

CLÁUSULA Nº 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 TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

TRANSPLANTE 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 médula 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 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 Schonoberg)
- 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.

“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 C.P no serán cubiertas por la compañía de seguros”

-oOo-

CLÁUSULA DE ADECUACIÓN A LA RESOLUCIÓN N.º 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 siguientes requerimientos de conformidad a lo establecido en el Artículo 5º 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.º 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, nº, barrio, ciudad, país)
- G) Número de teléfono particular y laboral, fax y dirección de correo electrónico
- H) Domicilio laboral (calle, nº, 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, nº, 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.

**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.

CLAUSULA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Queda entendido y convenido que, en virtud del premio adicional correspondiente, esta Compañía amplía la cobertura de la póliza para cubrir las sumas incurridas por Asistencia Médica motivadas por todo accidente cubierto por el presente seguro, ocurrido dentro de los límites establecidos en la Cláusula de las Condiciones Particulares Específicas, hasta la suma máxima establecida en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Los gastos que la Compañía tomara a su cargo serán los honorarios médicos, el costo de la internación, el de los productos farmacéuticos, radiografías y tratamientos especiales prescritos por el facultativo, pero no los gastos de viaje y estadía en balnearios o termas o de convalecencia ni por el suministro de aparatos ortopédicos, lentes, medias y fajas de goma, prótesis y obturaciones dentales.

Conste que, en caso de siniestro bajo esta cobertura adicional, la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares quedara reducida por el monto de las indemnizaciones efectuadas, salvo que una vez que el asegurado se haya curado completamente de sus lesiones, se restablezca dicha suma mediante el pago de una prima adicional calculada a prorrata por el tiempo que falta para la finalización de la cobertura, teniendo en cuenta la tarifa aplicada en esta póliza.

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 PARTICULARES ESPECIFICAS VIDA COLECTIVO

PERSONAS ASEGURABLES

Artículo 1º: A los efectos de este seguro, se considerarán asegurables a los empleados y obreros que a la fecha de vigencia se encontrara al servicio del Principal, al socio, asociado, afiliado o cliente de Instituciones Financieras, Bancos, Gremios, Cooperativas, Asociaciones, Comunidades, Fundaciones, y afines.

Los empleados u obreros que, a la iniciación del seguro, no se encontraren en servicio activo, se considerarán asegurables el día en que se reincorporen a sus tareas habituales.

Se entiende por servicio activo, la concurrencia y atención normal de las funciones o empleos y, la percepción regular de los haberes.

Los empleados y obreros que en el futuro ingresen al servicio del Principal, adquirirán la calidad de asegurables, al cumplir en el empleo seis (6) meses de antigüedad ininterrumpido en el servicio activo.

No obstante, podrán incorporarse inmediatamente al seguro, siempre que satisfagan los requisitos médicos que exigen la Compañía.

Si el seguro tuviera carácter obligatorio, comprenderá inicialmente a la totalidad del personal al servicio del Principal, como también en forma automática, a todos los que se incorporen en el futuro, siempre que perciban sus haberes; que se encontraren en relación de dependencia con el Principal y, que, para ingresar al servicio de éste, sean sometidos a un examen médico.

Podrán incorporarse al presente seguro, en las mismas condiciones requeridas para los empleados y obreros, la o las personas que componen o constituyen el Principal, y los que tengan carácter de socio, asociado, afiliado o cliente de Instituciones Financieras, Bancos, Gremios, Cooperativas, Asociaciones, Comunidades, Fundaciones y afines.

REQUISITOS DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

Artículo 2º: Todo asegurable que desee incorporarse al seguro, llenará una solicitud individual en el formulario que la Compañía proporcionará a tal efecto, dentro del plazo de un mes a contar desde la fecha en que reúna los requisitos de asegurabilidad.

Los que dejaren transcurrir dicho plazo, sólo podrán ingresar previo examen médico efectuado por un facultativo de la Compañía, corriendo los gastos por cuenta del interesado.

FECHA DE INCORPORACIÓN INDIVIDUAL AL SEGURO

Artículo 3º: Las incorporaciones que se soliciten con posterioridad, comenzarán a regir desde la fecha en que el Principal comunique la incorporación.

NÚMERO MÍNIMO DE ASEGURADOS

Artículo 4º: Es condición expresa, que para este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia, que el número de asegurados no sea inferior a 20 y alcance el 75%, por lo menos, de los que se hallen en condiciones de asegurarse.

CAPITALES INDIVIDUALES ASEGURADOS

Artículo 5º: Salvo que el seguro hubiere sido concertado por capitales uniformes, los capitales asegurados individuales, se determinarán de acuerdo con los sueldos para el caso de empleados u obreros.

La planilla de inclusión se aplicará con un carácter automático y obligatorio, comprometiéndose el Principal a comunicar de inmediato a la Compañía, en los formularios que ésta suministrará al efecto todo aumento o disminución que se opere en los sueldos y/o capitales asegurados.

Cualquier modificación comenzará a regir desde el 1º del mes siguiente al de la fecha de su comunicación, por parte del Principal. En los casos de disminución de sueldo, se reajustará el capital asegurado, salvo que el Asegurado solicite por escrito, se mantenga el seguro por el mismo monto.

Para la incorporación de Socios, Asociados, Afiliados o Clientes, los capitales individuales quedan establecidos en las Condiciones Particulares y/o Anexos que forman parte integrante de la póliza.

PRIMAS DEL SEGURO

Artículo 6º: La prima media por mil inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza, se aplicará sin ninguna discriminación de edades, a todos los asegurados actuales o que se incorpore en el futuro al seguro.

PAGO DE LAS PRIMAS

Artículo 7º: Las primas de este seguro son mensuales y pagaderas por adelantado. El importe de las mismas resulta de multiplicar la prima media por el total de los capitales asegurados. La compañía concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a 30 días), para abonar las primas sin recargo de intereses, contando desde la fecha en que vence cada una.

Tratándose de la primera cuota, el plazo de gracia se contará desde la emisión de la póliza o desde la fecha en que comiencen los efectos de esta, según cual fecha sea posterior. Vencido dicho plazo, sin que haya satisfecho la primera cuota de prima, la Compañía podrá exigir, a partir del mencionado vencimiento sobre la prima o cuota de prima impaga, el interés correspondiente calculado a la tasa a que hace referencia el Art. 14º o bien podrá rescindir el contrato, dando aviso mediante nota certificada.

Durante el plazo de gracia, esta Póliza continuará en vigor y, si dentro del mismo se produjera el fallecimiento de cualquier Asegurado, se deducirá del importe a abonar por tal causa, la prima impaga vencida correspondiente a ese Asegurado

Cuando el pago se efectuare utilizando giro, cheque remitido por vía postal, u otro medio que implique un pago indirecto, sólo se entenderá no aceptado, cuando tal circunstancia hubiera sido comunicada al Principal, por carta certificada, remitida al último domicilio denunciado por éste, dentro de los diez días de haberse recibido el instrumento de pago.

La Compañía quedará liberada de esta obligación, cuando con anterioridad hubiere declarado la caducidad de la Póliza.

Queda convenido, asimismo, que los Agentes Generales, Corredores y demás personas, se hallan autorizadas por la Compañía, para efectuar cobros por su cuenta, cuando entregaren recibos oficiales de la misma.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

Artículo 8º: La Compañía, emitirá a nombre de cada Asegurado, un Certificado individual en el que constarán los beneficios a que tienen derecho, como, asimismo, aquellos datos que se consideren necesarios. El Certificado individual, quedará nulo y sin valor alguno desde la fecha en que el Asegurado deje de estar comprendido en el seguro.

BENEFICIARIO

Artículo 9º: Cada Asegurado designará en oportunidad de llenar la ficha individual al beneficiario de su seguro, el que podrá sustituir en cualquier momento mediante comunicación escrita a la Compañía, acompañando el respectivo certificado individual para el endoso correspondiente.

El cambio de beneficiario solamente tendrá efecto desde la fecha en que la Compañía haya recibido la notificación respectiva.

Si a la fecha del fallecimiento del Asegurado, no existiese beneficiario designado o, si habiéndolo, éste hubiese fallecido antes que el Asegurado, el importe del seguro se liquidará como si fuese bien ganancial, será pagadero a los herederos legales, albaceas, administradores o causahabientes del Asegurado.

PRIVILEGIO EN CASO DE SERVICIO MILITAR

Artículo 10º: El Asegurado que debe cumplir con el servicio militar en tiempo de paz, proseguirá con el seguro, siempre que se continúen abonando las primas respectivas. Si no se acogiere a este privilegio, podrá solicitar su reincorporación sin necesidad de requisito médico alguno, dentro del plazo de un mes desde su reintegro al servicio activo del Principal.

RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA

Artículo 11º: Además de las otras causas de rescisión previstas en las Condiciones Generales, tanto la Compañía como el Asegurado, se reservan el derecho de rescindir, en cualquier momento y tiempo, la presente póliza, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor de dos meses.

RESCISIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Artículo 12º: Las coberturas individuales quedarán rescindidas y sin valor alguno, en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del interesado a continuar asegurado, en el caso de que el seguro no sea obligatorio.
- b) Por haber dejado de estar al servicio del Principal, salvo lo dispuesto en el Art. 11º. A estos efectos no se considerará que el empleado deja de pertenecer al servicio activo mientras se halle enfermo, ni cuando la suspensión en el servicio activo debido a otras causas no exceda de tres meses, salvo que el principal solicite expresamente su anulación.
- c) Por cancelación de la presente póliza.
- d) Por falta de pago de primas en los casos estipulados en los Artículos 7º y 11º.

Los casos previstos en los incisos a) y b), deberán ser comunicados de inmediato por escrito a la Compañía, cesando el seguro el último día del mes en que el Asegurado haya presentado la renuncia o dejado de estar al servicio del Principal.

En caso de cancelación de la presente póliza, todos los seguros individuales correspondientes al personal al servicio del Principal, como a aquellos que se hubieren acogido a la opción acordada por Art. 11º, caducarán automáticamente.

BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Artículo 13º: Si algún Asegurado sufriera, antes de cumplir la edad de 60 años y mientras estuviere al servicio del Principal, una invalidez total y permanente que lo obligue a abandonar el empleo u ocupación, impidiéndole además ejercer su relación laboral, la Compañía después de recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas, le abonará el capital asegurado en sesenta (60)

cuotas mensuales iguales, con los intereses correspondientes. Las cuotas se abonarán a partir de la fecha de la denuncia, sin perjuicio de la demora que implica el trámite de la aceptación, por parte de la Compañía.

Si la Compañía lo considera conveniente, podrá exigir, una vez al año, las pruebas de continuación de la invalidez. Cuando dichas pruebas no fueran presentadas dentro del plazo de un mes de su requerimiento, se suspenderá el pago de la Renta Mensual. A tales efectos, se procederá como se indica en el Art. 2º o Art. 11º, según que el empleado reingrese o no al servicio del Principal. Si desapareciera la invalidez, cesará el pago de la renta y, el seguro, en caso de rehabilitarse, quedará reducido al importe de las cuotas impagas descontadas el interés correspondiente.

En caso de fallecimiento del incapacitado, durante el periodo de pago de las cuotas, la Compañía abonará al beneficiario designado o a los herederos legales, en su defecto, en una sola suma, el valor de mensualidades impagas, descontados el interés correspondiente.

PRUEBAS DE FALLECIMIENTO

Artículo 14º: El Principal y/o el Beneficiario deberá comunicar de inmediato a la Compañía, en los formularios que ésta le suministre, el fallecimiento de cualquier Asegurado, dejando expresa constancia de las diferencias que comprobare en la edad declarada por el Asegurado.

El Plazo de prescripción para el Beneficiario corre desde que haya conocido la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el acaecimiento del siniestro. (Art. 666 del Código Civil)

Recibido dichos formularios, con las demás documentaciones solicitadas, la Compañía procederá a abonar el importe del seguro, debiendo el beneficiario, obtener el correspondiente recibo que será remitido a la Compañía, juntamente con la copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado y las constancias de haberse verificado la identidad del beneficiario.

En el caso de Empleados u Obreros, el Principal, será responsable del pago del seguro a quien corresponda.

INTERVENCIÓN DEL PRINCIPAL

Artículo 15º: Para seguros de Empleados u obreros, el Principal deberá certificar la exactitud de los datos contenidos en las fechas individuales de cada Asegurado y, proporcionar a la Compañía, toda información que ésta requiera de él con motivo de la aplicación del seguro.

RESIDENCIA, OCUPACIÓN Y VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS

Artículo 16º: La presente póliza está exenta de toda restricción respecto a residencia, ocupación y viajes del Asegurado, pero no cubre los siguientes riesgos:

- a) Los que resulten como consecuencia de la participación del Asegurado en carrera de automóviles o motocicletas, ya sea como conductor o como acompañante.
- b) Los provenientes por la participación del Asegurado en ascensiones aéreas (salvo en líneas aéreas regulares de navegación).
- c) Los derivados de guerra que no comprenda a la República del Paraguay. En caso de guerra que comprenda a la República del Paraguay, las obligaciones, tanto por parte de la Compañía como la del Asegurado, se regirán por las normas que para tal emergencia dictare la autoridad competente.
- d) Los motivados por la participación del Asegurado en operaciones o viajes submarinos.
- e) Siniestro en caso de duelo, condenación legal o suicidio voluntario.

CESIONES

Artículo 17º: La presente Póliza y los Certificados Individuales son intransferibles, por tanto, cualquier cesión se considerará nula y sin valor alguno.

DOMICILIO

Artículo 18º: Tanto el Principal como los Asegurados, deberán comunicar por escrito a la Compañía, cualquier cambio de sus domicilios.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA

Artículo 19º: Para todas las cuestiones no previstas especialmente en la presente Póliza, se tendrán en cuenta las disposiciones legales y reglamentarias de aplicación al seguro.

JURISDICCIÓN

Artículo 20º: Todas las cuestiones que pudieran suscitarse con motivo de este seguro serán sometidas a los tribunales competentes de la ciudad de Asunción o a los tribunales competentes del lugar de la emisión de la póliza.

PRE-EXISTENCIA

Artículo 21º: Los beneficios de enfermedad no serán pagaderos si la causa de la muerte es resultado de una enfermedad preexistente, en estado terminal e irreversible por la cual el asegurado padecía o recibía atención médica, consulta o tratamiento en cualquier momento antes o durante la vigencia de la cobertura.

EXCLUSIONES

Artículo 22º: Quedan excluidos de la cobertura los riesgos que causen siniestros por:

Enfermedad mental originada por cualquier causa.

Estrés originado por cualquier causa.

Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos por el médico.

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.

Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

Las consecuencias de los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

-oOo-

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA COLECTIVO

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

CLÁUSULA 1.

Las partes contratantes se someten a las disposiciones contenidas en el Capítulo XXIV, Título II del Libro III del Código Civil y a las de la presente póliza.

Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos del Código Civil, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

DENUNCIA DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 2.

El asegurado, o el beneficiario, comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts.1589 y 1590 C.C.)

También está obligado a suministrar al Asegurado, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin. (Art. 1589 C.C.)

El asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el Artículo 1589 del Código Civil, o exagera fraudulentamente los daños, o emplea pruebas falsas para acreditar los daños (Art. 1590 C.C.)

VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR

CLÁUSULA 3

El pago de la indemnización se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro. (Art. 1591 C.C.)

RETICENCIA Y FALSA DECLARACIÓN

CLÁUSULA 4

Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace anulable el contrato. El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los (3) tres meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art.1549 C.C.)

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Art. 1549 del Código Civil, el Asegurador puede pedir la nulidad del contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 1550 C.C.)

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los periodos transcurridos y del periodo en cuyo transcurso invoque la Reticencia o falsa declaración (Art.1552 C.C.)

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 1553 C.C.)

RESCISIÓN UNILATERAL

CLÁUSULA 5

Cualquiera de las partes tiene el derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de (15) quince días. Cuando lo ejerza el Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión. Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art.1562 C.C.)

PAGO DE LA PRIMA

CLÁUSULA 6

La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado

o instrumento provisorio de cobertura. (Art.1573 C.C.)

En todos los casos en que el Asegurado reciba indemnización por el daño o la pérdida, deberá pagar la prima íntegra (Art. 1574

C.C.)

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLÁUSULA 7

El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, sólo está facultado para recibir propuestas, entregar instrumentos emitidos por el Asegurador referente a contratos o sus prórrogas y aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo del Asegurador.

Para representar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para actuar en su nombre (Art. 1595 y 1596 C.C.)

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

CLÁUSULA 8

El Tomador está obligado a dar aviso al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo. (Art.1580C C)

Toda agravación del riesgo que, si hubiese existido al tiempo de la celebración del contrato, habría impedido éste o modificado sus condiciones, es causa de rescisión del seguro (Art.1581 C.C.)

Cuando la agravación se deba a un hecho del tomador, la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el plazo de (7) siete días, deberá notificar su decisión de rescindir el contrato (Art. 1582 C.C.)

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al tomador, o si éste debió permitirlo o provocarlo por razones ajenas a su voluntad, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir el contrato dentro del plazo de un (1) mes, y con preaviso de siete (7) días. Se aplicará el Artículo 1582 del Código Civil si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.

Si el Tomador omite denunciar la agravación, el Asegurador no está obligado a su prestación si el siniestro se produce durante la subsistencia de la agravación del riesgo, excepto que:

A) el Tomador incurra en la omisión o demora sin culpa o negligencia; y

B) el Asegurador conozca o debiera conocer la agravación al tiempo en que debía hacerle la denuncia (Art. 1583 C.C.)

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

A) si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido;

B) en caso contrario, a percibir la prima por el periodo de seguro en curso (Art.1584 C.C.).

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

CLÁUSULA 9

El incumplimiento de las obligaciones impuestas al Asegurado por el Código Civil (salvo que se haya previsto otro efecto en el mismo para el cumplimiento) y en el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Art. 1579 del Código Civil.

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 10

El Asegurador podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o de los expertos no compromete al Asegurador, es únicamente un elemento de juicio para que éste pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

El Asegurador tiene derecho a hacer toda clase de investigación, levantar información y practicar evaluación en cuanto al daño, su valor y sus causas y exigir del Asegurado testimonio o juramento permitido por las leyes procesales.

GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

CLÁUSULA 11

Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable son a cargo del Asegurado, en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del Asegurado. Se excluye el reembolso de la remuneración del personal dependiente del asegurado (Art. 1614 Código Civil).

REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO

CLÁUSULA 12

El Asegurado podrá hacerse representaren las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño, y será por su cuenta los gastos de esa representación (Art. 1613 Código Civil).

MORA AUTOMÁTICA

CLÁUSULA 13

Toda denuncia o declaración impuesta por esta póliza o por el Código Civil debe realizarse en el plazo fijado para el efecto (Art. 1559 Código Civil)

PRESCRIPCIÓN

CLÁUSULA 14

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible y para el caso de muerte o invalidez, desde que el beneficiario haya conocido la existencia del beneficiario, pero en ningún caso excederá de tres años desde el acaecimiento del siniestro (Art. 666 Código Civil).

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

CLÁUSULA 15 El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en el Código Civil o en el presente contrato, es el último declarado (Art. 1560 Código Civil)

USO DE LOS DERECHOS POR EL TOMADOR O ASEGURADO

CLÁUSULA 16

Cuando se encuentre en posesión de la póliza, el tomador puede disponer a nombre propio de los derechos que resultan del contrato. Puede igualmente cobrar la indemnización, pero el asegurador tiene el derecho de exigir que el tomador acredite previamente el consentimiento del asegurado, a menos que el tomador demuestre, que contrató por mandato de aquel, o debido a una obligación legal (Art. 1567 Código Civil)

COMPUTO DE LOS PLAZOS

CLÁUSULA 17

Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

PRORROGA DE JURISDICCIÓN

CLÁUSULA 18

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza (Art. 1560 Código Civil)

-oOo-