular de cada una de las Tarjetas Adicionales.

### Vigencia de la Cobertura para cada Asegurado: Mensual Renovable

Se establece que el tiempo de cobertura de la póliza para cada **Asegurado** será hasta la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos, el que ocurra primero: 1. Cancelación de la tarjeta bancaria. 2. Expiración sin renovación de la tarjeta bancaria. 3. Incumplimiento en el

pago de la prima. 4. A solicitud del Asegurado mediante comunicación escrita dirigida al Tomador. La cancelación se hará efectiva en el próximo corte posterior a la notificación. La cancelación de cobertura no implica devolución de las primas cargadas previas a la fecha de solicitud de la cancelación. 5. Fallecimiento del Asegurado. 6. Fin de Vigencia de la presente Póliza.


**CONDICION DE ADHESIÓN:** El **Asegurado** se adhiere voluntariamente a los términos establecidos en el "Seguro de Protección a Clientes de Entidades Financieras o Comerciales" contratado por el **Tomador** y declara conocer y estar de acuerdo con las condiciones del contrato de seguro.

He recibido mi Certificado de Cobertura y afiliación al "Seguro de Protección a Clientes de Entidades Financieras o Comerciales", con cuyos términos y condiciones estoy de acuerdo. 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

Lugar y Fecha: junio de 2020

LA BOLIVIANA CIACRUZ  
DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

  
Manuel Sauma Guidi  
Director de Negocios

  
Santiago Bustillos Ardaya  
Gerente Nacional Suscripción

Firma del Asegurado

C.I. Expedido en:

Por la Compañía

## RESUMEN DE COBERTURA

**TOMADOR:** BANCO SOLIDARIO S.A.

**ASEGURADO:** Aquellas personas naturales que sean estas titulares o adicionales autorizados, a quienes el **Tomador** les emite y autoriza el uso de una **Tarjeta Bancaria** y que hayan sido declaradas en los **Reportes mensuales proporcionados por el Tomador**.

**TARJETA BANCARIA:** Tarjeta de Débito. Se interpretará waq como todas aquellas tarjetas de débito emitidas por el **Tomador**, especificadas en las Condiciones Particulares, las cuales el **Asegurado** pueda utilizar en el comercio para la adquisición de bienes y servicios y/o realizar giros en cajeros automáticos (ATM) u otros medios similares con cargo a cuenta corriente, caja de ahorro u otra modalidad

### COBERTURA CONTRA ROBO, HURTO O EXTRAVÍO DE LA TARJETA BANCARIA

El Asegurador indemnizará al Asegurado hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, cuando como consecuencia del **robo, hurto o extravío** de la Tarjeta Bancaria declarada en la presente póliza, Terceras Personas realicen compras de productos o servicios y/o realicen retiros ilegales o fraudulentos de fondos, independientemente de que el Evento ocurra dentro o fuera del territorio boliviano. La cobertura será efectiva sólo si para dichos fines no haya existido amenaza, secuestro, extorsión o violencia en contra del Asegurado.

**EXCLUSIONES:** Se deja claramente establecido, que no se encuentran cubiertas las pérdidas originadas por alguna de las siguientes causas:

1. Reclamos provenientes de cualquier transacción en cajeros automáticos (ATM), excepto los provenientes de un **Evento** cubierto.
2. Secuestro con el propósito de realizar compras mediante el uso forzado.
3. El presente seguro no cubre cualquier mal uso o uso fraudulento que den o puedan dar funcionarios o personal propio de los clientes de Tarjetas Corporativas (Corporate).
4. Toda pérdida patrimonial distinta a la resultante directamente del uso fraudulento o deshonesto de una **Tarjeta Bancaria**.
5. Pérdidas o errores por daños mecánicos y/o electrónicos del Cajero Automático (ATM).
6. Intereses, Comisiones, Impuestos sobre transacciones o cualquier otro costo financiero resultante de cualquier Evento cubierto por la presente póliza.
7. El presente seguro no cubre las Pérdidas causadas al Asegurado que directa o indirectamente provengan o sean una consecuencia de la responsabilidad civil de cualquier tipo que afecten al Asegurado o al Tomador.
8. El presente seguro no cubre las Pérdidas causadas al Asegurado que directa o indirectamente provengan o sean una consecuencia de transacciones realizadas a través de las ventas por catálogo, por teléfono o por cualquier medio de transmisión de datos.
9. El presente seguro no cubre **Pérdidas** que sean atribuibles o de responsabilidad de VISA, MASTER CARD o cualquier otra marca de tarjetas, al Administrador, Procesadora, Marcas, Establecimientos y otros, ajenos al **Asegurado** o al **Tomador** de la Póliza.
10. Fraudes, estafas y/o cualquier otro delito o simple falta penal que cuente con la participación directa o indirecta del **Asegurado**, así como por familiares, dependientes o representantes.
11. Incumplimiento de alguna de las obligaciones por parte del **Asegurado** o administrador o usuario.
12. **Pérdidas** ocurridas en lugares en situación de o afectados directamente por guerra, sea o no declarada, operaciones o actividades bélicas, actos de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, sublevación, motín, actos de terrorismo y delitos contra la seguridad interior del estado.

## CLÁUSULAS DE COBERTURAS ADICIONALES

### CLÁUSULA DE COBERTURA CONTRA CLONACIÓN O ADULTERACIÓN DE BANDAS MAGNÉTICAS

El **Asegurador** indemnizará al **Asegurado** hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, cuando como consecuencia de la clonación o adulteración del plástico de la **Tarjeta Bancaria** y/o de los códigos electrónicos ocultos en la banda magnética de ésta, se realicen consumos y/o retiros de fondos de un cajero automático (ATM) por parte de un **Tercero** mediante la utilización de dicha **Tarjeta Bancaria** y/o de los códigos electrónicos falsificados, afectando de esta manera la cuenta bancaria del **Asegurado**.

Asimismo, quedarán cubiertos por esta póliza los **Eventos** ocurridos dentro o fuera del territorio boliviano, independiente de que se realicen vía Internet o no.

#### Exclusión

La cobertura descrita en el punto anterior será efectiva sólo si para dichos fines no haya existido amenaza, secuestro, extorsión o violencia en contra del **Asegurado**.

### CLÁUSULA DE COBERTURA CONTRA ROBO COMO CONSECUENCIA DE ASALTO Y/O SECUESTRO DEL ASEGURADO

El **Asegurador** indemnizará al **Asegurado** hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, cuando existan consumos fraudulentos o retiros de fondos de un cajero automático (ATM) como consecuencia de un Asalto (hasta 100 metros del cajero)

y/o Secuestro, siempre que medie agresión física o intimidación contra la vida o integridad física del **Asegurado** por **Terceras Personas** dentro o fuera del territorio boliviano, incluyendo la divulgación obligada mediante amenaza o extorsión de las claves y/o pines de la cuenta del **Asegurado**, para consumir los retiros ilegales y ocasionar **Pérdidas** en la cuenta del **Asegurado**.

#### **CLÁUSULA DE COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL COMO CONSECUENCIA DE ASALTO Y/O SECUESTRO DEL ASEGURADO**

Esta cobertura está sujeta a la Cláusula de Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del Asegurado.

El **Asegurador** indemnizará a los Herederos hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, cuando el **Asegurado** fallezca como consecuencia directa de agresiones físicas infringidas por **Terceras Personas** en un **Evento** cubierto por la Cláusula de Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del **Asegurado**, dentro o fuera del territorio boliviano, cuya causa esté debidamente certificada por las Autoridades Competentes y por los Profesionales Médicos como causa asociada y/o vinculada a las lesiones infligidas por **Terceras Personas** en dicho Asalto y/o Secuestro, es decir, sin cuyo acontecimiento el deceso del **Asegurado** no se hubiese producido.

#### **Exclusiones**

En ningún caso este seguro cubrirá las cantidades establecidas en esta cobertura, cuando el fallecimiento sea a consecuencia directa o indirectamente de:

- Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- La participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- Que el **Asegurado** se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que estos últimos hayan sido administrados bajo prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- Cualquier causa que el **Asegurado** haya experimentado que no esté cubierto bajo la cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro.
- Muerte natural del **Asegurado** que no esté asociada y/o vinculada a las lesiones infringidas por **Terceras Personas** en el Asalto y/o Secuestro cubierto por esta póliza.

#### **CLÁUSULA DE COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE ACCIDENTAL COMO CONSECUENCIA DE ASALTO Y/O SECUESTRO DEL ASEGURADO**

Esta cobertura está sujeta a la Cláusula de Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del Asegurado.

- Invalidez Total Permanente:** En virtud de esta cobertura y cuando la lesión producto de un **Evento** cubierto por la Cláusula de Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del **Asegurado**, dentro o fuera del territorio boliviano, no ocasione la pérdida de la vida del **Asegurado** pero que produzca la Invalidez Total y Permanente del **Asegurado**, entendida ésta como la pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el **Asegurado**, por causas accidentales, y que produzca un menoscabo irreversible de carácter permanente de su capacidad de trabajo en 60%, determinado sobre la base de las Normas de Evaluación y Calificación de Grado de Invalidez vigentes y por la entidad competente, el **Asegurador** indemnizará al **Asegurado** hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, siempre que las consecuencias de las lesiones se mantengan después de los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha del **Evento**, y sean certificadas por escrito por los Médicos Calificadores, autorizados por el ente regulador, como irreversibles, y aceptadas como tales por los médicos del **Asegurador**.
- Invalidez Parcial Permanente:** Si no se ha producido la Invalidez Total y Permanente, conforme a lo definido en el punto anterior, y cuando por causa de un **Evento** cubierto por la Cláusula de Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del **Asegurado**, que no ocasione la pérdida de la vida del **Asegurado**, pero que produzca cualquiera de las pérdidas indicadas en el Punto 2 descrito posteriormente, y siempre y cuando las consecuencias de las lesiones se mantengan después de los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha del **Evento**, el **Asegurador** indemnizará al **Asegurado** el o los montos resultantes hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, según los porcentajes indicados en la Tabla de Indemnización por Invalidez Parcial Permanente. Siempre y cuando esta Invalidez Parcial Permanente sea Certificada por escrito por los Médicos Calificadores, autorizados por el ente regulador, como irreversibles, y aceptadas como tales por los médicos del **Asegurador**.

#### **Exclusiones**

En ningún caso este seguro cubrirá las cantidades establecidas en esta cobertura, cuando la invalidez sea a consecuencia directa o indirectamente de:

- Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- La participación activa del **Asegurado** en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- Que el **Asegurado** se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que estos últimos hayan sido administrados bajo prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- Cualquier episodio de Asalto y/o Secuestro experimentado por el **Asegurado** que no esté cubierto bajo la cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro.
- Invalidez Total y/o Parcial natural del **Asegurado** que no esté asociada y/o vinculada a las lesiones infringidas por **Terceras Personas** en el Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro cubierto por esta póliza.

#### **CLÁUSULA DE COBERTURA DE GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICA A CONSECUENCIA DE ASALTO Y/O SECUESTRO DEL ASEGURADO**

Esta cobertura está sujeta a la Cláusula de Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del Asegurado.

El **Asegurador** indemnizará al **Asegurado** hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra dentro del territorio boliviano, por las lesiones corporales sufridas como resultado de un **Evento** cubierto por la Cláusula de Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del Asegurado de la presente Póliza, durante el plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días calendario siguientes a la fecha de dicho **Evento**, siempre y cuando tales tratamientos hayan sido iniciados durante las setenta y dos (72) horas de ocurrido dicho Asalto y/o Secuestro. Si los tratamientos se iniciasen después de las setenta y dos (72) horas de ocurrido dicho Asalto y/o Secuestro no serán reconocidos, salvo fuerza mayor o impedimento justificado, o aquellos que por la naturaleza del daño sufrido deban realizarse con posterioridad al plazo indicado, o que razonablemente respondan a tiempos de consulta sobre el tratamiento a realizarse y que además sean comunicados oportunamente y aceptados por el **Asegurador**.

El reembolso o reconocimiento de gastos facturados por concepto de atenciones y/o asistencia médica realizadas en el territorio boliviano, se realizará como máximo hasta el Arancel Mínimo vigente del Colegio Médico de Bolivia.

#### **Exclusiones**

- Gastos por asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria fuera del territorio boliviano.
- Asistencia médica por dolencias que no se atribuyan a lesiones infringidas al **Asegurado** por parte de **Terceras Personas** durante el Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro cubierto por la presente póliza.

#### **CLÁUSULA DE COBERTURA DE TRASLADO MÉDICO TERRESTRE A CONSECUENCIA DE ASALTO Y/O SECUESTRO DEL ASEGURADO**

Esta cobertura está sujeta a la Cláusula de Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del Asegurado.

El **Asegurador** reembolsará los gastos facturados emergentes y hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, por el servicio de traslado médico del **Asegurado** agredido físicamente como resultado de un **Evento** cubierto por la Cláusula de Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del **Asegurado** de la presente Póliza.

La evacuación se realizará desde cualquier punto del territorio boliviano y estos gastos comprenden al costo de una ambulancia o de cualquier otro medio de transporte terrestre con acompañamiento de personal especializado en primeros auxilios, con el fin de trasladar al

**Asegurado** herido a un Centro Médico asistencial dentro del territorio boliviano.

**Exclusiones**

- Gastos por traslado médico fuera del territorio boliviano.
- Gastos por traslado médico mediante ambulancia aérea o cualquier otro medio que no sea terrestre.
- Traslados médicos que no se atribuya a lesiones infringidas al **Asegurado** por parte de **Terceras Personas** durante el Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro cubierto por la presente póliza.

**CLÁUSULA DE COBERTURA DE RE-EMISIÓN DE DOCUMENTOS POR ASALTO Y/O SECUESTRO DEL ASEGURADO**

Esta cobertura está sujeta a la Cláusula de Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del Asegurado.

El **Asegurador** reembolsará los costos de re-emisión de documentos en los que el **Asegurado** acredite haber incurrido en territorio boliviano y hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, cuando como resultado de un **Evento** cubierto por la Cláusula de Cobertura contra Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del **Asegurado**, el **Asegurado** quede privado de su documentación, como ser:

- Tarjetas Bancarias,
- Documentos de identificación personal,
- Licencia de conducir,
- carne de seguro social
- Pasaporte (en el caso de que el siniestro sucediera en el exterior)
- Tarjetas de transporte público.

**CLÁUSULA DE COBERTURA ADICIONAL PARA TRANSACCIONES REALIZADAS CON TARJETAS DE CRÉDITO Y DÉBITO, A TRAVÉS DE VENTAS POR INTERNET.**

Esta póliza se amplía para cubrir el daño económico ocasionado a tarjetahabientes del Tomador por transacciones realizadas por internet, por una tercera persona no autorizada por el titular de la tarjeta de débito o crédito, sujeto a que, a través de los canales autorizados por el Tomador, y en forma previa a la ocurrencia del siniestro, se haya realizado la respectiva habilitación de la tarjeta.

Se acuerda y establece que esta cobertura aplica solamente a clientes (personas naturales) de tarjetas de crédito o débito del Tomador hasta los límites por evento y/o reclamo y en el agregado anual, especificados en este documento.

**OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO:**

En caso que se produzca un **Evento** que pueda o no ser cubierto por la presente póliza, el **Asegurado**, el **Tomador** o sus beneficiarios se obligan a:

- Tan pronto y a más tardar dentro de los treinta (30) días de tener conocimiento del **Evento**, el **Asegurado** y/o **Tomador** deberá comunicar tal hecho al **Asegurador**, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.
- Denunciar inmediatamente el hecho ante las autoridades correspondientes y solicitar una copia legalizada de la misma para ser presentada ante el **Asegurador** para efectos de solicitar su indemnización.
- En caso de Robo, Hurto o Extravío de la **Tarjeta Bancaria**, se deberá solicitar inmediatamente la anulación de la misma.
- El **Asegurado** debe dar aviso al **Tomador** mediante comunicación telefónica, escrita o computacional y en ella se debe individualizar el nombre del titular de la cuenta y/o **Tarjeta Bancaria** afectada. Dicho aviso deberá darse en forma inmediata salvo fuerza mayor o impedimento justificado.
- El **Asegurado** y/o beneficiario, según corresponda, está obligado a declarar todas las circunstancias relativas al hecho que genera el **Evento**. Además, el **Asegurado** y/o beneficiario debe garantizar al **Tomador** el hecho de no haber participado en forma alguna en los hechos a través de una declaración, manifestando en ella conocer el hecho que cualquier infracción a dicho deber puede generar para él las responsabilidades civiles y penales de cada caso.
- El **Asegurado** y/o beneficiario debe cooperar con el **Tomador**, con el **Asegurador** y con el liquidador designado entregando toda la información y documentación solicitada por cualquiera de ellos, en caso que sea necesario.

En el caso que el **Asegurado** y/o beneficiario incumpla cualquiera de las obligaciones establecidas en esta póliza o las cumpla imperfectamente por su culpa o negligencia, éste perderá todo derecho a exigir indemnización con cargo a la presente póliza.

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO**

**Para todos los casos se deberá presentar la siguiente documentación:**

- Carta de reclamo al Asegurador emitida por el Tomador con confirmación y cuantificación de Pérdidas en la cuenta del Asegurado.
- Fotocopia del carnet de identidad del Asegurado.

**En caso de Robo, hurto y/o extravío, clonación o adulteración de las bandas magnéticas de la tarjeta adicionalmente el asegurado deberá presentar:**

- Copia de la denuncia hecha a la Policía por el Asegurado afectado, con el relato de las circunstancias del robo y/o hurto y/o extravío de la Tarjeta Bancaria y/o según sea el caso, carta del Asegurado con el relato detallado de los hechos que dieron origen a sus Pérdidas.
- Copia del Estado de Cuentas en el que aparezcan las transacciones fraudulentas.
- Copia del pasaporte del Asegurado en caso de que el robo y/o hurto y/o extravío se hubieren producido fuera del país.
- Informe sobre las "transacciones reclamadas" emitida por el respectivo Administrador de tarjetas de crédito y débito para Bolivia.
- Informe y dictamen sobre clonación y/o Skimming emitido por el respectivo Administrador de tarjetas de crédito y débito para Bolivia; dicho dictamen se constituirá en la confirmación del evento de Clonación "Skimming".
- Para todos aquellos casos donde se reclame alguna transacción de retiro en un cajero automático (ATM) se precisa la presentación de la filmación de la cámara de seguridad del Cajero Automático (ATM) del Tomador. Si el Evento sucediera en un Cajero Automático (ATM) que no pertenece al Tomador, se requiere la confirmación escrita de la ocurrencia por parte de la entidad financiera propietaria del Cajero Automático (ATM) donde ocurrió el incidente confirmando además la existencia o no de una filmación en el Cajero Automático (ATM) de la ocurrencia.

**En caso de Robo como consecuencia de Asalto y/o Secuestro del Asegurado adicionalmente deberá presentar:**

- Copia de la denuncia presentada a las Autoridades Policiales del lugar en contra de los que resultaren autores de los delitos de Robo por Asalto y/o Secuestro perpetrado al Asegurado.
- Copia del Informe Policial emitido por las autoridades como resultado de las investigaciones.
- Copia del Estado de Cuentas en el que aparezcan las transacciones fraudulentas.
- Copia del pasaporte del Asegurado en caso de que el evento haya ocurrido fuera del país.
- Informe emitido por el respectivo Administrador de tarjetas de crédito y débito para Bolivia sobre las transacciones reclamadas.
- Presentación de la filmación de la cámara de seguridad del Cajero Automático (ATM) del Tomador. Si el Evento sucediera en un Cajero Automático (ATM) que no pertenece al Tomador, se requiere la confirmación escrita de la ocurrencia por parte de la entidad financiera propietaria del Cajero Automático (ATM) donde ocurrió el incidente confirmando además la existencia o no de una filmación en el Cajero Automático (ATM) de la ocurrencia.

**En caso de muerte de accidental como consecuencia de asalto y/o secuestro del asegurado adicionalmente deberá presentar:**

- Original o copia legalizada del Certificado de Defunción;
- Original o copia legalizada del Certificado de Óbito;
- Fotocopia simple del informe de la autoridad competente;
- Original o copia legalizada de la Declaratoria de Herederos;

k) Certificado de la cédula de identidad, de cada uno de los herederos legales o fotocopia legalizada del certificado de nacimiento (menores de edad);

l) Si el fallecimiento ocurriese fuera del país, el **Asegurador** requerirá que los documentos de acreditación de muerte del **Asegurado** cuenten con las legalizaciones correspondientes en Bolivia.

m) cualquier otra documentación complementaria que la compañía requiera en caso de existir observaciones legales.

**En caso de muerte de invalidez total y/o parcial permanente accidental como consecuencia de asalto y/o secuestro del asegurado adicionalmente deberá presentar:**

a) Certificado expedido por el médico o médicos tratantes;

b) Calificación del Grado de Invalidez emitido por las entidades autorizadas por el ente regulador de acuerdo a normas de Calificación de Invalidez Vigentes;

c) Cualquier otra documentación complementaria que la compañía requiera en caso de existir observaciones legales.

**En caso de requerir la cobertura de traslado médico terrestre a consecuencia de asalto y/o secuestro del asegurado adicionalmente deberá presentar:**

a) Original o copia legalizada del Certificado Médico, donde se especifiquen las lesiones del **Asegurado**.

b) Facturas por concepto de traslado médico terrestre.

Las facturas deben ser emitidas a nombre del **Asegurador** (La Boliviana Ciacruz de Seguros y Reaseguros S.A.) y bajo el Número de Identificación Tributaria (NIT) 1007017028

**En caso de requerir la re-emisión de documentos por robo a consecuencia de asalto y/o secuestro del asegurado adicionalmente deberá presentar:**

a) Copia de la denuncia realizada ante la autoridad competente (dentro las 72 horas)

b) Copia del Manifiesto o informe Policial emitido por las Autoridades Competentes

c) Original de los documentos que sustenten los cobros realizados al **Asegurado** por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente para la reposición de los documentos robados como consecuencia del Asalto y/o Secuestro, mismos que deberán corresponder a aquellos especificados en el correspondiente Manifiesto o informe Policial descrito en el inciso b) anterior.

**En caso de pérdida económica por transacciones realizadas por internet adicionalmente deberá presentar:**

a) Extractos o estados de cuentas del Tomador que reflejen los importes reclamados por el cliente.

b) Informe final emitido por la administradora de tarjetas y/o el Tomador, que incluya: Fecha y lugar de origen y destino de las transacciones, y la confirmación respecto al cumplimiento del proceso de activación temporal o indefinida por parte del Titular de la tarjeta, que incluya la fecha, hora de habilitación y fecha y hora del bloqueo.

**Nota Importante:** La información completa referente y las estipulaciones del seguro se detallan en la Póliza Madre emitida por La Boliviana Ciacruz de Seguros y Reaseguros SA, "Póliza de Seguro de Protección a Clientes de Entidades Financieras o Comerciales" No. **M0002832** - emitida a favor del **Tomador**.

#### NOTA IMPORTANTE:

Se acuerda que ni el Banco Solidario S.A. ni La Boliviana Ciacruz de Seguros y Reaseguros S.A. asumirán responsabilidad alguna por la guarda y conservación de su Certificado, que es de su exclusiva responsabilidad.

Se comunica a los clientes que para la emisión de las facturas por este Seguro de Tarjetas emitido por La Boliviana Ciacruz de Seguros y Reaseguros S.A, se adopta la modalidad de Facturación Electrónica, de conformidad a la Resolución RND N° 10-0016-07 del Servicio de Impuestos Nacionales, en virtud de la cual las notas fiscales serán emitidas a partir de los sistemas informáticos del Banco Solidario S.A., previa interacción con los sistemas informáticos del SIN y de La Boliviana Ciacruz de Seguros y Reaseguros S.A., debiendo el cliente proceder a descargar el archivo magnético que contendrá dichas notas fiscales del sitio web [www.lbc.bo](http://www.lbc.bo), a partir del día 15 de cada mes. Por lo tanto es única y total responsabilidad de los clientes recabar sus notas fiscales del mencionado sitio en Internet.

El Banco Solidario S.A. y/o la Compañía Aseguradora LA Boliviana Ciacruz de Seguros y Reaseguros S.A. , no asumen responsabilidad alguna por la no descarga de las Facturas Fiscales, así como por su pronta presentación al Servicio de Impuestos Nacionales, ni por la indebida utilización que el cliente haga de las Notas Fiscales o al uso que le hagan terceras personas, a las que el cliente haya permitido acceso.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE PROCEDER A LA EXTINCIÓN O MODIFICACIÓN DE LA POLIZA EN CUALQUIER MOMENTO.

La Boliviana Ciacruz Seguros  
Centro de Llamadas: 800-10-2727  
Página Web: [www.lbc.bo](http://www.lbc.bo)

**OFICINA NACIONAL**  
Calle Colón N° 288  
Edif. La Boliviana Ciacruz  
Telf.: (591-2) 2203131  
Fax: (591-2) 2203876 - 2203902  
Casilla N° 628 • La Paz - Bolivia

**LA PAZ**  
Calle Colón N° 288  
Central Piloto: (591-2) 2203131  
Fax: (591-2) 2203876 - 2203902  
Casilla N° 628

**SANTA CRUZ**  
Avenida La Salle N° 550  
esquina calle Jaime Mendoza  
entre 2° y 3° Anillo (Canal Buta)  
Central Piloto: (591-3) 3415000  
Telfs./Fax: (591-3) 3415001 -  
3415005 Casilla N° 360  
Cuarto Anillo N° 3260  
entre Roca y Coronado y Centenario  
Central Piloto: (591-3) 3444860  
Telf./Fax: (591-3) 3580287  
Casilla N° 2223

**COCHABAMBA**  
Av. Uyuni N° 1041  
esq. Plazuela de la Mujer  
Telf.: (591-4) 4488200  
Correlativo 216  
Fax: (591-4) 4488201  
Casilla N° 728

**ORURO**  
Calle Póte. Montes y  
Adolfo Mier N° 1486  
Telfs.: (591-2) 5251962  
5253573 - 5252683  
Telf./Fax: (591-2) 5252896

**TARIJA**  
Av. Victor Paz Estensoro S/NL  
entre Sucre y Gral. Trigo  
Telfs.: (591-4) 6643742 - 6642293  
Fax: (591-4) 6113535 • Casilla N° 1149

**TRINIDAD**  
Av. Cipriano Barace  
esq. calle Felix Pinto S/NL  
Telfs.: (591-3) 4652100 -  
4652242  
Fax: (591-3) 4621829  
Casilla N° 323

**SUCRE**  
Calle Olañeta N° 32  
Altura Plazuela Zudañez,  
entre Bustillos y Junin  
Telfs.: (591-4) 6455613 -  
6452624 Telf./Fax: (591-4)  
6912388 Casilla N° 252

**POTOSÍ**  
Calle Sucre N°4-A (Pasaje Boulevard)  
Entre Hoyos y Matos.  
Telfs.: (591-2) 6224786 - 6222451  
Fax: (591-2) 6122741  
Casilla N° 424