

**POLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO BANCA SEGUROS  
TEMPORAL RENOVABLE  
COD. SPVS 203-934612-2008 11 031-1001  
RESOLUCION ADMINISTRATIVA IS No. 909**

**Póliza No. : A1014910**  
**Tomador : BANCO BISA S.A.**  
**Asegurados : Según cuadro de asegurados**

**CONDICIONES GENERALES**

**CLAUSULA 1. DEFINICIONES.** Las partes convienen en definir, como a continuación se expresa, los siguientes términos

**ASEGURADO:** La persona física que está expuesta al riesgo cubierto por el seguro, en favor de quien, la ENTIDAD ASEGURADORA otorga la cobertura de seguro de vida, de acuerdo a las condiciones del presente Contrato. Los ASEGURADOS se encuentran nominados en las Condiciones Particulares o Anexos de la Póliza y forman parte del grupo de clientes del TOMADOR.

**BENEFICIARIO(S):** Persona o personas designada(s) por el ASEGURADO, e identificada(s) en la Solicitud de Seguro de Vida y que figura(n) en los CERTIFICADOS DE COBERTURA individuales.

**BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO:** Persona natural o jurídica cuya designación tenga por causa una obligación contractual del asegurado a favor de aquél.

**CERTIFICADO DE COBERTURA:** Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de la Póliza Madre y número de registro en la SPVS, número correlativo, nombre del TOMADOR, del ASEGURADO y del BENEFICIARIO, identificación completa de la ENTIDAD ASEGURADORA, domicilio principal teléfono y fax, dirección del TOMADOR, riesgos cubiertos, Capital Asegurado, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, firmas de la ENTIDAD ASEGURADORA , resumen de coberturas y exclusiones, procedimiento a seguir en caso de siniestro, condición de adhesión voluntaria del ASEGURADO.

**CAPITAL ASEGURADO:** El Monto, indicado en el CERTIFICADO DE COBERTURA, que la ENTIDAD ASEGURADORA pagará a los BENEFICIARIOS en caso de siniestro cubierto por la Póliza.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

**EDAD:** Será la que corresponda al último cumpleaños del ASEGURADO a la fecha de su inclusión en la Póliza, cumpliendo año sucesivamente en cada aniversario de dicha fecha.

**ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE:** Toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de celebración de la presente Póliza, y que sea conocida por el TOMADOR o el ASEGURADO.

**ENTIDAD ASEGURADORA:** LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A., que asume la cobertura de los riesgos del seguro de vida objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan de conformidad a las presentes condiciones.

**HECHOS DELICTIVOS:** El acto típicamente antijurídico, culpable, sometido a veces a condiciones objetivas de penalidad, imputable a un hombre y sometido a una acción penal.

**TOMADOR:** La persona, natural o jurídica, que por cuenta y a nombre del Asegurado, contrata esta Póliza de Seguro de Vida con la Compañía.y se obliga a efectuar el pago de las primas.

## **CLAUSULA 2. PARTES CONTRATANTES.**

Son partes contratantes, la ENTIDAD ASEGURADORA y el ASEGURADO.

## **CLAUSULA 3.CONSENTIMIENTO PREVIO DEL ASEGURADO.**

Cuando esta Póliza sea contratada por un TOMADOR, se requiere consentimiento previo del ASEGURADO, antes de la emisión de la correspondiente Póliza, caso contrario, este Contrato será nulo. Consecuentemente, cualquier solicitud posterior de modificación de términos y condiciones del Contrato Original, por parte del TOMADOR tiene el mismo requisito. Sin embargo, en caso que el TOMADOR sea el empleador del ASEGURADO, el consentimiento previo no es necesario.

## **CALUSULA 4. COBERTURA.**

El Capital Asegurado que figura en las Condiciones Particulares será pagado, por la ENTIDAD ASEGURADORA, a la muerte del ASEGURADO, a los BENEFICIARIOS, si esto ocurre durante la vigencia de la Póliza. La muerte podrá ser por cualquier causa, excepto las que se señalan en la cláusula EXCLUSIONES del presente Contrato.

## **CLAUSULA 5. AJUSTE DE CAPITAL ASEGURADO**

Con el objeto de mantener el poder adquisitivo de esta Póliza de Seguro en el tiempo, el Capital Asegurado, quedará aumentado automáticamente, después de estar ininterrumpidamente vigente por un (1) año la póliza, tomado como referencia la variación del índice de inflación emitido por el Banco Central de Bolivia al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior al vencimiento de la Póliza con el correspondiente ajuste de la Prima.

## **CLAUSULA 6. RIESGOS EXCLUIDOS.**

La ENTIDAD ASEGURADORA no cubre y estará eximida de toda responsabilidad, en caso que la muerte del ASEGURADO 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 de la Póliza. Si el fallecimiento se produce con posterioridad, la ENTIDAD ASEGURADORA pagará el Capital Asegurado 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. En éste último caso, el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del Capital Asegurado.

- 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.

#### **CLAUSULA 7. LIBRE DE RESTRICCIONES.**

Esta cobertura no contiene restricciones para el ASEGURADO en lo que se refiere a viajes, ocupación o residencia.

#### **CLAUSULA 8. EDAD DE CONTRATACIÓN Y RENOVACIÓN**

La edad mínima de contratación es de 18 años y la edad máxima de contratación de este seguro es de sesenta y cuatro (64) años de edad, y podrá ser renovado hasta que el ASEGURADO alcance la edad de setenta (65) años

#### **CLAUSULA 9. ADMISIBILIDAD**

La vigencia de la cobertura de cada ASEGURADO comenzará desde el momento en que la ENTIDAD ASEGURADORA acepte el riesgo, sobre la base de la solicitud de seguro y el cuestionario de salud.

La ENTIDAD ASEGURADORA antes del inicio de este Contrato, se reserva el derecho de rechazar los riesgos que considere no asegurables, de pedir reconocimiento médico antes de aceptarlos, de reducir el Capital Asegurado para ciertos riesgos o de exigir sobreprimas.

Si los riesgos solicitados para su inclusión en el seguro, no son aceptados por la ENTIDAD ASEGURADORA, ésta debe comunicar por escrito la no aceptación, sea al ASEGURADO o al TOMADOR en un plazo de quince días.

#### **CLAUSULA 10. VIGENCIA DE LA PÓLIZA.**

La ENTIDAD ASEGURADORA asume los riesgos cubiertos a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el TOMADOR notifique su consentimiento a la proposición formulada por la ENTIDAD ASEGURADORA o cuando ésta acepte la solicitud efectuada por el ASEGURADO ó TOMADOR según corresponda.

En todo caso, la vigencia de la Póliza se hará constar en las Condiciones Particulares y en el CERTIFICADO DE COBERTURA, con indicación de la fecha en que se emita y el día de su iniciación y vencimiento.

El presente seguro tendrá una duración de dos años a contar de la fecha de inicio de la cobertura, el cual se entenderá prorrogado en forma tácita, sucesiva y automática por nuevos e iguales períodos en cada ocasión.

## **CLAUSULA 11. RENOVACIÓN.**

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva Póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en la Póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

## **CLAUSULA 12. PRIMAS.**

El TOMADOR debe la Prima desde el momento de la celebración del contrato y será exigible contra la entrega de la Póliza. En caso de que la Prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro vencido el PERIODO DE GRACIA, la Póliza caducará inmediatamente sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la ENTIDAD ASEGURADORA libre de toda obligación y responsabilidad derivada de la Póliza.

Si la Póliza termina durante o al final del PERIODO DE GRACIA, el TOMADOR o ASEGURADO será responsable del pago de la prima proporcional al tiempo que la Póliza ha estado en vigor durante el PERIODO DE GRACIA.

Todas las Primas correspondientes a este contrato serán pagadas a través de cargos mensuales, trimestrales o anuales, según sea el caso, previa autorización del ASEGURADO y TOMADOR, en las cuentas que designare para tal fin.

El pago de una Prima solamente conserva en vigor el contrato o cualquiera de sus anexos por el tiempo al cual corresponde dicho pago. La forma de pago de la Prima se hará constar en el CERTIFICADO DE COBERTURA.

La Prima será pagada por el Tomador o Asegurado en la oficina principal de la ENTIDAD ASEGURADORA o en los lugares que ésta designe,

La ENTIDAD ASEGURADORA no será responsable por las omisiones o faltas de diligencias que produzcan atraso en el pago de la Prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

La Prima se devengará hasta la fecha de vencimiento de la Póliza o hasta la fecha de fallecimiento del ASEGURADO, si esto ocurre antes.

## **CLAUSULA 13. PERÍODO DE GRACIA.**

La ENTIDAD ASEGURADORA concede un plazo de gracia para el pago de las Primas de renovación de treinta (30) días a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo la Póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, la ENTIDAD ASEGURADORA tendrá la obligación de pagar la prestación correspondiente, previa deducción de la Prima pendiente de pago. En este caso, el monto a descontar será la Prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior.

#### **CLAUSULA 14. DECLARACIONES DEL ASEGURADO**

La veracidad de las declaraciones hechas en la Solicitud de Seguro, en sus documentos anexos o complementarios y en el examen médico, cuando éste corresponda, constituyen parte integrante e indivisible de este Contrato de seguro.

Cualquier reticencia o inexactitud relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes del ASEGURADO, que pudiese influir en la apreciación del riesgo, o de cualquier circunstancia que, conocida por la ENTIDAD ASEGURADORA, hubiese podido inducirla a no aceptar el contrato o estipular condiciones distintas, hacen anulable el contrato de seguro salvo lo establecido en las Cláusulas IMPUGNACION DEL CONTRATO y ERROR EN LA EDAD DEL ASEGURADO de la presente Póliza.

Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo a mala fe por parte del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO, debidamente probadas, hacen nulo el contrato de seguro salvo lo establecido en las Cláusulas IMPUGNACION DEL CONTRATO y ERROR EN LA EDAD DEL ASEGURADO de la presente Póliza. En este caso el ASEGURADO no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

#### **CLAUSULA 15. IMPUGNACIÓN DEL CONTRATO.**

La ENTIDAD ASEGURADORA no puede impugnar el presente Contrato por reticencia o inexactitud de las declaraciones del ASEGURADO, a partir de dos años de vigencia ininterrumpida del mismo, salvo dolo o fraude en perjuicio de la Compañía, incumplimiento en el pago de las primas y cuando exista inexactitud en la declaración de la edad. En este último caso, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula ERROR EN LA EDAD DEL ASEGURADO del presente Contrato.

#### **CLAUSULA 16. TERMINACIÓN DEL SEGURO.**

En los seguros de vida no existe la terminación anticipada, razón por la cual este seguro no podrá terminarse hasta tanto no finalice el período de vigencia de la Póliza.

#### **CLAUSULA 17. BENEFICIARIOS.**

El ASEGURADO tiene el derecho personal e intransferible, de designar y revocar a sus BENEFICIARIOS de este Seguro, así como de fijar las sumas o proporciones en favor de ellos, pudiendo designar, revocar y modificar las sumas en cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza. Esta designación será individualizada en los CERTIFICADOS DE COBERTURA de esta Póliza.

Si se designan a dos o más BENEFICIARIOS y no se indica la proporción o los porcentajes correspondientes a cada uno de ellos, se entenderá que son por partes iguales. Si se designan proporciones o porcentajes y la suma total de las mismas, fuese superior o inferior al 100%, ellas se rebajarán o incrementarán, según corresponda, a prorrata, de manera tal que la suma de todas ellas sea igual al 100%.

La ENTIDAD ASEGURADORA mantendrá en reserva la designación, revelándola a la muerte del Asegurado o por orden del Juez competente.

Si, en caso de fallecimiento del ASEGURADO, no hubiera un BENEFICIARIO designado, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales de aquél, tal como lo determine la Resolución Judicial pertinente.

Si hubiera varios BENEFICIARIOS designados y alguno de ellos falleciera antes que el ASEGURADO, su cuota corresponderá a los herederos del BENEFICIARIO fallecido, salvo que el ASEGURADO hubiese nominado BENEFICIARIOS secundarios.

Si ningún BENEFICIARIO sobreviviere al ASEGURADO, el Capital Asegurado se pagará a los herederos legales del ASEGURADO.

El ASEGURADO podrá cambiar de BENEFICIARIO, cuantas veces lo desee, mediante carta a la ENTIDAD ASEGURADORA y remisión del original del CERTIFICADO DE COBERTURA.

El ASEGURADO podrá renunciar a su derecho de revocación de BENEFICIARIOS. Esta renuncia se hará constar en la Solicitud de Seguro. En este caso, podrá cambiarlos únicamente contando con el consentimiento de los BENEFICIARIOS el cual se hará constar con las firmas de ambos y de los representantes legales de la ENTIDAD ASEGURADORA.

El cambio de BENEFICIARIO surtirá efecto desde el momento en que la notificación haya sido entregada en las oficinas de la ENTIDAD ASEGURADORA, situación que se verificará con el número de registro y sello de recepción.

Si, por falta de aviso oportuno del cambio de BENEFICIARIO la ENTIDAD ASEGURADORA pagara al último BENEFICIARIO que tenga conocimiento, se conviene expresamente que la ENTIDAD ASEGURADORA quedará liberada de las obligaciones contraídas en la Póliza.

En caso de haberse designado BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO, la ENTIDAD ASEGURADORA indemnizará en primer lugar a éste el monto de la deuda sin exceder del Capital Asegurado, aplicándose lo anteriormente expuesto al remanente, si lo hubiese.

#### **CLAUSULA 18. PÉRDIDA DE LA CUALIDAD DE BENEFICIARIO.**

La cualidad de BENEFICIARIO, aun cuando fuere irrevocable, se pierde si ocasiona voluntariamente la muerte del ASEGURADO como autor o cómplice o atente gravemente contra su vida.

#### **CLAUSULA 19. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.**

La ENTIDAD ASEGURADORA no pagará la indemnización en los siguientes casos:

- a) Si el ASEGURADO, el BENEFICIARIO, el BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO provoquen dolosamente el siniestro.
- b) Si el ASEGURADO, el BENEFICIARIO, el BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO oculten o alteren maliciosamente, en la verificación del siniestro los hechos y circunstancias descritas en los artículos 1028 y 1031 del Código de Comercio
- c) Si el ASEGURADO, el BENEFICIARIO, el BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO recurran a pruebas falsas con el ánimo de obtener un beneficio ilícito.

- d) Si el ASEGURADO, el BENEFICIARIO, el BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO no puede probar la ocurrencia del siniestro.
- e) Si el ASEGURADO, el BENEFICIARIO, el BENEFICIARIO A TITULO ONEROSOS no cumplierse con las obligaciones establecidas en la cláusula PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO a menos que se compruebe que dejó de realizarse por una causa extraña no imputable al ASEGURADO, a su REPRESENTANTE, al BENEFICIARIO, al BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO según sea el caso.

#### **CLAUSULA 20 ERROR EN LA EDAD DEL ASEGURADO.**

La ENTIDAD ASEGURADORA exigirá la comprobación de la edad real del ASEGURADO, mediante documentación fehaciente, antes de efectuar cualquier indemnización de la misma. En caso de inexactitud en la edad del ASEGURADO comprobada por la ENTIDAD ASEGURADORA, se aplicarán las siguientes normas:

- a) Si la edad real del ASEGURADO fuera mayor a la declarada, pero estuviese dentro de los límites de admisión, edad mínima de 18 años y edad máxima de 65 años, se reducirá el Capital Asegurado, en la proporción que exista entre la prima pagada y la que, según tarifa de la ENTIDAD ASEGURADORA, hubiese correspondido a la edad verdadera. Si la edad real fuese menor a la declarada, pero estuviese dentro de los límites de admisión, el Capital Asegurado se aumentará, en la misma proporción al exceso de la prima pagada o, en caso de comprobación de la edad en vida del ASEGURADO, el TOMADOR o ASEGURADO tendrá derecho a la devolución de la prima en exceso.
- b) Si la edad real, a tiempo de celebrar el Contrato, excediese a los 65 años, o fuese inferior a los 18 años, el seguro será rescindido, devolviéndose al TOMADOR, en caso de existir éste, las primas recibidas sin intereses. Caso contrario esta prima será devuelta a los BENEFICIARIOS.

Para los cálculos que deban efectuarse de acuerdo con esta Cláusula se aplicará la tarifa vigente en el momento de comprobación de la edad.

#### **CLAUSULA 21 MODIFICACIONES.**

Toda modificación de esta Póliza entrará en vigor a partir de la fecha en que el TOMADOR o el ASEGURADO, según sea el caso, notifique su consentimiento a la proposición formulada por la ENTIDAD ASEGURADORA, o cuando ésta participe al TOMADOR o al ASEGURADO su aceptación a la solicitud de modificación por éste efectuada.

Los funcionarios autorizados y apoderados de la ENTIDAD ASEGURADORA son las únicas personas que podrán modificar, de acuerdo con el TOMADOR o ASEGURADO las condiciones de la presente Póliza. Toda modificación se hará constar en Anexo firmado y adherido a la Póliza.

En consecuencia, los corredores de seguros, agentes o cualquier otra persona sin poder legal de la ENTIDAD ASEGURADORA, no tienen facultad para hacer concesión o modificación alguna.

## **CLAUSULA 22. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.**

En caso de siniestro ocurrido durante la vigencia de la Póliza, el TOMADOR, el ASEGURADO, el BENEFICIARIO o el BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO hará la notificación a la ENTIDAD ASEGURADORA dentro de los tres (3) días continuos siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de la ocurrencia del siniestro, salvo fuerza mayor o impedimento justificado. La ENTIDAD ASEGURADORA no invocará retardación u omisión del aviso cuando la ENTIDAD ASEGURADORA o sus agentes, dentro del plazo indicado, intervengan en la comprobación del siniestro al tener conocimiento del mismo por cualquier medio.

## **CLAUSULA 23. PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO.**

Al fallecimiento del ASEGURADO la ENTIDAD ASEGURADORA pagará el Capital Asegurado, según lo específicamente determinado en las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza. Con este objeto, los BENEFICIARIOS acreditando su calidad de tales, deberán presentar los siguientes documentos que se enuncian de manera informativa mas no limitativa:

- a) 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 la República y otros.
- b) 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) Certificado del Médico Forense (sí corresponde).
- d) Certificado de la Autoridad competente (sí corresponde).
- e) Certificado de Nacimiento del ASEGURADO.
- f) Certificado de Nacimiento y/o Carnet de Identidad del(los) BENEFICIARIO(S).
- g) Declaratoria de Herederos, si no hubieran BENEFICIARIOS nominados en la Póliza.
- h) Original del CERTIFICADO DE COBERTURA.

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

Una vez recibido el aviso del siniestro por escrito en las Oficinas de la ENTIDAD ASEGURADORA, se registrará la fecha como constancia y se pagará el Capital Asegurado correspondiente, en un plazo de quince días, o tan pronto sean llenados los requerimientos solicitados por la ENTIDAD ASEGURADORA sobre los hechos y circunstancia de la muerte, las causas de la misma, la identidad del ASEGURADO y de los BENEFICIARIOS y las indagaciones pertinentes necesarias a tal objeto, de acuerdo al Artículo 1031 del Código de Comercio.

#### **CLAUSULA 24. RECHAZO DEL SINIESTRO.**

La ENTIDAD ASEGURADORA deberá notificar por escrito dentro del plazo señalado en el numeral anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

#### **CLAUSULA 25. PERITAJE.**

Las controversias de hecho sobre los siguientes aspectos del Contrato: determinación de identidad y autenticidad de firmas, determinación de la causa de muerte, determinación de quién es el custodio legal de los beneficiarios menores de edad o impedidos, determinación de dolo en las declaraciones efectuadas por el ASEGURADO, serán resueltas mediante una evaluación por dos peritos versados en la materia de controversia, nombrados uno por cada parte; éstos nombrarán a su vez, a un tercero dirimidor para el caso en que no pudieran ponerse de acuerdo. El dictamen de los dos peritos y en su caso, del tercero dirimidor tendrá fuerza obligatoria para ambas Partes y será inapelable, renunciando expresamente las Partes a cualquier tipo de recurso contra el resultado del Peritaje. Cada una pagará los honorarios de sus respectivos peritos y los del dirimidor serán pagados en partes iguales.

#### **CLAUSULA 26. ARBITRAJE.**

Las controversias de derecho suscitadas entre las Partes sobre la naturaleza y el alcance del contrato de seguro, así como las controversias de hecho sobre otros aspectos no mencionados en la Cláusula de Peritaje de la presente póliza, serán resueltas en única e inapelable instancia, por la vía del Arbitraje en derecho. En consecuencia las partes intervinientes en este Contrato, acuerdan que todo litigio, discrepancia, cuestión o reclamación resultantes de la ejecución o interpretación del presente Contrato o relacionado con el mismo, directa o indirectamente, se resolverá definitivamente mediante Arbitraje en derecho en el marco del Centro de Conciliación y Arbitraje fijado en común acuerdo con el ASEGURADO ó fallecido éste, con los BENEFICIARIOS; al que se encomienda la administración del Arbitraje, de conformidad a lo establecido por la Ley No. 1770 de fecha 10 de Marzo de 1997, normas complementarias o modificatorias en vigencia en la fecha de inicio del proceso de Arbitraje.

Se conviene expresamente que el Tribunal Arbitral estará formado por tres Arbitros, cada parte nombrará uno, y el tercero deberá ser designado por ellos mismos de mutuo acuerdo. En caso de no existir acuerdo para el nombramiento del tercer Arbitro y/o no se haya definido el Arbitro de una o ambas partes, éste o éstos serán designados por el Centro de Conciliación y Arbitraje fijado en común acuerdo con el ASEGURADO ó fallecido éste, con los BENEFICIARIOS.

Igualmente, las Partes hacen constar expresamente su compromiso de cumplir el Laudo Arbitral que se dicte, renunciando expresamente a cualquier tipo de recurso contra el Laudo Arbitral.

#### **CLAUSULA 27. PRESCRIPCIÓN.**

En caso de muerte del ASEGURADO, los beneficios de este seguro prescriben, en el término de cinco años, a contar de la fecha en que el Beneficiario conozca la existencia del beneficio a su favor, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 1041 del Código de Comercio.

## **CLAUSULA 28 COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.**

Cualquier comunicación, declaración o notificación del TOMADOR ó, en su caso, del ASEGURADO o BENEFICIARIOS, sólo serán válidas si han sido dirigidas por escrito al domicilio de la ENTIDAD ASEGURADORA.

Las comunicaciones, declaraciones o notificaciones, de la ENTIDAD ASEGURADORA al TOMADOR, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS, se considerarán válidas si se han dirigido por escrito al último domicilio declarado por el TOMADOR, ASEGURADO o LOS BENEFICIARIOS en caso de muerte del ASEGURADO. Por tanto, es una obligación notificar a la ENTIDAD ASEGURADORA cualquier cambio de domicilio del TOMADOR, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS.

## **CLAUSULA 29. DOMICILIO.**

Para todos los efectos que se pudieran derivar del presente Contrato, las partes eligen como Domicilio Especial el lugar donde reside el ASEGURADO conforme al Artículo 1039 del Código de Comercio.

## **CLAUSULA 30. SEGUROS COMPLEMENTARIOS.**

Los Seguros Complementarios que se contraten en forma adicional con esta Póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos Seguros Complementarios, con el pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, determinar el término anticipado de la cobertura de la Póliza, cuando esta disposición esté prevista en las condiciones del Seguro Complementario respectivo.

De optarse por un Seguro Complementario, el TOMADOR o ASEGURADO pagará la prima correspondiente determinada por la ENTIDAD ASEGURADORA, que se incrementará a la prima de la cobertura principal, suscribiéndose la cláusula anexa correspondiente.

## **CLAUSULA 31. DISCREPANCIAS DE LA PÓLIZA.**

Si el TOMADOR o ASEGURADO encuentran que la Póliza no concuerda con lo convenido o con lo propuesto, pueden solicitar por escrito la rectificación correspondiente, dentro de los 15 días siguientes a la recepción de la Póliza. Se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si durante dicho plazo no se solicita la mencionada rectificación.

## **CLAUSULA 32. OTROS ASPECTOS NO PREVISTOS.**

Todo lo que no esté previsto en este Contrato se sujetará a lo establecido en el Código de Comercio y a las disposiciones legales vigentes en la materia.

## **LA VITALICIA SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA S.A.**

Firmas Autorizadas