

**CLÁUSULA N° 1**  
**SEGURO COMPLEMENTARIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

**1. Objeto de este seguro:** Por el presente seguro complementario la Compañía **Seguridad S.A. Compañía de Seguros** garantiza el pago del capital señalado en las Condiciones Particulares, en el supuesto de que el asegurado resulte afectado por una invalidez total y permanente.

A los efectos de este seguro se entiende por invalidez total y permanente la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional y siempre que tales circunstancias hayan continuado ininterrumpidas por seis (6) meses como mínimo.

**2. Riesgos excluidos:** Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

- a) Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.
- b) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- c) Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, declarado así judicialmente en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamentos de personas o bienes.
- d) Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.
- e) Las consecuencias de los accidentes causados por temblor meteorológico de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.
- f) Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- g) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro.
- h) También quedan expresamente excluidos los casos que afecten al asegurado en forma parcial o temporal.

**3. Documentos que deben acompañar a la solicitud de indemnización:**

- a) Partida de nacimiento o cédula de identidad del asegurado.
- b) certificado médico en el que se determine la fecha de origen de la enfermedad o acaecimiento del accidente, y se evidencie la invalidez total y permanente.

**4. Vigencia:** Indicada en las condiciones particulares de la póliza.

-oOo-

**CLÁUSULA Nº 3**  
**SEGURO COMPLEMENTARIO DE COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES**

**1. Objeto de este seguro:** Por el presente Seguro Complementario y habiéndose pagado una prima adicional, Seguridad S.A. Compañía de Seguros, garantiza el pago del Beneficio de un Anticipo según % (Porcentaje) indicado en las condiciones particulares de la póliza sobre el capital principal, en el caso de que al Asegurado se le diagnostique una de las enfermedades de alto riesgo detalladas en esta Cláusula. En caso de un eventual siniestro el premio se reducirá en la misma proporción.

**2. Riesgos Cubiertos:**

**2.1 Infarto del miocardio**

Muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado mediante: a) historia de dolor torácico típico b) Cambios en el electrocardiograma c) Elevación de las enzimas cardíacas

**2.2 Cirugía de puente aorto-coronario (By Pass)**

Cirugía a corazón abierto para corregir estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias mediante puentes, en personas con síntomas de angina. Procedimientos no quirúrgicos como la angioplastia quedan excluidos.

**2.3 Derrame Cerebral**

Cualquier incidente (o accidente) cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas con duración de, por lo menos, 24 horas y que incluya:

a) infarto del tejido cerebral b) hemorragia de un vaso intracraneal c) embolización de fuente extracraneal.

**2.4 Cáncer**

Presencia de crecimiento incontrolado y propagación de células malignas e invasión de tejidos. Evidencia incontrovertible de tal invasión de tejidos o histología definitiva que demuestre un crecimiento maligno. El término "cáncer" incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

Carcinomas "in situ" no invasivos, tumores localizados no invasivos que muestran solo cambios malignos tempranos, tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana y todos los cánceres de la piel, con excepción de los melanomas malignos, quedan excluidos.

**2.5 Fallo Renal**

Estado de fallo renal terminal debido a una disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por necesidad de diálisis o trasplante renal.

**3. EXCLUSIONES**

3.1 Ningún beneficio será pagado en caso de que el Asegurado sea en el momento del siniestro, portador del HIV o tenga SIDA.

3.2 Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de Seguro.

**4. PERIODO DE CARENCIA**

Se establece un período de carencia de tres meses a partir de la entrada en vigor de la cobertura. Cualquier enfermedad que se presente dentro del periodo de carencia no está cubierta, salvo la renovación automática en el que no habrá periodo de carencia.

**5. CLÁUSULA ESPECIAL DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

**TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

**5.1 Riesgo Cubierto:**

La Compañía concederá el beneficio del % (**Según porcentaje asignado**) del Capital Principal de Muerte cuando el Asegurado sea sometido a alguno de los siguientes trasplantes:

a) Trasplante de medula ósea	% del Capital Principal de Muerte
b) Trasplante hepático	% del Capital Principal de Muerte
c) Trasplante renal	% del Capital Principal de Muerte
d) Trasplante de córnea	\$ 2.000 o su equivalente en guaraníes
e) Trasplante de cóclea	\$ 8.000 o su equivalente en guaraníes

f) Trasplante cardíaco	% del Capital Principal de Muerte
g) Trasplante pulmonar	% del Capital Principal de Muerte
h) Trasplante cardiopulmonar	% del Capital Principal de Muerte

**Obs: El % porcentaje de anticipo por enfermedades graves se encuentra estipulado según las condiciones particulares de la póliza contratada.**

La Compañía no cubrirá los retrasplantes, cuando los mismos sean requeridos por haberse producido el rechazo por parte del paciente del órgano trasplantado. En dichos casos, la Compañía solo abonará el Capital correspondiente al primer trasplante, sin adeudar capital alguno por los reemplazos que pudieran efectuarse.

Este Beneficio es Adicional e independiente de los demás previstos en la Póliza, pero en ningún caso la indemnización será mayor al del Seguro Principal de Muerte.

## 5.2 Exclusiones específicas

Quedan excluidos:

- A) Trasplante efectuados como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, infecciones oportunistas y cualquier otra enfermedad provocada por el mismo.
- B) Trasplantes ilícitos de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no habilitados legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.

## 5.3 Definición de los trasplantes cubiertos

Se define como trasplante la transferencia de órganos que pueden ser: de un individuo (aloinjerto), del mismo individuo (auto injerto) o de un cadáver (cadavérico)

Las indemnizaciones previstas en el presente modulo no incluyen en ningún caso, la provisión de órganos quedando en un todo a acuerdo a las leyes nacionales establecidas al respecto.

### Trasplante de Médula Ósea

Médula ósea de autológica para:

- a) Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B IV o B
- b) Linfoma de Hodgkin, estado III A o B o estado IV A o B
- c) Leucemia aguda linfocítica después de la primera o segunda recaída
- d) Leucemia aguda no-linfocítica después de la primera o segunda recaída
- e) Tumores de célula embrionaria

### Médula ósea alogénica para:

- a) Anemia aplástica
- b) Leucemia aguda
- c) Inmunodeficiencia severa combinada
- d) Síndrome de Wiskott-Aldrich
- e) Osteoporosis infantil maligna (Enfermedad de Alberga Schonberg)
- f) Leucemia miclogena crónica (LMC)
- g) Neuroblastoma, estado III o IV en niños mayores de un año
- h) Betatalasemia homocigote (talasemia mayor)
- i) Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B IV o B
- j) Linfoma de Hodgkin, estado III A o B o estado IV A o B

### Trasplante Hepático

Trasplante de hígado en el Asegurado que presenta insuficiencia hepática crónica terminal a aguda terminal, no tumoral y cuando se hayan agotado todos los tratamientos alternativos posibles.

### Trasplante Renal

Trasplante de riñón proveniente de dador vivo o cadavérico, en Asegurado con insuficiencia renal crónica, no portador de tumores en general y que se encuentre en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

#### **Trasplante de Córnea**

Trasplante de una córnea para el Asegurado con lesiones traumáticas o degenerativas, sin otra alternativa terapéutica para mantener o recuperar la visión.

#### **Trasplante Cardíaco**

Trasplante de corazón proveniente de un dador, en el Asegurado que presenta la insuficiencia terminal irreversible con severo deterioro de la salud y compromiso de vida y cuando se hayan agotado todos los tratamientos alternativos posibles.

#### **5.4 Período de carencia**

Se establece un período de carencia de 120 días, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura o de la inclusión de esta cláusula en la misma, según corresponda. Ningún beneficio se otorgará si la necesidad de efectuar el trasplante surge durante este plazo de carencia. Excepto en el caso de renovación automática.

#### **5.5 Requisitos para la Validez del Diagnóstico**

La implantación de órganos se reconocerá cuando se hayan agotado todos los otros medios y recursos disponibles o sean inconvenientes o insuficientes como alternativa terapéutica de salud o conservación de la vida.

Para cualquier solicitud de indemnización por trasplante es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al Instituto Médico Especializado o a cualquier organismo que en el futuro lo reemplace.

Es indispensable, asimismo, que se cumplan en todas sus partes las disposiciones de la Ley de Trasplantes, sus modificatorias y reglamentaciones.

El Asegurado deberá informar directamente a la Compañía cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de efectuarse un trasplante dentro de los 3 días de haber sido notificado del mismo, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. (Art. 1589 y 1.590 C.C.)

#### **5.6 Terminación de la Cobertura**

La cobertura del riesgo de trasplante y otros riesgos cubiertos en esta Cláusula cesará en las siguientes circunstancias:

- a) al caducar la Póliza.
- b) a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta (66) años.

-oOo-

## SEGURO COMPLEMENTARIO DE CAPITAL ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y PERDIDA PARCIAL DE MIEMBROS POR ACCIDENTES

**1º Definición:** Bajo las condiciones de esta cláusula, se cubren las consecuencias de heridas o lesiones producidas directa, exclusiva y necesariamente por causas externas, violentas y fortuitas, independientes y ajenas a toda otra causa y de la voluntad del Asegurado, experimentadas dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente.

**2º Indemnizaciones:** Según sean las consecuencias del accidente, la Compañía abonará al beneficiario instituido el porcentaje del capital asegurado del seguro complementario, que establece, y únicamente como lo fija, la escala siguiente:

100 % por muerte, a los beneficiarios indicados en la póliza.

Por Pérdida Parcial de Miembros, producidos como consecuencia de accidentes definidos en el Art. 1º de esta Cláusula, se anticipará al Asegurado o a sus Beneficiarios, la indemnización sobre el capital asegurado en este suplemento, según el porcentaje establecido en la escala siguiente:

100 % por la pérdida total de los dos ojos, o de los dos brazos, o de las dos manos, o de las dos piernas, o de los dos pies, o de un brazo y un pié, o de una pierna y una mano.

60 % por la pérdida total del brazo o de la mano derecha.

50 % por la pérdida total del brazo o de la mano izquierda.

50 % por la pérdida total de una pierna o de un pié.

25 % por la pérdida total de un solo ojo.

18 % por la pérdida total del pulgar de la mano derecha.

16 % por la pérdida total del pulgar de la mano izquierda.

14 % por la pérdida total del índice de la mano derecha.

12 % por la pérdida total de índice de la mano izquierda.

12 % por la pérdida total del meñique de la mano derecha.

10 % por la pérdida total del meñique de la mano izquierda.

8 % por la pérdida total del medio o anular de la mano derecha.

6 % por la pérdida total del medio o anular de la mano izquierda.

5 % por la pérdida total del pulgar del pié.

3 % por la pérdida total de cualquier otro dedo del pié.

Por la pérdida total se entiende la que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación completa y definitiva del órgano o miembro afectado, las demás lesiones no son indemnizables, cualquiera sea su importancia.

**3º Indemnización máxima:** El importe total que la compañía se obliga a pagar en el caso de varias pérdidas, en uno o más accidentes, no excederá del capital asegurado y, cuando el monto pagado alcanzará a dicho capital, esta cláusula quedará de hecho anulada. Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaren y, dentro del año de haberse producido, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Compañía abonará la diferencia que corresponda.

**4º Carácter de las Indemnizaciones:** Las indemnizaciones por accidentes son adicionales e independientes de los beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna por tal concepto de la suma asegurada al pagarse ésta por fallecimiento del Asegurado o por vencimiento del seguro.

**5º Casos no cubiertos:** Quedan expresamente excluidos del riesgo asumido las consecuencias de enfermedades o de infecciones de cualquier naturaleza, como de los accidentes originados:

- a) por propia voluntad o por culpa grave del Asegurado;
- b) por disparo intencional de arma de fuego por acto del propio Asegurado,
- c) por duelo, homicidio o tentativa de homicidio, pelea salvo en legítima defensa, huelga, tumultos, revolución, empresa criminal o violación grave de cualquier ley;
- d) por el abuso del alcohol o de estupefacientes;
- e) por acciones de guerra dentro o fuera del país, incluso prestando servicio militar, naval o aéreo;

- f) por participar, como conductor o acompañante, en carreras de automóviles o motocicletas y en otras pruebas de pericia o de velocidad como ser de bicicletas, de caballos o náuticas;
- g) por practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en líneas regulares autorizadas de navegación aérea de pasajeros;
- h) por intervenir en operaciones o viajes submarinos;
- i) por inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza;
- j) por operación quirúrgica no motivada por accidente;
- k) por fenómenos atmosféricos o sísmicos;
- l) por actos notoriamente peligrosos que no sean justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

**6º Comprobación del accidente:** Corresponde al Asegurado o al beneficiario instituido;

- a) denunciar el accidente dentro de los 15 días de la fecha en que haya ocurrido, so pena de perder todo derecho a indemnización;
- b) suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente, como de la forma y del lugar en que se produjo;
- c) facilitar cualesquiera comprobaciones o aclaraciones;
- d) adoptar todas las medidas conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

La compañía en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de hacer exhumar el cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de esta.

**7º Terminación de la cobertura:** El riesgo de accidente, previsto en este suplemento, dejará de ser cubierto en las siguientes circunstancias:

- a) a partir del momento en que el Asegurado haya percibido indemnizaciones equivalentes al capital asegurado;
- b) al producirse la incapacidad total y permanente del Asegurado y éste quedará comprendido en los beneficios de invalidez;
- c) por liquidación de la póliza por cualquier causa;

**8º Vigencia:** Indicada en las condiciones particulares de la póliza.

-oOo-

## SEGURO COMPLEMENTARIO DE CANCER FEMENINO ANTICIPO DE BENEFICIOS EN CASO DE DIAGNOSTICO DE CANCER FEMENINO

### **Art. 1 PERSONAS NO ASEGURABLES**

Serán no asegurables las personas que a la fecha de contratación tengan más de cincuenta y cinco (55) años.

### **Art. 2 RIESGO CUBIERTO**

La Compañía abonará al Asegurado el beneficio previsto por esta cláusula en caso de que se le diagnostique cáncer femenino según las definiciones establecidas en el Art. 6, una vez transcurridos los primeros ciento ochenta (180) días de vigencia de esta cobertura adicional. El beneficio previsto en esta cláusula adicional se pagará una sola vez, aunque el mismo u otro cáncer cubierto se manifieste con posterioridad.

Se excluyen de la cobertura adicional de esta cláusula las condiciones preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas condiciones que se manifiestan con anterioridad a la fecha efectiva de la póliza o su rehabilitación y se refiere a: 1) Cáncer diagnosticado cualquier momento antes de la fecha efectiva de la cobertura adicional o fecha de rehabilitación de ésta, ó 2) la existencia de síntomas de cáncer o una condición similar, lo cual llevaría a cualquier persona comúnmente prudente a buscar un diagnóstico, cuidado o un tratamiento anterior al inicio de vigencia de la cobertura adicional o rehabilitación de la misma.

### **Art. 3 RIESGOS NO CUBIERTOS**

Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula:

- a) La leucemia linfática crónica.
- b) Cualquier clase de cáncer no invasivo (Carcinoma in situ).
- c) Cáncer de piel incluido melanoma maligno no invasivo.
- d) Enfermedades que no sean cáncer.
- e) Todo tumor premaligno.
- f) Neoplasia intraepitelial cervical.
- g) Condiciones Preexistentes de acuerdo con lo especificado anteriormente.
- h) Cuando el asegurado reclamante haya ocultado o alterado información referida a que previamente a la contratación de esta cláusula le fue diagnosticado cáncer.
- i) Una infección oportunista o neoplasma maligno (tumor), si al momento del diagnóstico el asegurado tuvo o tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o haya obtenido un resultado positivo a la prueba del virus VIH (virus inmunodeficiencia humano).

Para el propósito de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" deberá cumplir con la definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluye encefalopatía (demencia) por el VIH (virus inmunodeficiencia humano), y síndrome de desgaste por virus de inmunodeficiencia, y todas las enfermedades causadas y relacionadas al virus VIH positivo.

Las infecciones oportunistas incluyen, pero no se limita a la neumonía provocada por pneumocystis carinii, organismo de enteritis crónica, infección vírica o infecciones micobacteriana diseminada.

El neoplasma maligno incluye, pero no se limita al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en la presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

### **Art. 4 BENEFICIOS**

En el evento de diagnosticársele clínicamente un cáncer cubierto bajo esta cláusula, la compañía pagará al asegurado por una sola vez, e independientemente del número de diagnósticos o tratamientos a que haya sido sometido, el monto asegurado correspondiente establecido en las Condiciones Particulares de la cláusula.

El beneficio pagadero por esta cláusula equivale al % (Porcentaje) asignado en las condiciones particulares de la póliza del Capital Asegurado inicial no superando el máximo establecido por la Compañía

La Compañía abonará al Asegurado el beneficio previsto por esta cláusula dentro de los treinta (30) días de notificado el siniestro, o de acompañada, si procediera, la información complementaria.

### **Art. 5 CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cualquier indemnización que reciba el Asegurado en virtud de esta cláusula adicional se computará como un adelanto del Capital Asegurado.

#### **Art. 6 DEFINICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL**

\* Se entiende por **Cáncer Femenino** a los siguientes procesos: el Cáncer de Mamas, Cáncer de Vulva, Cáncer de Vagina, Cáncer de Cuello Uterino, Cáncer Cuerpo Uterino, Cáncer de Trompa Uterina (tuba) y Cáncer de Ovario.

\* Se entiende por **Cáncer** la presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolada de estas células y la invasión del tejido. El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos.

\* **Cáncer de Mama** se define como carcinoma de la glándula mamaria que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento incontrolado y expansión de células malignas y la invasión del tejido. Para que se otorgue el beneficio establecido en las Condiciones Generales de la póliza para esta clase de cáncer, el tumor primario deberá presentarse en las mamas antes de cualquier otra metástasis y deberá establecerse mediante un estudio histopatológico debidamente certificado.

\* **Cáncer Genital Femenino**, se define como el Cáncer de Vulva, Cáncer de Vagina, Cáncer de Cuello Uterino, Cáncer de Cuerpo Uterino, Cáncer de Trompa Uterino (tuba) y Cáncer de Ovario que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado y la expansión de células malignas y la invasión del tejido.

Para que se otorgue el beneficio establecido en las Condiciones Generales de la póliza para esta clase de cáncer, el tumor primario deberá presentarse en la vulva, cuello uterino, trompa uterina u ovario, antes que cualquier metástasis. La displasia o carcinoma detectada mediante un Papanicolau o un examen de sangre, deberá ser diagnosticada por Ginecólogo Oncológico y debidamente certificado por un informe histopatológico.

#### **Art. 7 DECLARACIONES**

Para los efectos de la contratación de esta cláusula adicional el asegurado deberá llenar el formulario dispuesto por la compañía en el cual declara no tener ninguna condición preexistente a la contratación de la póliza, la cual formará parte integrante de ésta.

Se deja constancia que toda declaración presentada por el asegurado ya sea que ella se haga a requerimiento de la compañía o de los médicos contratados por ella, tales como cuestionarios o solicitudes escritas utilizadas para la emisión de esta póliza y de sus endosos, forman parte integrante de la misma. No se considerará válida para este contrato aquellas declaraciones que no hayan sido formuladas por escrito a la compañía.

La presente cláusula se resolverá ipso facto y sin derecho a indemnización ni beneficio alguno, si el asegurado presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o sustentada en declaraciones falsas.

#### **Art. 8 PRIMA**

La obligación por parte del contratante de pagar la prima estipulada en las Condiciones Particulares se suspenderá a contar de la fecha del diagnóstico de la enfermedad. Si el siniestro no tuviere cobertura, el contratante deberá pagar a la compañía la prima correspondiente al período en que estuvo suspendido el pago.

La compañía tendrá derecho en cada aniversario del seguro a modificar la prima de este seguro, de acuerdo con la tarifa vigente en esa fecha. En todo caso la compañía informará al contratante de esta modificación con una anticipación de sesenta (60) días, teniendo el derecho el contratante de aceptar la modificación o renunciar al seguro, lo cual deberá informar en un plazo de treinta (30) días, si así no lo hiciera se entenderá que acepta la modificación de la prima.

#### **Art. 9 REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNOSTICO**

La Compañía deberá contar -dentro de los 30 días de la fecha de diagnóstico- con un informe médico patológico del tejido y certificado de diagnóstico de cáncer. La Compañía se reserva el derecho de solicitar -a su cargo- exámenes médicos adicionales por un profesional de su elección.

#### **Art. 10 VALUACIÓN POR PERITOS**

En caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte dentro de los ocho (8) días, quienes antes de desempeñar su cometido, designarán un tercero para que decida en caso de desacuerdo.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días de su designación.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente -previa intimación a la otra- procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que será abonado por las partes en igual proporción.

#### **Art.11 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

La cobertura otorgada por esta cláusula quedará automáticamente sin efecto en los siguientes casos:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya recibido la indemnización prevista en esta cláusula.
- b) Cuando la póliza pierda vigencia por cualquier causa.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla cincuenta y seis (56) años.

En los supuestos a) y c), las primas cuyo pago corresponda efectuar con posterioridad a las fechas señaladas se reducirán en la proporción correspondiente.

En el supuesto c) las primas correspondientes al último período de cobertura adicional de esta cláusula se ajustarán a prorrata por los días que falten hasta su próximo cumpleaños. Se considera el último período de cobertura adicional de esta cláusula aquel que inicie su vigencia antes de los cincuenta (50) años del Asegurado y finalice luego de haber cumplido los cincuenta y seis (56) años.

“Queda entendido y convenido que el detalle de las condiciones de coberturas descriptas en el presente condicionado no hace referencia a la contratación de coberturas de la póliza. Estas estarán relacionadas con las coberturas detalladas tanto en la propuesta del seguro firmada por el tomador, como en las condiciones Particulares de la póliza, lo cual en caso de no estar especificadas tanto en la propuesta como en las Condiciones Particulares de la póliza no serán cubiertas por la compañía de seguros”

-oOo-

## CLÁUSULA DE ADECUACIÓN A LA RESOLUCIÓN N° 26/09 QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE PREVENCIÓN DEL LAVADO DE DINERO PARA LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS.

### 1) **Ámbito de aplicación.**

Las obligaciones establecidas se aplican a:

a) todas las operaciones que superen diez mil dólares americanos o su equivalente en otras monedas, salvo las excepciones contempladas en esta ley; y,

De igual forma este inciso se extiende a aquellos asegurados cuyas operaciones de seguro en conjunto o acumuladas asciendan al monto mínimo establecido en este inciso.

Así también en caso de un eventual siniestro cuando la suma del reembolso se encuentre en los parámetros mínimos establecidos por esta Ley el asegurado está obligado a ajustarse a los requerimientos de conformidad al Artículo N°5 de esta Resolución.

b) aquellas operaciones menores al monto señalado en el inciso anterior, de las que se pudiere inferir que fueron fraccionadas en varias con el fin de eludir las obligaciones de identificación, registro y reporte.

Por tanto, todas aquellas operaciones que se contemplan en los incisos a) y b) deberán ajustarse a los sgtes requerimientos de conformidad a lo establecido en el Artículo 5° de esta Resolución, que establece:

### 1) **La apertura de expedientes e identificación del asegurado:**

Al inicio de la relación comercial, las compañías de seguros deberán solicitar entre otros, datos e informaciones relacionados a la identificación del cliente, de conformidad al formulario anexo N° 2 y 3 de la presente Reglamentación y deberán guardar toda la información en el expediente del cliente donde debe constar informaciones sobre las pólizas y los tomadores de estas.

#### **A) Requisitos de Información del expediente del cliente.**

##### **A.1. Personas Físicas:**

- A) Nombres y Apellidos
- B) Fecha y Lugar de Nacimiento
- C) Nacionalidad
- D) Profesión, ocupación y nombre del empleador
- E) Actividad Comercial o giro del comercio.
- F) Domicilio particular (calle, n°, barrio, ciudad, país)
- G) Número de teléfono particular y laboral, fax y dirección de correo electrónico
- H) Domicilio laboral (calle, n°, barrio, ciudad, país)
- I) Registro de firmas
- J) Copia de Registro Único de Contribuyentes.
- K) Otros documentos que la entidad determine, según sus políticas vigentes.

##### **A.2. Personas Jurídicas.**

- A) Copia del Acta de constitución
- B) Denominación o Razón social
- C) Copia de RUC
- D) Domicilio (calle, n°, barrio, ciudad, país)
- E) Número de teléfono, fax y dirección de correo electrónico.
- F) Nombre del Administrador, directores, Gerente General y/o Apoderado Legal.
- G) Otros documentos que las compañías de seguros determinen según sus políticas vigentes.

##### **A.3. Apoderados**

- A) copia autenticada y vigencia del poder general
- B) Nombre/s, dirección/es del/os beneficiarios y /o persona/s que haya/n otorgado poder al firmante para actuar en su representación
- C) copia de Constitución de la Sociedad, en caso de personas jurídicas.

D) Otros documentos que las compañías de seguros determinen según sus políticas vigentes.

Las compañías de seguros adoptaran medidas razonables a fin de obtener información sobre la verdadera identidad de los clientes cuando existan dudas o certezas de que no actúan por cuenta propia.

Los mismos recaudos antes indicados para personas jurídicas, serán acreditados en los casos de fideicomisos, asociaciones, fundaciones y otras organizaciones con o sin personería jurídica.

-oOo-

### **CLÁUSULA SOBRE SUSPENSIÓN DE COBERTURA Y CADUCIDAD AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA**

Si a cualquier vencimiento de la cuota, no fuese abonado su importe, la cobertura del riesgo quedará automáticamente suspendida desde las veinticuatro (24) horas del día de ese vencimiento y la mora se producirá por el sólo vencimiento del plazo, la que operará de pleno derecho sin necesidad de protesto o interpelación judicial o extrajudicial.

La cobertura suspendida podrá rehabilitarse mediante el pago de la prima adeudada, quedando a favor de la compañía aseguradora, y en carácter de penalidad para el asegurado, el importe de la prima correspondiente al periodo transcurrido sin cobertura.

La rehabilitación de la póliza estará sujeta a la aceptación de la compañía y sólo surtirá efecto una vez que la compañía manifieste su conformidad y desde las doce (12) horas del día siguiente a aquel en que el asegurador reciba el pago del importe vencido.

El pago de la prima efectuado mediante un cheque mal extendido, sin fondos o caduco, o mediante una Tarjeta de Crédito vencida o bloqueada, o mediante cualquier otro documento o medio de pago que no permita recibir a la Compañía, en forma íntegra y oportuna tal pago, dejara inmediatamente nula y sin efecto la presente Cobertura y sin responsabilidades ulteriores por parte de la Compañía

### **CLÁUSULA DE ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES**

Se hace constar que esta Póliza otorga las coberturas pactadas producidas por alguna enfermedad, siempre que la misma haya sido adquirida por el Asegurado durante su vigencia, quedando excluidas las consecuencias de enfermedades preexistentes al momento de contratar la Póliza.

Las demás Condiciones Generales y/o Particulares de la póliza quedan firmes y sin modificación alguna.

### **CLÁUSULA DEL USO DE MOTOCICLETA**

Se hace constar que, en las condiciones Particulares Específicas la Compañía consciente en cubrir el uso de Motocicletas y o vehículos similares, incluye dentro de las garantías de la presente póliza el uso de motocicletas inclusive en horario no laboral. (Ley N° 5016/ Art. 76 y 79); Uso obligatorio de casco, chaleco reflectivo reglamentario, las luces de las motocicletas deben estar en perfecto funcionamiento, así como también debe circular con las luces prendidas en todo momento, cumplir con las reglas de tránsito y tener los documentos habilitantes.

### **CLAUSULA DE GASTOS DE SEPELIO**

La compañía otorga la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares Específicas en concepto de Anticipo Gastos por Sepelio, la cual será indemnizada cuando el fallecimiento se haya producido a consecuencia de un accidente o enfermedad.

Así mismo, se hace constar que esta Aseguradora queda desligada de toda responsabilidad por los actos y servicios que efectuó la empresa funeraria.

-oOo-

## CONDICIONES GENERALES SEGURO TEMPORAL

El presente Contrato de Seguro se rige por las disposiciones de la Ley N° 1.183/85 Código Civil Paraguayo, la Ley 827/96 de Seguros y por lo convenido por las partes en las condiciones Generales y Particulares de este quedando sin validez toda cláusula limitativa de derechos de los asegurados que no sean específicamente aceptadas por el suscriptor de la Póliza, como parte adicional de las condiciones particulares. No requieren dicha aceptación las meras transcripciones de preceptos legales.

### **DEFINICIONES:** Artículo 1º:

- a. Asegurado, Es la persona en quién recae el Seguro,
- b. Beneficiario, Es la persona designada por el Asegurado, a quién la Compañía deberá pagar el capital asegurado, dentro de las Condiciones de esta Póliza;
- c. Compañía Aseguradora, *Seguridad S.A. Compañía de Seguros*.

**DISPOSICIONES COMUNES:** Artículo 2º: Queda expresamente convenido que la Compañía y el Asegurado se someten a las condiciones Generales y Particulares de la presente Póliza, las disposiciones pertinentes del Código Civil y las demás Leyes vigentes en la materia se aplicarán a las determinaciones y los puntos no previstos ni resueltos en la presente Póliza. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

**BASES DEL CONTRATO:** Artículo 3º: Esta Póliza se emite en base a las declaraciones del Asegurado, consignadas tanto en la Solicitud del Seguro como en el Informe del Médico examinador, cuando lo hubiere, o en el Formulario de declaración de Salud que reemplazó al examen Médico, las cuales son las causas determinantes del contrato, entendiéndose dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Asegurado mediante su firma puesta al pie de los mencionados

documentos, aun cuando éstas no fueran escritas por él mismo.

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la

diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

A los efectos de este Contrato la póliza será nominativa. Cualquier modificación de la misma sin intervención de la Compañía, carecerá de valor.

**RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN:** Artículo 4º: Toda declaración falsa, omisión o reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado que hubiere impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo o que, a juicio de peritos, la Compañía de haber conocido la verdad no habría suscrito el Contrato, anula el seguro, de acuerdo con las disposiciones del Art. 1.549 del Código Civil Paraguayo. Ante tales circunstancias, los derechos y obligaciones derivados de estas condiciones se regularán de acuerdo a lo dispuesto en los Art. 1.550 siguientes y concordantes del citado cuerpo legal según el caso.

Queda especialmente convenido que la Compañía no podrá invocar como reticencia o falsa declaración, la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la Solicitud, en el Informe del Médico examinador o en la declaración de Salud del presente Seguro.

Transcurrido tres años desde la celebración del contrato, el Asegurador no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa.

**PAGO DE LAS PRIMAS:** Artículo 5º: Las primas son anuales y pagaderas por anticipado, pero podrá concederse el pago por fracciones mediante el recargo de los intereses correspondientes. Las primas podrán ser pagadas por semestres con recargo de cuatro por ciento (4%) anual sobre la prima anual, por trimestre con recargo del seis por ciento (6%) anual o por mensualidades con recargo del ocho por ciento (8%) anual. En caso de fallecimiento del Asegurado, la

Compañía deducirá de la suma exigible por esta póliza, las cuotas que eventualmente llegaren a su vencimiento.

El Asegurado podrá, en cualquier momento de la vigencia de esta Póliza, pedir el cambio de forma de pago de sus primas mediante solicitud escrita presentada a la Compañía.

El pago de las primas deberá hacerse en el domicilio de la Compañía Aseguradora o en sus Agencias, contra los recibos oficiales de la misma

provistos de la firma de los funcionarios debidamente autorizados por

ella para dicho efecto. Sin embargo, mientras no medie comunicación expresa en contrario, los recibos serán presentados al cobro en el domicilio del Asegurado o con su autorización expresa en otros lugares.

**PLAZO DE GRACIA:** Artículo 6º: La Compañía ofrece un plazo de gracia de treinta (30) días para abonar las primas de renovación o las fracciones de primas anuales, sin recargo de intereses, contados desde la fecha en que vence cada una. Para el pago de la primera prima, el plazo de gracia se contará desde la emisión de la Póliza o desde la fecha de iniciación de la vigencia de esta, según cuál de las dos fechas sea posterior. Si dentro del plazo de gracia se produjera el fallecimiento del Asegurado se deducirá del importe a abonar por tal causa, la prima o cuota de prima impaga.

Vencido dicho plazo sin que el Asegurado haya satisfecho el pago de la prima o cuota de prima, la Compañía podrá exigir, a partir del mencionado vencimiento, la prima o cuota de prima impaga, con un interés del seis por ciento (6%) anual, o podrá optar por rescindir el contrato con un plazo de denuncia que determinará la misma. En este último caso, la rescisión no se producirá si la prima o cuota de prima fue pagada antes del vencimiento de dicho plazo de denuncia.

Una vez notificados el plazo de denuncia y la opción de rescindir, la Compañía no será responsable por el siniestro ocurrido durante dicho

plazo, después de dos (2) días de dicha notificación.

**OPCIÓN DE RENOVACIÓN:** Artículo 7º: Hallándose esta póliza en pleno vigor, el asegurado puede solicitar la renovación de este seguro sin requisitos médicos y hasta noventa días antes de su vencimiento, o el de las respectivas renovaciones, de acuerdo con la escala siguiente:

Si el plazo del Seguro Original Es de	Puede por igual Plazo de Seguro Renovarse
1 año	9 veces
2 años	4 veces
3 años	2 veces
4 años	1 vez
5 años	1 vez

- El Capital Asegurado en cada renovación no será superior al de la Póliza ni al de la renovación precedente.
- La prima se calculará según la edad que tenga el Asegurado al entrar en vigor la renovación y la tarifa en vigor de la Compañía en ese momento.
- La edad del Asegurado al entrar en vigor la renovación no excederá de 55 años y 6 meses.
- Las renovaciones que correspondan se extenderán por endoso a la póliza.

**OPCIÓN DE CONVERTIBILIDAD:** Artículo 8º: Hallándose en pleno vigor esta póliza, el asegurado puede solicitar la conversión de este

seguro a otro plan, sin requisito médico y dentro del siguiente plazo, a contar de la fecha inicial de la póliza.

Si el Plazo del Seguro Original Es de:	Puede Convertirse en los Primeros:	
	Años	Meses
1	0	9
2	1	6
3	2	3
4	3	0
5	3	9
6	4	6
7	5	3
8	6	0
9	6	6
10	7	0

- El capital asegurado no será superior al de la Póliza.
- La edad del asegurado al entrar en vigor el nuevo seguro no excederá de 55 años y 6 meses.
- Se aplicará las tarifas que tengan en vigor la Compañía al entrar en vigor la conversión, quedando excluidos de la elección los planes temporarios.

El Asegurado deberá pagar la prima correspondiente a su edad en esa fecha más los recargos que se originen por la emisión de la nueva póliza.

La Reserva Matemática Neta que corresponde al asegurado en el momento de la renovación, será acreditada al mismo como parte de pago de las primas.

**DENUNCIA DEL SINIESTRO:** Artículo 9º: El tomador, o los beneficiarios en su caso, comunicará a la Compañía aseguradora

el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo (Art.1589 C.C.).

La Compañía aseguradora debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado, tomador o beneficiarios, dentro de los treinta (30) días de recibidos los requisitos de la documentación prevista para la denuncia del siniestro (Art.1597 C.C.)

**LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO:** Artículo 10º: Ocurrido el fallecimiento del Asegurado estando esta póliza en pleno vigor, la Compañía efectuará el pago del capital que corresponda. En el caso de que el contrato de Seguro se formaliza con una cobertura de garantía de un crédito líquido de dinero, el pago del capital asegurado se realizará al momento de la denuncia del fallecimiento y esto se hará por el saldo deudor o debido hasta ese momento.

En todos los casos la Compañía efectuará el pago del capital, inmediatamente después de recibida y aprobadas en su oficina central, las pruebas legales del deceso, la declaración del médico que hubiese asistido al Asegurado o que hubiere certificado su muerte, y otra de los beneficiarios, extendidas ambas en formularios que proporcionará la Compañía, y cuales quiera otros documentos que ésta considere necesario a los efectos.

**RESIDENCIA - OCUPACIÓN Y VIAJES, RIESGOS NO CUBIERTOS:** Artículo 11º: La presente Póliza está exenta de toda restricción respecto a la Residencia, Ocupación y Viajes del Asegurado.

Se especifican las siguientes Excepciones:

- a) Riesgos que resulten de la participación del Asegurado en carreras automovilísticas o de motocicletas, ya sea como conductor o acompañante;
- b) Los Riesgos provenientes de la participación del Asegurado en ascensiones aéreas, salvo el caso en que el Asegurado viajara como pasajero en líneas regulares de navegación aéreas de pasajeros, sujetas a itinerarios fijos y debidamente autorizadas por la autoridad competente;
- c) Los riesgos derivados de guerra que no comprendan a la República del Paraguay, en caso de guerra que comprenda a la República del Paraguay las obligaciones tanto de parte de la Compañía como del asegurado se regirán por las normas que para la emergencia dicte la Autoridad Competente;
- d) Los riesgos motivados por la participación del Asegurado en operaciones o viajes submarino;
- e) Cuando la persona que reclame el importe del Seguro sea autor o cómplice en la muerte del Asegurado. En este caso la Compañía se regirá por la resolución que tomen al respecto los Tribunales competentes;
- f) Siniestro en caso de duelo;
- g) Muerte del asegurado provocada deliberadamente por un acto ilícito;
- h) Pérdida de la vida del Asegurado en empresa criminal, o por la aplicación Judicial de la pena de muerte;
- i) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte (suicidio) antes de los tres (3) años de vigencia ininterrumpida de la Póliza (Art. 1.686 C.C.);
- j) Riesgos radiactivos.

**CAMBIO DE BENEFICIARIO:** Artículo 12º: Durante la vigencia de esta Póliza y en cualquier momento, el asegurado podrá cambiar de Beneficiario o los Beneficiarios, salvo que los antes designados hubieren concurrido a la celebración del Contrato o la Póliza hubiere sido cedida, en cuyo caso deberá contarse con la previa conformidad expresa de los beneficiarios antes designados o de los cesionarios, respectivamente. El cambio de beneficiario debe ser notificado por escrito a la Compañía y registrado por ésta en la misma Póliza. La falta de anotación por causa no imputable a la Compañía hará que, en caso de fallecimiento del Asegurado, el pago se efectúe consignado judicialmente los importes correspondientes y como pertenecientes a los Beneficiarios indicados en la Póliza y los designados con posterioridad a aquellos, en cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por la Compañía hasta el momento de la consignación dejando así librada a la resolución judicial, la determinación de la persona o las personas Beneficiarias del Seguro.

Si un beneficiario falleciera antes que el Asegurado, la cuota correspondiente del Seguro se asignará a los demás Beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias cuotas. En defecto de beneficiario, el Seguro será pagadero a los herederos legales, albaceas, administradores o causahabientes del Asegurado.

**DUPLICACIÓN DE PÓLIZA:** Artículo 13º: En caso de que, por extravío, destrucción o cualquier causa la Póliza dejare de hallarse en poder del Asegurado, este podrá obtener su sustitución por un duplicado, solicitando por escrito, mencionando como tuvo lugar la desposesión. Los gastos que origine la obtención del duplicado serán por cuenta del Asegurado. Las modificaciones o endosos que se hagan en el duplicado, a pedido del Asegurado serán los únicos válidos.

**DOMICILIO:** Artículo 14º: Mientras la Compañía no reciba aviso por escrito de cualquier cambio de domicilio del Asegurado, considerará como tal, el último declarado.

**IMPUESTOS:** Artículo 15º: Los impuestos que se crearen en el futuro o los aumentos eventuales a los ya existentes, serán a cargo del Asegurado, de sus Beneficiarios o de sus herederos legales, según el caso, salvo cuando la ley expresamente estableciera a cargo exclusivo de la Compañía y no pudieran ser transferidos.

**INTERMEDIARIOS:** Artículo 16º: La persona o personas que intervengan en la proposición del Seguro, aun cuando actúen en representación de la Compañía, no están autorizadas para modificar las Condiciones Particulares o Generales de la Póliza, ni hacer concesiones generales de cualquier naturaleza. La Compañía solo se hará responsable de lo que esté consignado en esta Póliza o en su Suplemento y firmado por los funcionarios debidamente autorizados por ella para dicho efecto.

**JURISDICCIÓN:** Artículo 17º: Toda cuestión Judicial originada por el presente Contrato, se substanciará ante los Tribunales competentes del lugar de emisión de la Póliza.

-oOo-