



SEGUROS Y REASEGUROS S.A.  
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

CERTIFICADO DE SEGUROS No.: 70006476  
DE ACCIDENTES PERSONALES GRUPO  
CODIGO SPVS No.: 109-911215-2006 10 268-4001  
R.A. 1192/06

POLIZA No.: 7000198

LUGAR Y FECHA: POTOSI, 09 DE NOVIEMBRE DE 2023

POR EL PRESENTE DOCUMENTO BISA SEGUROS Y REASEGUROS CERTIFICA QUE LA PERSONA ABAJO MENCIONADA TIENE CONTRATADO UN SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES, BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONTRATANTE: CORDOVA AYALA FERMINA

ASEGURADO: FERNANDEZ MAMANI YEMER

COBERTURAS:

MUERTE ACCIDENTAL  
INVALIDEZ PERMANENTE  
GASTOS MEDICOS

VALORES ASEGURADOS

\$US	25.000,00
\$US	25.000,00
\$US	5.000,00

VIGENCIA: 366 DIAS, A PARTIR DE LAS 12:01 P.M. HORAS DEL DIA 09 DE NOVIEMBRE DE 2023  
HASTA LA MISMA HORA DEL 09 DE NOVIEMBRE DE 2024.

PRIMA TOTAL: \$US 76,00

DEFINICIÓN:

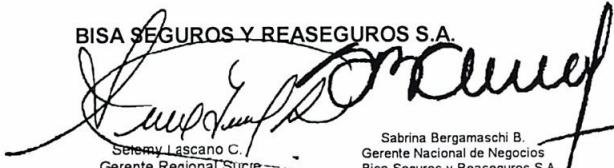
**Se entiende por Accidente:** Se entiende por Accidente, la acción imprevista y repentina de un agente externo violento, independiente de la voluntad del Asegurado, que cause a éste lesiones corporales que puedan determinarse de una manera cierta por un médico. Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de Accidente:

- La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción; o electrocución.
- Las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios (serpientes) o insectos venenosos.
- Las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente Póliza.

OBSERVACIONES:

EL PRESENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA PRINCIPAL QUE SE ENCUENTRA EN PODER DEL CONTRATANTE DEL SEGURO. EN CONSECUENCIA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE EN TODOS LOS TERMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN DICHO CONTRATO.

EL ASEGURADO SE ADHIERE VOLUNTARIAMENTE AL PRESENTE SEGURO, TENIENDO LA POSIBILIDAD DE REEMPLAZAR LA(S) COBERTURAS(S) OTORGADA(S), CON OTRA POLIZA DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS Y A DESIGNAR A SUS HEREDEROS.

  
BISA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.  
Sergio Lascano C.  
Gerente Regional/Sucie  
BISA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.  
FIRMAS AUTORIZADAS

Sabrina Bergamaschi B.  
Gerente Nacional de Negocios  
Bisa Seguros y Reaseguros S.A.

LINEA 24 HORAS: 901-10-5050

La Paz  
Av. Arce No. 2631  
Torre Multicine Piso 14  
Tef: 217 7000  
Fax. 214 1928

Santa Cruz  
Av. El Trompillo, 2º Anillo  
Sur No. 632  
Tel: 371 0707  
Fax: 353 9549

Cochabamba  
Av. Pando No.1107  
Recoleta  
Tel: 448 8800  
Fax: 411 5108

Sucre  
Calle 25 de Mayo  
No. 41  
Tel: 644 5559  
Fax: 691 2113

Tarija  
Calle General  
Trigo No. 365  
Tef: 663 8505  
Fax: 611 3541

Oruro  
Calle La Plata No. 1545  
Edif. Betto's, Planta Baja  
Tel: 525 0390  
Fax: 525 0390

## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

### COBERTURAS:

#### Muerte Accidental:

En virtud de esta cobertura la Compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa o inmediata de un Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco días (365) días siguientes de ocurrido el Accidente. Si el Asegurado falleciere como consecuencia de algún Accidente, la Compañía deducirá de la suma asegurada a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en los inciso b), en caso de haber sido contratadas. Asimismo, descontará cualquier pago realizado como servicio funerario.

#### Invalidez Total o Parcial Permanente:

Cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del Asegurado producto de un Accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que se indiquen en la Tabla de Indemnizaciones incorporada a la presente Póliza, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten después de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia..

#### Gastos Médicos:

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un Accidente, hasta el monto anual indicado en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco días (365) días siguientes a la fecha del Accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado, de las facturas originales, comprobatorios de los gastos efectuados.

En caso de que el Asegurado tuviese beneficios contratados con otras instituciones, el pago a cargo de la Compañía se ajustará proporcionalmente de acuerdo al Artículo No. 1070 del Código de Comercio. El Contratante o el Asegurado tendrá la obligación de informar a la Compañía Aseguradora de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente Seguro.

#### AMBITO GEOGRAFICO:

Las 24 Hrs. del día en cualquier parte del mundo.

**RESUMEN DE PRINCIPALES EXCLUSIONES:** (El detalle completo de exclusiones se encuentra en el Condicionado General, en poder del Contratante)

- a. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones similares a guerra, (sea declarada o no), guerra civil, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado.
- b. Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, hechos de huelga, paros, cierre patronal, tumulto o commoción contra el orden público, dentro o fuera del país, así como prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, riñas o actos delictuosos.
- c. Participación activa del Asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
- d. Suicidio o intento del mismo, auto mutilación o auto lesión, o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) por los Beneficiarios de esta Póliza.
- e. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no haya sido declarada por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, tales como lo son las siguientes:
  - 1) La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas.
  - 2) La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas.
  - 3) La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas.
- f. Cualquier enfermedad corporal, nerviosa o mental y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
- g. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

#### PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Dentro de los primeros tres días de haber ocurrido el accidente, debe darse aviso a la Compañía de tal hecho, indicando fecha, hora, lugar y circunstancia del accidente, y además, nombres y domicilios de los testigos, mencionando si han intervenido las autoridades y si se ha iniciado sumario.

Si el Accidente causó la muerte, debe presentarse a la Compañía, el certificado de defunción, certificado médico, así como cualquier otro documento relacionado que sea solicitado por la Compañía.

Cualquier controversia será definida entre la Compañía Aseguradora y el Asegurado, según lo establecido en la póliza original.

El presente Certificado forma parte integrante de la póliza de Accidentes Personales emitida a solicitud del Contratante y no limita ni amplía los términos y condiciones expresados en el mismo.

LINEA 24 HORAS: 901-10-5050

**La Paz**  
Av. Arce No. 2631  
Torre Multicine Piso 14  
Tef: 217 7000  
Fax: 214 1928

**Santa Cruz**  
Av. El Trompillo, 2º Anillo  
Sur No. 632  
Tel: 371 0707  
Fax: 353 9549

**Cochabamba**  
Av. Pando No.1107  
Recoleta  
Tel: 448 8800  
Fax: 411 5108

**Sucre**  
Calle 25 de Mayo  
No. 41  
Tel: 644 5559  
Fax: 691 2113

**Tarija**  
Calle General  
Trigo No. 365  
Tef: 663 8505  
Fax: 611 3541

**Oruro**  
Calle La Plata No. 1545  
Edif. Bettó's, Planta Baja  
Tel: 525 0390  
Fax: 525 0390