



CONDICIONADO VIDA CANCELACIÓN DE DEUDA

12 meses

 **CASA CENTRAL**
Mcal. López N° 930 entre Gral. Aquino y Gral. Bruguez

 (021) 217 6000  www.mapfre.com.py

Asunción - Paraguay

CONDICIONES GENERALES COMUNES

SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA

CANCELACION DE DEUDAS

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.

Las disposiciones contenidas en las Condiciones Particulares prevalecerán por sobre las establecidas en las Condiciones Particulares Específicas y éstas sobre las Condiciones Generales Comunes, en donde el Código Civil admita pactos en contrario.

Las disposiciones contenidas en las Condiciones Generales Comunes se aplicarán en las medidas que corresponda a la especificidad de cada riesgo cubierto.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

CLÁUSULA 2

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

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 Código Civil).

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

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador y/o el Deudor Asegurado, 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 Art. 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
- c) El Asegurador conozca o debiera conocer la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia (Art. 1583 Código Civil).

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 Código Civil).

RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

CLÁUSULA 3

Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o el Deudor 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 tres (3) meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art. 1549 Código Civil).

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 Tomador al verdadero estado del riesgo (Art. 1550 Código Civil).

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 a la reticencia o falsa declaración (Art. 1552 Código Civil).

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

PAGO DE PRIMA

CLÁUSULA 4

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. En caso de duda, las primas sucesivas se deben al contratar el seguro. La entrega de la póliza, sin la percepción de la prima, hace presumir la concesión de un crédito para su pago (Art. 1573 Código Civil).

Si el pago de la primera prima, prima sucesiva, o de la prima única, no se efectuare oportunamente, el Asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago. En el supuesto de entrega de la póliza sin la percepción de la prima, en defecto del convenio entre las partes el Asegurador podrá rescindir el contrato con un plazo de denuncia de un (1) mes. La rescisión no se producirá si la prima fuera pagada antes del vencimiento del plazo de denuncia. El Asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido durante el plazo de denuncia, después de dos (2) días de notificada la opción de rescindir. En todos los casos en que el Tomador reciba indemnización por el daño o la pérdida, deberá pagar la prima íntegra (Art. 1574 Código Civil)

Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de la prima, el Asegurador tendrá derecho al cobro de la prima única, o a la prima del período en curso (Art. 1575 Código Civil).

Cuando el Asegurado ha denunciado erróneamente un riesgo más grave, tiene derecho a la rectificación de la prima por los períodos anteriores a la denuncia del error, de acuerdo con la tarifa aplicable al tiempo de la celebración del contrato. Cuando el riesgo ha disminuido, el Tomador tiene derecho al reajuste de la prima por los períodos posteriores, de acuerdo a la tarifa aplicable al tiempo de la denuncia de la disminución (Art. 1577 Código Civil).

FAULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLÁUSULA 5

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 referentes a contratos o sus prórrogas y aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo del Asegurador (Art. 1595 Código Civil).

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

DENUNCIA DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 6

El Tomador 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 (Art. 1589 y Art. 1590 Código Civil).

También está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 1589 Código Civil).

El Tomador pierde el derecho a ser indemnizado si dejare de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el Art. 1589 del Código Civil, o si exagerare fraudulentamente los daños o empleare pruebas falsas para acreditar los daños (Art. 1590 Código Civil).

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

CLÁUSULA 7

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuesta al Deudor Asegurado por el Código Civil (salvo que se haya previsto otro efecto en el mismo para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Deudor 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 8

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 este pueda pronunciarse acerca del derecho del Tomador.

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

GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

CLÁUSULA 9

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

REPRESENTACIÓN DEL DEUDOR ASEGURADO

CLÁUSULA 10

El Tomador podrá hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño y serán por su cuenta los gastos de esa representación (Art. 1613 Código Civil).

VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR

CLÁUSULA 11

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 Código Civil).

Es nulo el convenio que exonere al Asegurador de la responsabilidad por su mora (Art. 1592 Código Civil).

Cuando la demora obedezca a omisión del Deudor Asegurado, el término se suspenderá hasta que éste cumpla las cargas impuestas por la ley o el contrato. El Asegurador incurre en mora por el mero vencimiento de los plazos (Art. 1593 Código Civil).

El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del Tomador, dentro de los treinta (30) días de recibida la información complementaria prevista para la denuncia del siniestro. La omisión de pronunciarse importa aceptación. En caso de negativa, deberá enunciar todos los hechos en que se funde (Art. 1597 Código Civil).

RESCISIÓN UNILATERAL

CLÁUSULA 12

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique esta decisión a través de una nota con acuse de recibo o por medio de correo electrónico en la dirección declarada por las partes.

Cuando el seguro rija de doce (12) a doce (12) horas, la rescisión se computará desde la hora doce (12) inmediata siguiente. 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 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. Las partes incurren en mora por el mero vencimiento del plazo (Art. 1559 Código Civil).

PRESCRIPCIÓN

CLÁUSULA 14

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un (1) 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 beneficio, pero en ningún caso excederá de tres (3) 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 DEUDOR 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 Deudor Asegurado, a menos que el Tomador demuestre que contrató por mandato de aquel, o en razón de una obligación legal (Art. 1567 Código Civil)

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

CLÁUSULA 17

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

PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

CLÁUSULA 18

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato será dirimida ante los juzgados y tribunales ordinarios competentes de la ciudad de Asunción (Art. 1560 Código Civil).

DEFINICIONES

CLÁUSULA 19

- **Asegurador:** es la Compañía Aseguradora que, mediante la emisión de Póliza respectiva, asume el riesgo de las coberturas establecidas en las Condiciones Particulares, hasta los límites pactados por las prestaciones convenidas con el Tomador.
- **Tomador o Contratante:** es quien contrata una póliza de Seguro con el Asegurador, y acuerda o acepta las condiciones de la póliza asumiendo por ello la obligación del pago de la prima. En este producto en particular, es también el Acreedor o Beneficiario, salvo pacto en contrario.
- **Deudor Asegurado:** es la persona física sobre cuya vida se estipula el seguro, y quien deberá dar su expresa conformidad a la emisión del certificado individual, bajo la póliza madre.
- **Acreedor o Beneficiario:** es la Persona Física o Jurídica, denominado igualmente el Tomador, a quien el Deudor reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de la póliza contraída, hasta el límite indicado en el Certificado Individual o hasta el saldo de la deuda al momento del siniestro.

Asimismo, conforme al acuerdo o firma de la Solicitud de adhesión Individual al seguro, el Tomador podrá otorgar conformidad para que el Deudor Asegurado pueda contratar una cobertura con Capital fijo o constante, donde el Beneficiario Principal o Preferente será el Tomador hasta el saldo de la deuda al momento del siniestro, y el remanente será indemnizado al Beneficiario secundario, a los designados por el Deudor: familiares, amigos, etc.

- **Derechohabiente:** se emplea este término para hacer referencia al heredero de una persona y, en consecuencia, beneficiario de los derechos de indemnización establecidos en una póliza.
- **Póliza:** es el documento por el cual se celebra el contrato entre el Tomador y el Asegurador, formando parte de dicho documento las Condiciones Generales Comunes, las Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Particulares.
- **Certificado Individual:** se refiere al documento en el que se hace constar los derechos y obligaciones del Deudor Asegurado y del Asegurador, con fundamento a la póliza madre.
- **Prima:** Monto de suma determinada que ha de satisfacer el tomador o Deudor Asegurado al asegurador o fiador en concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo que éste le ofrece. Está compuesto por la prima de riesgo, gastos administrativos y un margen de utilidad para la empresa.
- **Premio:** Resultado de sumar a la prima los gastos impositivos de emisión de la póliza.
- **Prima no ganada:** porción de la prima que corresponde al periodo restante de vigencia de una póliza de seguros.

- **Capital asegurado:** Se entiende por Capital Asegurado, el saldo que el Deudor del Préstamo posee a la fecha de su fallecimiento o de su Incapacidad Total y Permanente, con exclusión de las cuotas devengadas e impagas y/o intereses compensatorios, punitivos y/o moratorios que pueda generar dicho Capital Asegurado.
 - **Deuda o saldo insoluto:** Es el saldo de la deuda que el Deudor posee a la fecha de su Fallecimiento o Incapacidad total y permanente, excluyéndose cuotas devengadas impagas y/o intereses compensatorios, punitivos y/o moratorios, salvo pacto en contrario.
 - **Accidente:** Se entenderá por accidente toda lesión corporal sufrida por el Deudor por la acción súbita, involuntaria, fortuita y violenta de una fuerza externa.
 - **Siniestro:** es el acontecimiento que, previsto en el contrato de seguro, ocasiona daños en la persona (en este caso el Deudor), obligando por ello al Asegurador a indemnizar al Tomador, en los términos previstos en la póliza.
-

CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS

SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS

CONTRATO COMPLETO

CLÁUSULA 1

La presente póliza (Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares), la Propuesta de Seguro firmada por el Tomador, las Solicitudes Individuales de inclusión al seguro (con declaración básica de salud) y el formulario de la Declaración de salud extendida (si los hubiere), ambos formularios firmados por cada Deudor Asegurado, y los Certificados Individuales de Seguro que el Asegurador expide a cada Deudor Asegurado, constituyen el contrato completo entre el Tomador (Acreedor/Beneficiario) y el Asegurador.

Asimismo, se deja constancia que las solicitudes de seguro presentadas por el Tomador (Acreedor/Beneficiario) y los Deudores Asegurados, respectivamente, quedarán resguardadas en los archivos del Asegurador.

COBERTURA BÁSICA

CLÁUSULA 2

La cobertura básica de la presente póliza es la de Fallecimiento por enfermedad o accidente. El monto que el Asegurador pagará se establece en las Condiciones Particulares, siempre que dicho evento ocurriera dentro de la vigencia del certificado individual.

El modo de cobertura es a base ocurrencia (la fecha de siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en el Certificado Individual emitido durante la vigencia de la Póliza).

PERSONAS ASEGURABLES

CLÁUSULA 3

Son asegurables por este seguro todos los Deudores del Tomador y que se ajustan a la definición del término Deudor Asegurado según se define en la cláusula 19 de las Condiciones Generales Comunes.

PERSONAS NO ASEGURABLES

CLÁUSULA 4

De conformidad con el Art. 1663 del Código Civil no pueden asegurarse en el riesgo de muerte los interdictos y los menores de catorce (14) años de edad. Tampoco son asegurables por esta Póliza los menores hasta los diez y ocho (18) años de edad ni las personas mayores a la edad establecida en las Condiciones Particulares.

CONDICIONES DE INGRESO

CLÁUSULA 5

Todo Deudor Asegurado que pertenezca al grupo asegurable y haya completado la Solicitud Individual al Seguro será cubierto por este seguro. Cuando dos o más Deudores Asegurados sean titulares de una misma deuda, solo el menor de ellos quedará asegurado.

No obstante, se podrá solicitar la cobertura para los dos (2) o más Deudores Asegurados adicionales, obligados por la misma deuda. En este caso, el Asegurador tendrá el derecho de aceptar o denegar las coberturas por el riesgo adicionado y, si la aceptase, el Tomador deberá abonar la prima complementaria que corresponda para que los mismos se encuentren cubiertos.

La solicitud individual de ingreso al seguro deberá contemplar el llenado de una declaración jurada de salud, la cual deberá ser completada por el Deudor Asegurado de manera cierta y de buena fe, haciéndose el mismo responsable sobre la veracidad de ésta. Queda establecido que en caso de que el Deudor Asegurado declare una enfermedad, la misma deberá estar aceptada de manera expresa por el Asegurador como condición previa para el ingreso, de lo contrario el Asegurador no otorgará cobertura cuando dicha enfermedad guarde relación directa con la causa de Fallecimiento o incapacidad. El Asegurador podrá solicitar exámenes médicos para el análisis del riesgo, en base a lo cual podrá expedirse.

INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DE CADA DEUDOR

CLÁUSULA 6

El seguro para cada Deudor entrará en vigor en una de estas dos fechas:

- a) De iniciación de vigencia de esta póliza.
- b) De contratarse la Deuda.

El tiempo de vigencia de la cobertura para cada Deudor Asegurado podrá ser en una de las siguientes modalidades:

- a) Por término de un (1) mes, o
- b) Por el plazo total del préstamo, siempre que dicho plazo no exceda de los doce (12) meses.

TERMINO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DE CADA DEUDOR

CLÁUSULA 7

La vigencia del seguro de cada Deudor Asegurado terminará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Terminación de la cobertura respecto al plazo del certificado individual; o
- b) Cancelación de la Deuda; o
- c) Transferencia de la Deuda.

Cuando el seguro se contrató por el plazo del préstamo y la Deuda es renovada o refinanciada con anterioridad a la fecha de vencimiento estipulada, el seguro en vigor sobre la vida del Deudor Asegurado terminará en el mismo momento en que firme la documentación del nuevo préstamo.

Asimismo, se deja constancia que, en caso de cancelación anticipada de la Deuda, el Asegurador devolverá la prima correspondiente en la proporción del periodo de vigencia no corrido o a prorrata.

CAPITAL ASEGURADO

CLÁUSULA 8

El capital asegurado de cada Deudor Asegurado amparado por este contrato será igual al importe del saldo de la deuda contraída por el Deudor Asegurado del Préstamo, Tarjeta de Crédito y/o Sobregiro hasta el capital máximo indicado en las Condiciones Particulares al momento del siniestro.

El Capital Asegurado puede ser decreciente en función a las amortizaciones (saldo insoluto). El Capital Asegurado puede ser también constante por hasta un año de cobertura.

En los casos que se cubra el saldo mensual de la cartera de créditos del Acreedor, se considera capital constante durante un mes de plazo, lo cual coincide con el plazo de la cobertura.

Para los sobregiros se considerará cada transacción realizada y para la determinación del costo de la cobertura se considerarán los días que efectivamente se haya utilizadas para sobregirar.

Queda excluida de la cobertura el pago de intereses compensatorios, moratorios y punitivos, o cualquier otro tipo de compensación que no se haya pactado para su cobertura.

CAPITAL ASEGURADO

CLÁUSULA 9

El Asegurador emitirá un Certificado Individual de Incorporación al Seguro para cada Deudor Asegurado en el que constarán las prestaciones a las que tiene derecho y los datos establecidos por la normativa vigente de la Superintendencia de Seguros.

NÚMERO MÍNIMO DE DEUDORES ASEGURADOS

CLÁUSULA 10

Es condición expresa, para que esta póliza entre en vigor y mantenga su vigencia, que el número de Deudores Asegurados no sea inferior a diez (10).

Si en determinado momento no se cumpliera esta condición, el presente contrato caducará automáticamente según lo establecido en el inc. a) Cláusula 13 de estas Condiciones Particulares Específicas.

PAGO DE PRIMAS

CLÁUSULA 11

La prima total del seguro será la suma de las primas que correspondan a cada Deudor Asegurado. La prima de cada Deudor Asegurado será la que resulte de multiplicar la tasa por el capital asegurado y plazo correspondiente. Se podrá convenir una tasa promedio del grupo o por segmentos de edad.

El pago de las primas podrá efectuarse en las siguientes modalidades:

- a) Sobre el saldo mensual de la deuda de cada Deudor Asegurado de Préstamos y Tarjetas de Crédito,
- b) Por el plazo del préstamo de cada Deudor Asegurado o hasta un año, lo que resulte menor.
- c) Por cada transacción por los días de vigencia de la Deuda para los casos de Sobregiro.

PLAZO DE GRACIA – CADUCIDAD DEL CONTRATO

CLÁUSULA 12

El Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima, contados desde la fecha en que vence cada una.

Para el pago de la primera prima, el plazo de gracia contará desde la emisión de la Póliza o desde la fecha de inicio de la vigencia de esta, según cuál de las dos (2) fechas sea posterior.

Vencido dicho plazo, el Asegurador podrá rescindir el Contrato dando aviso al Tomador por comunicación fehaciente.

Si durante el plazo de gracia; o si vencido dicho plazo el Asegurador no opto por rescindir el contrato, se produjera el Fallecimiento de cualquier Deudor Asegurado, se deducirá del importe a abonar por tal causa, la prima vencida impaga correspondiente a los meses en que estuvo en mora ese Deudor Asegurado

Una vez vencido el plazo de gracia, se entenderá, a todo efecto, que la vigencia de la póliza no ha sufrido interrupción en su continuidad, si el Asegurador hubiere aceptado el pago con posterioridad.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CLÁUSULA 13

Son causas de terminación del contrato con el Tomador:

- a) Cuando el número de Deudores sea inferior a diez (10) personas, en cuyo caso el contrato caducará en forma automática.
- b) La finalización del plazo de gracia correspondiente a una prima no pagada, si hubiere comunicación expresa de cancelación por parte del Asegurador.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

CLÁUSULA 14

En cada renovación cualquiera fuere la modalidad, se acordarán las condiciones al momento renovación.

RESIDENCIA - VIAJES

CLÁUSULA 15

El Deudor Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

Se prohíbe la constitución de domicilio especial fuera de la República. Es admisible la prórroga de la jurisdicción dentro del país. El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la ley o en el contrato es el último declarado (Art. 1560 del Código Civil).

RIESGOS NO CUBIERTOS

CLÁUSULA 16

El Asegurador no abonará la indemnización cuando el Fallecimiento y/o la incapacidad del Deudor Asegurado se produjera como consecuencia de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos).
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- e) Guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Deudor Asegurado, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- f) Cuando el Deudor Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres (3) años por la misma deuda. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad del Deudor Asegurado, el Asegurador no se libera (Art. 1670 del Código Civil).
- g) Acto ilícito provocado por el Deudor Asegurado (Art. 1671 Código Civil).
- h) Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la Fallecimiento del Deudor Asegurado con un acto ilícito. Acto ilícito provocado por el Deudor Asegurado (Art. 1671 del Código Civil).
- i) Si el Deudor Asegurado pierde la vida en empresa criminal, duelo o por aplicación legítima judicial de la pena de Fallecimiento (Art. 1672 del Código Civil).
- j) Duelos, peleas o riñas, salvo casos de legítima defensa así declarada por la autoridad competente; por violación a cualquier Ley; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo.
- k) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear y/o atómica.
- l) Estado de embriaguez o perturbación mental por utilización de drogas o narcóticos.
- m) Enfermedades preexistentes mentales o corporales de cualquier naturaleza, diagnosticadas y conocidas por el Deudor Asegurado al momento de su inclusión al seguro.
- n) La Incapacidad parcial permanente y/o temporaria.
- o) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de caballo, automóviles, motocicletas y de lanchas; otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Deudor Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- p) La práctica o desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no haya sido declarados por el Deudor Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.

INFORMACIONES NECESARIAS

CLÁUSULA 17

El Tomador deberá suministrar al Asegurador la nómina completa de todos los deudores inicialmente asegurados, detallando nombre y apellidos completos, tipo y N° de documento de identidad, fecha de nacimiento, el importe de sus respectivas deudas, el tipo y el plazo de amortización, igual información deberá proporcionar mensualmente de todos los nuevos deudores asegurados registrados, de acuerdo con los formularios proporcionados por el Asegurador.

Al tal fin, el Asegurador proveerá un formato tipo para que el Tomador pueda ejercer la declaración de los Deudores Asegurados, según la siguiente estructura de datos:

- Numero de riesgo
- Tipo de documento
- Nro. de documento
- Fecha de Nacimiento
- Nombres y Apellidos del riesgo asegurado
- Vigencia desde – Vigencia hasta.
- Código de moneda.
- Importe del capital
- Saldo del préstamo
- Monto de la cuota.
- Tipo de amortización.
- Tasa de Interés.
- Costo del seguro.

Para Tarjetas de Crédito

- Titular de la tarjeta
- Fecha de nacimiento
- Nro. de documento
- Nro de la tarjeta de crédito (últimos 4 números)
- Tipo de tarjeta
- Capital de Asegurado.

Para Sobregiro

- Titular
- Fecha de nacimiento
- Nro de documento
- Sobregiro – desde – hasta.
- Cantidad de días.
- Capital asegurado.

El Tomador deberá certificar la exactitud de los datos contenidos en los formularios de cada Deudor Asegurado, y proporcionar al Asegurador toda la información que éste le requiera con motivo de la aceptación del riesgo.

El Asegurador podrá exigir, en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados.

ERRORES ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA 18

Los errores administrativos que pueden producirse en la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro y/o Planillas de Declaración de Deudores Asegurados de este seguro no invalidará un seguro en vigor ni continuarán uno ya terminado. Descubierto el error, se hará el reajuste correspondiente.

DOCUMENTACION PARA RECLAMO POR FALLECIMIENTO

CLÁUSULA 19

El Tomador deberá comunicar el fallecimiento del Deudor Asegurado dentro de los tres (3) días de conocerlo. También está obligado a suministrar a El Asegurador, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo.

Documentaciones para presentar con la denuncia del Siniestro:

- Comunicación formal del fallecimiento realizada por los familiares o allegados del fallecido a El Tomador, brindando en forma pormenorizada los detalles de las causas que llevaron a la muerte de esta persona.
- Extracto de Cuenta elaborado por El Tomador, demostrando el saldo de la deuda a la fecha del fallecimiento del cliente, así como los pagos realizados.
- Original o Copia autenticada de los Certificados de Defunción, emitidos por el Ministerio de Justicia y Trabajo y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social o Centro Médico donde fue atendido. En este último certificado deberá constar en forma clara las causas que llevaron al cliente a su fallecimiento.
- En caso de que la persona asegurada estuviera siguiendo algún tipo de tratamiento médico, El Asegurador se reserva el derecho de solicitar el Historial Médico de sus tratamientos y operaciones. Así como los datos del Médico tratante.
- Epicrisis elaborada por el Centro Asistencial donde fue atendido, o el Informe del Médico tratante, donde se detallen con exactitud las causas del fallecimiento.
- En caso de fallecimiento por accidente, El Asegurador se reserva el derecho de solicitar una copia del Parte Policial, o de la autoridad que tomo intervención.
- Copia autenticada de la Cédula de Identidad del cliente.

BENEFICIARIOS

CLÁUSULA 20

Cuando la póliza fuera contratada con la modalidad de capitales decrecientes o saldos mensuales constantes, el Beneficiario principal de la presente póliza será el Tomador, quien tendrá derecho a percibir el capital asegurado como lo establece la Cláusula 8 en su primer párrafo.

Cuando el capital contratado sea por un capital constante por hasta un año de vigencia, de acuerdo con lo establecido en el cuarto párrafo de la Cláusula 8, el Beneficiario principal será el Tomador quien percibirá la indemnización de la misma manera que la anterior y en cuanto al remanente del capital si los hubiere, se indemnizará a los Beneficiarios designados por el Deudor Asegurado en la solicitud individual de ingreso.

MORA EN QUE INCURRA EL DEUDOR ASEGURADO

CLÁUSULA 21

En el caso que el Asegurador haya percibido la prima correspondiente al plazo total del préstamo, éste no responderá por el importe correspondiente a la deuda impaga que tuviera el Deudor Asegurado por haber incurrido en mora en el pago de su crédito. El Asegurador abonará el saldo que hubiera tenido el Deudor Asegurado si hubiera amortizado regularmente su deuda

NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES

CLÁUSULA 22

Todas las notificaciones y comunicaciones entre el Asegurador, el Tomador (Acreedor/Beneficiario) y el Deudor Asegurado, se dirigirán a los respectivos domicilios consignados en las Condiciones Particulares de la póliza y/o Certificado individual, o a los que posteriormente se declaren, acusándose el recibo correspondiente a la entrega efectiva de la comunicación.

COBERTURA ADICIONAL N° 1

COBERTURA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Si algún Deudor Asegurado sufiere, antes de cumplir los sesenta y siete (67) años, una incapacidad Total y presumiblemente Permanente que lo obligue a abandonar su empleo, ocupación o profesión, el Asegurador, una vez recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas, y tras un período de espera de ciento ochenta (180) días, abonará el capital asegurado para el caso de fallecimiento.

A los efectos de esta cláusula se entiende por incapacidad total y permanente la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del Deudor Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para ejercer cualquier ocupación que le produjera remuneración pecuniaria, en virtud de su educación, adiestramiento o su experiencia y siempre que tales circunstancias hayan continuado ininterrumpidas por ciento ochenta (180) meses como mínimo.

Se aceptan como casos de Incapacidad Total y Permanente de un modo expreso, pero sin que puedan servir de precedentes por asimilación o analogía para cualesquiera otros que fueran alegados y tomados o no en consideración dentro de lo estipulado en la presente cobertura, la pérdida completa e irreparable de la visión de ambos ojos, la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva de ambas manos; la de ambos pies, o la de una mano y un pie entero conjuntamente y siempre estas circunstancias lo obliguen a abandonar cualquier empleo, ocupación o profesión y que hayan continuado ininterrumpidas por ochenta (180) meses como mínimo.

En el caso que de las pruebas médicas aportadas surja con claridad que la incapacidad es total y permanente no se aplicará el periodo de espera de ciento ochenta (180) días antes mencionado.

El pago anticipado del capital asegurado en caso de incapacidad total y permanente dejará sin efecto la cobertura por fallecimiento, de tal manera el correspondiente Certificado Individual de Incorporación al Seguro quedará automáticamente nulo y ya sin ningún valor.

Es condición expresa para la aplicación de esta cláusula que la incapacidad se produzca por lesiones o enfermedades contraídas con posterioridad a la fecha de efecto del respectivo Certificado Individual de Incorporación al Seguro.

Para la liquidación por Incapacidad total y permanente se requerirá cuanto sigue:

- a) Carta elaborada por el Tomador (Acreedor/Beneficiario) en la que conste el saldo que el Deudor Asegurado adeudaba, junto con el extracto que detalle el capital, amortizaciones, fechas de vencimientos y pagos.
- b) Copia autenticada de la cédula del Deudor Asegurado.
- c) Informe médico detallado sobre el estado de salud del Deudor Asegurado y estudios médicos que lo avalen.
- d) En caso de ser aportante del Instituto de Previsión Social o bien Cajas de Jubilaciones y Pensiones, se requerirá el dictamen de la junta médica que lo declare incapaz.
- e) Constancia policial y/o judicial si la causa de la incapacidad lo amerita.

Quedan excluidos de la garantía de este seguro complementario:

- a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos).
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- e) Guerra que no comprenda a la Republica de Paraguay, en caso de comprenderla, las obligaciones del Deudor Asegurado, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- f) Acto ilícito provocado por el Deudor Asegurado (Art. 1671 Código Civil).
- g) Participación en empresa criminal, duelo o por aplicación legítima de la pena de muerte (Art. 1672 Código Civil).
- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.
- i) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Deudor Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- j) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de Seguro.
- k) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Deudor Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- l) La práctica o desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Deudor Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.

- m) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- n) Los accidentes causados por infracción grave del Deudor Asegurado o los beneficiarios del seguro a las Leyes, Ordenanzas Municipales y Decretos relativos a la seguridad de las personas.
- o) Los siniestros causados voluntariamente por el Deudor Asegurado.
- p) También quedan excluidos los casos que afecten al Deudor Asegurado en forma parcial o temporal.
- q) Las consecuencias de los accidentes causados por temblor meteorológico de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.
- r) Sólo se admite el caso en que el Deudor Asegurado viajara como pasajero en líneas de tráfico regular de navegación aérea de pasajeros.

Los aspectos no enunciados en la presente cobertura complementaria se regirán por las condiciones de la cobertura principal de fallecimiento.

COBERTURA ADICIONAL N° 2

ADICIONAL AL CAPITAL ASEGURADO POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES.

Los beneficios de esta cobertura complementaria se establecen según como sigue:

COBERTURA

CLÁUSULA 1

El Asegurador pagará al Deudor Asegurado un adicional, cuyo monto se establece en las Condiciones Particulares de la presente póliza, si a éste le sea diagnosticado durante el periodo de vigencia de esta cobertura de adicional, alguna de las enfermedades más abajo detalladas.

1. Cáncer:

Se entiende por cáncer la enfermedad provocada por un tumor maligno, con crecimiento y multiplicación incontrolados de células malignas e invasión de los tejidos vecinos o a distancia (metástasis). Incluye la leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, así como los melanomas malignos.

El diagnóstico deberá ser efectuado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico bien definido (biopsia) que certifique positivamente la presencia de un cáncer, junto con resultado de las pruebas médicas realizadas que muestren la extensión del tumor.

Exclusiones

Se excluyen las siguientes enfermedades:

- a) Preexistentes, es decir, desarrolladas con anterioridad a la contratación de la póliza.
- b) Congénitas o desarrolladas durante el embarazo.
- c) Secundarias a procesos o patologías no amparados en las condiciones generales.

- d) Hiperqueratosis y todo tipo de cáncer de piel, incluido el melanoma maligno que no se encuentre en estadio IA (T1N0 M0), su grosor sea menor 1.5 mm o no alcance nivel 3 de invasión de la Clasificación de Clark.
- e) Sarcoma de Kaposi y todo tumor en presencia de infección por VIH.
- f) El estadio I de la enfermedad de Hodgkin.
- g) Leucemia linfocítica crónica salvo que progrese del estadio A de Binet.
- h) Cáncer de colon en estadio A de Dukes.
- i) Carcinoma papilar de tiroides de tamaño menor a 1 cm y clasificado como T1 N0M0.
- j) Cáncer metastásico

2. Infarto Cardíaco:

Se denomina Infarto Agudo de Miocardio a la necrosis o Fallecimiento de una zona del miocardio a consecuencia de una reducción del flujo sanguíneo coronario en esa zona (hipoxia).

El diagnóstico definitivo de infarto agudo de miocardio debe ser realizado por un médico especialista (cardiólogo) y de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) Historia de dolor en el pecho y sudoración (aunque en algunos casos es asintomático: infarto silente)
- b) Alteraciones del electrocardiograma que confirma la lesión miocárdica; Alteración del segmento ST, onda T o aparición de un bloqueo de rama izquierda.
- c) Elevación de enzimas cardíacas
 - Troponin T > 200 ng/L (0.2 ng/ml or 0.2 ug/L)
 - Troponin I > 500 ng/L (0.5 ng/ml or 0.5 ug/L)

Exclusiones

Se excluyen las siguientes enfermedades:

- a) Preexistentes, es decir, desarrolladas con anterioridad a la contratación de la póliza.
- b) Congénitas o desarrolladas durante el embarazo.
- c) Secundarias a procesos o patologías no amparados en las condiciones generales.
- d) Los siniestros que se produzcan como consecuencia de Angina de pecho,
- e) Síndrome coronario agudo sin elevación del ST, o
- f) Eventos de insuficiencia cardíaca que no produzcan necrosis del músculo cardíaco.
- g) Hospitalización por un cuadro de infarto en curso.

3. Apoplejía o Accidente Cerebrovascular:

Se denomina Accidente Cerebrovascular a la Fallecimiento del tejido cerebral, debido a una situación isquémica del cerebro, por suministro inadecuado de sangre o hemorragia intracraneal, de duración superior a veinticuatro horas y que se manifiesta por un déficit neurológico que produzca secuelas neurológicas de naturaleza permanente e incapacitantes para las actividades de la vida diaria y/o para el desarrollo de su actividad profesional.

Será necesario que dichas secuelas neurológicas permanezcan estables durante un periodo mínimo de ciento ochenta (180) días.

El Accidente Cerebrovascular incluye infarto de tejido cerebral, Derrame y Hemorragia intracraneal y extracraneal.

El diagnóstico de un (nuevo) accidente cerebrovascular agudo debe ser realizado por un médico especialista (neurólogo) y estar respaldado por hallazgos en pruebas de imagen cerebral.

Exclusiones

Se excluyen las siguientes enfermedades:

- a) Preexistentes, es decir, desarrolladas con anterioridad a la contratación de la póliza.
- b) Congénitas o desarrolladas durante el embarazo.
- c) Secundarias a procesos o patologías no amparados en las condiciones generales.
- d) Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND)
- e) Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos
- f) Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.
- g) Traumatismos en tejido cerebral que causen infartos
- h) Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa).
- i) Infarto lacunar
- j) Eventos derivados de fibrilación atrial.

4. Insuficiencia Renal:

Se denomina Insuficiencia crónica al deterioro progresivo y a largo plazo de la función renal. Como consecuencia de tal situación puede requerir diálisis regular o trasplante renal.

La diálisis se refiere a la depuración artificial de la sangre por medio de filtros que separan los productos de deshecho que normalmente hubieran eliminado los riñones sanos. Existen dos tipos de diálisis:

- Peritoneal, bien continuada de forma ambulatoria o automatizada en el domicilio.
- Hemodiálisis utilizando una maquina dializadora

El Diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y presentar evidencias de la necesidad de diálisis permanente.

Exclusiones

No comprende las siguientes situaciones:

- a) Preexistentes, es decir, desarrolladas con anterioridad a la contratación de la póliza
- b) Congénitas o desarrolladas durante el embarazo.
- c) Secundarias a procesos o patologías no amparados en las condiciones generales.
- d) Preexistencia de insuficiencia renal terminal:
 - con indicación formal de trasplante previo a la contratación.
 - en tratamiento oncológico de cualquier naturaleza.
 - en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas.
 - en lista de espera para trasplantes.
- e) Hemodiálisis en casos agudos de Insuficiencia Renal de cualquier tipo no permanente
- f) Trasplante Renal
- g) Fallo renal reversible o temporal.

PERIODO DE CARENCIA

CLÁUSULA 2

El Deudor Asegurado será pasible de indemnización siempre que la enfermedad haya sido contraída, originada y/o diagnosticada noventa (90) días después de la entrada en vigor de la presente cobertura complementaria.

El periodo de carencia quedará sin efecto a partir de la segunda renovación, cuando la misma haya sido realizada de manera ininterrumpida.

EXCLUSIONES

CLÁUSULA 3

De la presente cobertura de Adicional para enfermedades graves, se excluyen las enfermedades o lesiones del Deudor Asegurado que ocurra a consecuencia de las causas mencionadas en la Cláusula 13º de las Condiciones Particulares Específicas y siguientes:

- a) Alcoholismo o drogadicción.
- b) Cánceres a la piel, excepto melanomas malignos.
- c) Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, SIDA.
- d) Se excluyen la angioplastia, tratamientos por láser y todas las otras técnicas que no requieren la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

AVISO DE SINIESTRO

CLÁUSULA 4

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la presente póliza, el aviso del siniestro deberá darse al Asegurador dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de diagnóstico comprobado de la existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cobertura Adicional.

Asimismo, se deberán presentar los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días contados desde igual fecha.

El incumplimiento o presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta cobertura Adicional y que guarden relación con el riesgo cubierto bajo ésta, hará caducar los derechos del Deudor Asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, y liberará al Asegurador del pago de la indemnización que habría correspondido bajo esta cobertura.

CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO Y DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA DENUNCIA

CLÁUSULA 5

Diagnosticada al Deudor Asegurado la existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cobertura Adicional, el Contratante deberá de presentar las siguientes documentaciones para la denuncia:

- a) El formulario de denuncia proporcionado por La Compañía, con los datos que en él se indique.

- b) Informe del médico especialista en el que conste la patología objeto del seguro, fecha del diagnóstico definitivo y el tiempo de evolución de la enfermedad, causas, si ha padecido con anterioridad la dolencia y en qué fecha, fecha probable de iniciación del proceso, fecha en que comenzó a prestarle asistencia y pronóstico, acompañado de las pruebas médicas que prueben el padecimiento de la enfermedad (biopsia, pruebas de imagen, etc.) con expresión de sus fechas.

Con todo, el Asegurador queda facultada para solicitar a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, y el Deudor Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que el Asegurador le requiera para aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro. El costo de éstos será por cuenta o a cargo del Asegurador.

El incumplimiento de estos requisitos, faculta al Asegurador de todo pago en concepto de la presente cobertura Adicional.

TÉRMINO DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 6

Esta cobertura adicional para enfermedades graves será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto en los siguientes casos:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal.
- b) Cuando el Deudor Asegurado comience a percibir los beneficios de esta cobertura complementaria.
- a) A partir de la fecha en que el Deudor Asegurado cumpla "n" años, salvo pacto en contrario.

ASPECTOS NO ENUNCIADOS

CLÁUSULA 7

Los aspectos no enunciados en la presente cobertura complementaria se regirán por las condiciones de la cobertura principal de fallecimiento.

COBERTURA ADICIONAL N° 3

GASTOS DE SEPELIO

COBERTURA **CLÁUSULA 1**

El Asegurador otorgará el adicional de Gastos por Sepelio, hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza, la cual será abonada en concepto de reembolso, cuando a consecuencia de una enfermedad o Fallecimiento natural o de un accidente cubierto por la póliza se produjera el Fallecimiento del Deudor Asegurado.

Asimismo, se hace constar que el Asegurador queda desligado de toda responsabilidad por los actos y servicios que efectúe la empresa de servicios fúnebres contratada por quien se haya hecho cargo de los gastos.

AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTE ADICIONAL

CLÁUSULA 2

Conforme se establece en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes de la póliza principal, el Tomador comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo (Art. 1589 del Código Civil).

El incumplimiento o presentación extemporánea hará perder los derechos del Deudor Asegurado, liberando a la Compañía de Seguros del pago de la indemnización que habría correspondido bajo este adicional. Lo anterior no será aplicable cuando quien reclame el pago acredite fehacientemente la imposibilidad de haber dado cumplimiento a las obligaciones ya señaladas, por caso fortuito o fuerza mayor.

LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO

CLÁUSULA 3

Ocurrido el fallecimiento del Deudor Asegurado, el Asegurador efectuará el pago que corresponda conforme lo establecido en el Artículo 1591 del Código Civil; para el efecto se deberá de presentar las siguientes documentaciones (copia autenticada u original):

- a) El formulario de denuncia proporcionado por La Compañía, con los datos que en él se indique.
- b) Certificado de Defunción emitido por la Dirección Gral. del Registro del Estado Civil.
- c) Certificado de Defunción emitido por el M.S.P. y Bs.
- d) Parte policial o carpeta fiscal cuando la causa de Fallecimiento lo amerite.
- e) Copia de cédula autenticada de quien reclame el reembolso.
- f) Copia autenticada de las facturas y/o recibos por los gastos incurridos, los cuales deberán estar a nombre de quien reclama el reembolso y en la descripción del servicio prestado el nombre del Deudor Asegurado. En el momento de la denuncia se deberán presentar los comprobantes originales junto con las copias autenticadas, estas últimas quedarán en la Compañía.

El Asegurador se encuentra autorizado por el Deudor Asegurado en virtud se menciona en la Solicitud de Seguro, para la verificación de su Expediente clínico de internación o consultorio obrante en el Sanatorio o Centro Médico Asistencial en el/los cual/es fue asistido, cuando las circunstancias que dieron lugar a la Fallecimiento lo ameriten.

Las documentaciones que se hayan presentado para reclamar la cobertura principal de fallecimiento y coincidan con las solicitadas precedentemente, serán omitidas para el reclamo de la presente cobertura complementaria.

ASPECTOS NO ENUNCIADOS

CLÁUSULA 4

Los aspectos no enunciados en la presente cobertura complementaria se regirán por las condiciones de la cobertura principal de fallecimiento.

REGIMEN DE COBRANZAS DE PREMIOS PARA SEGUROS ELEMENTALES O PATRIMONIALES CON CLAÚSULAS DE SUSPENSIÓN AUTOMÁTICA DE COBERTURA Y DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE MORA EN EL PAGO DEL PREMIO.

- a) El premio del Seguro debe pagarse en el domicilio del Asegurador o en el lugar que se pactare entre el mismo y el Deudor Asegurado, sin que esta obligación pueda entenderse dispensada por reclamos o cobros de premios que por cualquier conducto y ocasión realice y obtenga el Asegurador en tanto existan saldos pendientes.
- b) Si el pago del premio no se efectuare a vencimiento de la fecha pactada, el Asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago.
- c) Los pagos deberán efectuarse en efectivo, salvo que el Asegurador acepte en cada caso concreto otra forma de pago: como pago en cheque, tarjeta de crédito o débito u otro medio similar en cuya oportunidad debe expedirse el recibo correspondiente, lo cual no implicará novación de la obligación ni dación en pago. El rechazo o no pago por parte del Banco girado o entidad pagadora del cheque, tarjeta de crédito o débito por insuficiencia de fondos, cuenta cancelada, deficiencia en la redacción, firma deficiente o que no coincide con el registro, orden de no pago, o por tratarse de cualquier causa imputable o no al Deudor Asegurado, dejará automáticamente nulo y sin efecto dicho pago, como si nunca hubiera existido, produciéndose automáticamente la mora del Deudor y teniendo también por efecto la suspensión automática de la cobertura retroactivamente a partir de la cuota cuya cancelación se frustró por dichas circunstancias.
- d) El pago del premio podrá ser al contado o fraccionado (a plazo) el saldo del mismo, en cualquiera de las modalidades mencionadas más arriba podrá fraccionarse hasta la cantidad de cuotas iguales y consecutivas convenidas entre las partes, a contar desde el vencimiento de la primera cuota posterior al pago inicial que podrá ser al inicio de la vigencia o contra entrega de póliza o certificados de cobertura. En el pago fraccionado la(s) cuota(s) deberá(n) ser pagada(s) puntualmente (de acuerdo a los vencimientos pactados en las Condiciones Particulares del presente Contrato de Seguro) en el domicilio del Asegurador o en el lugar que se conviniere. Si a cualquier vencimiento de la cuota no fuese abonado su importe, la cobertura del riesgo quedará automáticamente suspendida desde las 24 horas del día de ese vencimiento, y la mora se producirá por el solo vencimiento de plazo, la que operará de pleno derecho sin necesidad de protesto, intimación extrajudicial o judicial alguna. El Asegurador no será responsable por cualquier siniestro ocurrido durante la suspensión de la cobertura. La cobertura suspendida podrá reactivarse mediante el pago del premio adeudado, quedando a favor del Asegurador y en carácter de penalidad para el Deudor Asegurado el importe del premio correspondiente al periodo transcurrido sin cobertura. La reactivación de la cobertura de la póliza estará sujeta a la aceptación del Asegurador y a que ésta realice la verificación/inspección del/los riesgos(s) Asegurado(s) si lo considerase necesario, luego del cual manifestará su conformidad y con lo que el Deudor Asegurado podrá abonar produciéndose la reactivación desde las doce (12) horas del día siguiente en que el Asegurador reciba el importe vencido.
- e) Si el pago del primer premio, o del premio único, no se efectuare en la fecha pactada o contra entrega de la póliza, el Asegurador no será responsable por ningún siniestro ocurrido antes del pago. En defecto de convenio entre las partes, el Asegurador podrá rescindir el contrato con un plazo de denuncia de un mes. El Asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido durante el plazo de denuncia, después de dos (2) días de notificada la opción de rescindir. Su pago queda sujeto a condiciones y efectos establecidos en la presente Cláusula de Régimen de Cobranzas de Premios.

ENDOSO N° 1

ADECUACIÓN PARA COBERTURA DE NAVEGACIÓN AÉREA REALIZADA EN LINEAS DE VUELO NO REGULAES.

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares Específicas de esta póliza y en virtud del premio adicional correspondiente el Asegurador consiente en ampliar la cobertura para cubrir los riesgos de Fallecimiento e incapacidad total y permanente, causadas al Deudor Asegurado a consecuencia de accidente en navegación aérea realizada en líneas no sujetas a itinerario fijo, hasta el capital asegurado indicado en las Condiciones Particulares.

ENDOSO N° 2

COBERTURA DE CRÉDITOS EN MORA

Contrariamente a lo establecido en la cláusula 21 de las Condiciones Particulares Específicas, queda entendido y convenido que el presente Endoso amplía la cobertura para cubrir los saldos de créditos vencidos (en mora) y los saldos de créditos que se hallen en gestión judicial de cobro.

Son créditos vigentes los que se hallan al día en su cumplimiento y aquellos que, hallándose vencidos, no requieren aún de provisiones contables.

Son créditos vencidos lo que tienen provisión contable por morosidad conforme a la reglamentación de la Superintendencia de Bancos, hasta un máximo de ciento ochenta (180) días de mora.

Son créditos en gestión judicial los que han sido objeto de demanda, quedando judicializado desde el día en que se interpuso la acción ante juez competente, finalizado tal carácter en la fecha de quedar firme la Sentencia Judicial.

A partir de los de ciento ochenta (180) días de mora o al quedar firme la sentencia judicial, queda agotada la cobertura de la póliza y liberado el Acreedor o Tomador de declarar en adelante el saldo adeudado por el Deudor Asegurado, por carecer de cobertura.

ENDOSO N° 3

COBERTURA DE PRE-EXISTENCIAS

Contrariamente a lo establecido en la cláusula 16 inciso m) de las Condiciones Particulares Específicas, queda entendido y convenido que el presente Endoso amplía la cobertura para cubrir las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de Seguro, siempre que hayan transcurrido al menos doce (12) meses desde el inicio de la cobertura del Deudor Asegurado.

- f) Condición Resolutoria: La mora en el pago del premio por más de noventa (90) días importa la cancelación automática y resolución del contrato (sin necesidad de notificación alguna), debiendo el Deudor Asegurado abonar el importe que corresponda por los días transcurridos de la vigencia de la póliza hasta la cancelación/ resolución, y en ningún caso y bajo ningún concepto podrán ser rehabilitadas las pólizas respecto de las cuales se opere dicha caducidad.
- El Deudor Asegurado deberá abonar el importe del premio correspondiente al riesgo corrido, calculado de acuerdo a las tarifas a corto plazo. El Asegurador tendrá derecho a gestionar el cobro judicial del premio por el importe, intereses y gastos de justicia. La gestión del cobro extrajudicial o judicial del saldo adeudado no modificará la resolución del presente contrato de seguro.
- g) Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los premios adicionales por endosos o suplementos de póliza. El pago no podrá exceder el plazo de vencimiento de la vigencia establecida en el original de la póliza.
- h) En todos los casos en que el Deudor Asegurado reciba indemnización por el daño o la pérdida deberá pagar la prima íntegra.
- i) Del régimen de Cobranza de Premios, quedan exceptuados los siguientes casos:
- Seguros que cubren riesgos correspondientes a organismos nacionales, municipales y empresas del Estado.
 - Seguros cuyos premios deben pagarse conforme lo dispongan disposiciones específicas.
 - Seguros por periodos que no excedan de (90) noventa días.
-



SERVICIO INTEGRAL 24 HORAS

Tel.: (021) 729 8100

o marca desde tu TIGO Personal
o Claro el *8100



Ingresá a **Cientes MAPFRE PY**
desde nuestra web www.mapfre.com.py
o descargá la **APP Cientes MAPFRE PY**

