



CONDICIONADO VIDA COLECTIVO EMPLEADOS

 **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 EMPLEADOS Y OBREROS

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 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
- b) 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 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 con 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 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 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 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 Asegurado. Se excluye el reembolso de la remuneración del personal dependiente del Tomador (Art. 1614 Código Civil).

REPRESENTACIÓN DEL 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 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.

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 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)

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).

CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS Y OBREROS

CONTRATO DE SEGUROS

CLÁUSULA 1

Esta Póliza, la Propuesta de Seguro presentada por el Contratante o Tomador, las Solicitudes Individuales de Seguro presentadas por los Asegurados o Planillas de Declaración y los Certificados Individuales de incorporación al seguro que se expiden a los Asegurados, constituyen el contrato completo entre el Contratante y/o Tomador, y el Asegurador.

RIESGOS CUBIERTOS

CLÁUSULA 2

El Asegurador pagará al Beneficiario, el capital asegurado estipulado en las Condiciones Particulares o Certificado Individual para la cobertura principal de fallecimiento, en caso de que el Asegurado sufra una muerte natural o accidental.

De manera opcional y complementaria, el Asegurador pagará al Asegurado o Beneficiario el capital asegurado estipulado en las Condiciones Particulares o Certificado Individual para las coberturas complementarias en caso de que hayan sido contratadas:

- 1) Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente.
- 2) Anticipo de suma asegurada para Trasplante de órganos.
- 3) Anticipo de suma asegurada por Enfermedad grave básica: cuatro (4) enfermedades cubiertas por la póliza.
- 4) Anticipo de suma asegurada por Enfermedad grave extendida: doce (12) enfermedades cubiertas por la póliza.
- 5) Beneficio adicional por muerte accidental (Doble indemnización)
- 6) Gastos médicos por accidente.
- 7) Gastos por Sepelio.
- 8) Invalidez parcial y permanente por accidente: probabilidad de incapacidad parcial y de manera permanente a consecuencia de un accidente.
- 9) Uso de Motocicletas.
- 10) Cobertura en Vuelos Privados.
- 11) Uso de Armas de fuego.
- 12) Gastos de sepelio del cónyuge - concubino/a.
- 13) Gastos de sepelio de uno de los padres y/o uno de los hijos.

El modo de cobertura es base de ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en las Condiciones Particulares).

Se aplican restricciones y exclusiones que se detallan en la presente Póliza.

PERSONAS ASEGURABLES

CLÁUSULA 3

A los efectos de este seguro, cuando no fuere obligatorio se considerarán asegurables a todos los Empleados y Obreros que, en la fecha de Solicitud del presente seguro, se encontraren al servicio activo del Contratante y no se hallaren ausentes del trabajo por razones de enfermedad, en dicha fecha, ni lo hubieren estado en las dos (2) semanas anteriores a la misma. Idéntico requisito registrá para las personas que se incorporen al seguro durante la vigencia de la presente póliza.

Aquellos que, en la fecha de Solicitud del presente seguro, no se encontraren en servicio activo, se consideran asegurables después de transcurridas dos (2) semanas de la fecha de reincorporación a sus tareas.

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

Los Empleados y Obreros que en el futuro ingresen al servicio del Contratante, se considerarán asegurables al cumplir en el empleo tres (3) meses de actividad ininterrumpida. No obstante, podrán incorporarse de inmediato al seguro, siempre que satisfagan los requisitos médicos y de asegurabilidad que exija el Asegurador.

Podrán incorporarse al presente seguro, en las mismas condiciones requeridas para los Empleados y Obreros, los directores y Gerentes.

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 diez y ocho (18) años ni las personas mayores a la edad establecida en las Condiciones Particulares.

NÚMERO MÍNIMO DE ASEGURADOS

CLÁUSULA 5

Es condición expresa para que esta Póliza entre en vigor y mantenga su vigencia que el número de personas aseguradas 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. b) Cláusula 24 de estas Condiciones Particulares Específicas.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

CLÁUSULA 6

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la hora y fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares.

Caducará automáticamente sin necesidad de comunicación expresa al respecto, en la hora y fecha mencionada en las Condiciones Particulares, si no fuere previamente renovada.

La duración de la póliza será de doce (12) meses.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

CLÁUSULA 7

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

PRÓRROGA TÁCITA

CLÁUSULA 8

Se podrá realizar la prórroga del presente contrato de seguro en el término máximo de un periodo conforme al Artículo 1563 del Código Civil Paraguayo. La prórroga tácita se suscribirá bajo las mismas condiciones que fueron convenidas en la vigencia inmediata anterior y se aplicará la tasa según la nueva edad. Se deja constancia que será facultad de la Compañía Aseguradora aceptar o ejecutar la Prórroga Tácita en el momento que se deba proceder a la misma.

VIGENCIA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES

CLÁUSULA 9

Los Certificados Individuales correspondientes a las personas que ingresen al Seguro, entrarán en vigor desde la fecha que obre en el mismo, previa recepción de la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro, sin perjuicio del derecho que se reserva el Asegurador de rechazar el riesgo dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de la solicitud.

Los Certificados permanecerán vigentes durante el tiempo que la Póliza se encuentre vigente, que no se haya solicitado la anulación de cobertura y la prima por el Asegurado haya sido percibida por la Compañía de acuerdo con los términos pactados.

SALIDA DEL SEGURO

CLÁUSULA 10

Las personas que se separen definitivamente del conjunto de Asegurados, ya sea por exclusión o renuncia dejarán de estar aseguradas desde la fecha de su comunicación quedando automáticamente nulo y sin ningún valor el correspondiente Certificado Individual de Incorporación al Seguro.

En caso de cancelación de la presente Póliza, todos los Certificados Individuales de Incorporación al Seguro correspondiente a la misma, caducarán automáticamente.

RIESGOS NO CUBIERTOS – PÉRDIDA DE DERECHOS A INDEMNIZACIÓN

CLÁUSULA 11

El Asegurador no abonará la indemnización cuando siniestro se produjera como consecuencia de:

- a) Consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear y/o atómica o contaminación radiactiva.
- b) Guerra civil o internacional declarada o no, que no comprenda a la República del Paraguay; en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, como las del Asegurador se regirán por las normas, que en tal caso, dictaren las autoridades competentes.
- c) Duelos, peleas o riñas, salvo casos de legítima defensa así declarada por la autoridad competente; actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- d) Por participación en empresa, asociación o acto criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte, conforme al Art. 1672 del Código Civil.
- e) La muerte del Asegurado causada deliberadamente por un acto ilícito del Beneficiario o Tomador del seguro, conforme al Art. 1671 del Código Civil.
- f) Por todo acto ilícito provocado por el Asegurado.
- g) Suicidio o tentativa de suicidio, conforme a lo señalado en el artículo 1670, parágrafo I del Código Civil.

- h) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- i) Cuando el Asegurado se hallare en estado de embriaguez o se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, narcóticos o estimulantes o alcaloides.
- j) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- k) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- l) El desempeño paralelo de las profesiones de: acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras, policía de actividad de campo, seguridad o bombero y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como: submarinas o subacuáticas; alpinismo, andinismo, montañismo; esquí acuático o de montaña, motonáutica; alas delta, parapente, paracaidismo u otras ascensiones aéreas; como conductor, piloto o integrante de equipos en competencia de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción humana, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras de obstáculos) u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas; todo esto salvo pacto en contrario en virtud al cobro de extra prima.
- m) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
- n) Los derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, como conductor o acompañante, salvo pacto en contrario en virtud del cobro de una extra-prima.
- o) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV "Human Inmune Virus" (Virus Inmuno Deficiencia Humana);
- p) Enfermedades mentales o corporales preexistentes a la entrada.
- q) Los accidentes causados por infracción del Asegurado o los beneficiarios del seguro a las Leyes, Ordenanzas Municipales y Decretos relativos a la seguridad de las personas.

PREEXISTENCIAS DE ENFERMEDADES

CLÁUSULA 12

Se entiende por condiciones preexistentes aquellas enfermedades diagnosticadas o tratadas con anterioridad a inicio de vigencia de la cobertura.

De haberse completado la declaración jurada de salud por parte del Asegurado y no declarase ninguna condición médica y se constatare que la causa que originó el reclamo sea a consecuencia directa de condiciones preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura, la Aseguradora se reserva el derecho de invocar el Art. 1549 del Código Civil, no dando lugar a la cobertura.

Así también, de declararse una condición preexistente en la Declaración Jurada de Salud, no se aplicará la aprobación tácita de la cobertura, reservándose el Asegurador el derecho de solicitar el historial clínico y/o los exámenes médicos para analizar al riesgo y expedirse al respecto. Tras el análisis de los resultados, el Asegurador se reserva el derecho de:

- a) Aceptar el riesgo bajo las condiciones normales de asegurabilidad (sin alteración); o
- b) Ajustar la Prima inicial, con hasta 250% de recargo. El cobro de sobreprimas solo será procesado con autorización de El Tomador y/o del Asegurado, y en caso de no aprobación por parte de estos, se procederá al rechazo de la cobertura; o
- c) Condicionar y/o limitar coberturas; o
- d) Rechazar el riesgo.

PRIMAS

CLÁUSULA 13

La prima total del seguro será la suma de las primas que correspondan a cada Asegurado. La prima de cada Asegurado será la que resulte de multiplicar la tasa de prima por el Capital Asegurado correspondiente

En cada renovación la tasa a ser aplicada se calculará según la edad media alcanzada por el conjunto de Asegurados. A esta tasa se le sumarán si correspondiere, los recargos necesarios para las coberturas complementarias, y los que exigieren por la agravación del riesgo a asumir por la Aseguradora.

A aquellos que ingresen con posterioridad a la fecha de inicio, se les aplicará la tasa del conjunto, en proporción al tiempo que faltare transcurrir la vigencia del seguro.

PAGO DE PRIMA

CLÁUSULA 14

El pago de las primas de esta Póliza podrá efectuarse en forma mensual o por toda la vigencia de la cobertura, la cual no podrá sobrepasar el año. Los cambios en la forma de pago de las primas originalmente convenidas se solicitarán por escrito, a más tardar dentro del plazo de gracia concedido para el pago de la prima cuya forma de pago se desea modificar.

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago del Premio, se entenderá que este ha de hacerse en las oficinas del Asegurador.

El Asegurador sólo queda obligado por los recibos oficiales emitidos por MAPFRE PARAGUAY COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. o por sus agentes expresamente autorizados a tal fin.

Se establece en el artículo 1574, parágrafo VIII, del Código Civil: Si el pago de la primera cuota del premio o del premio único e íntegro no se efectuare oportunamente, el Asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago.

En el supuesto de la entrega de la póliza sin percepción del premio, en defecto de 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 fue 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 Asegurado recibe indemnización por la lesión o la pérdida deberá pagar el premio íntegro.

PLAZO DE GRACIA

CLÁUSULA 15

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 se contará desde la emisión de la Póliza o desde la fecha de iniciación 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 Contratante por nota con acuse de recibo.

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 Asegurado, se deducirá del importe a abonar por tal causa, la prima vencida impaga correspondiente a los meses en que estuvo en mora ese 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.

DERECHO EN CASO DE SERVICIO MILITAR

CLÁUSULA 16

El Asegurado que deba cumplir con el Servicio Militar en tiempo de paz proseguirá en el Seguro siempre que continúe abonando el premio correspondiente, caso contrario el Asegurador rescindiré el contrato, según establece el artículo 1574, parágrafo VIII, del Código Civil.

DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

CLÁUSULA 17

Designación: La designación de beneficiario o beneficiarios se hará por escrito, en la solicitud del seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el inciso b).

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la asignación correspondiente del seguro acrecerá la de los demás beneficiarios, si lo hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido, el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

Cambio: El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente al Asegurador, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva y presenta esta Póliza para que se efectúe en ella la anotación correspondiente.

Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado a la Póliza, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que corresponden a la orden conjunta de los beneficiarios anotados en la Póliza y los designados con posterioridad mediante cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por el Asegurador hasta el momento de la consignación.

El Asegurador quedará liberado en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

Atento al carácter irrevocable de la designación de beneficiario a título oneroso, el Asegurador en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación y además por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación beneficiaria.

RESIDENCIA Y VIAJES

CLÁUSULA 18

El Asegurado está cubierto por esta Póliza sin restricciones en cuanto a residencia dentro o fuera del país y viajes que pueda realizar en vuelos regulares.

CAMBIO DEL CONTRATANTE

CLÁUSULA 19

En caso de cambio del Contratante de esta Póliza, el Asegurador se reserva el derecho de rescindir el contrato dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de dicho cambio. Las obligaciones del Asegurador terminarán treinta (30) días después de haber sido notificada la rescisión por escrito, al nuevo Contratante. El Asegurador reembolsará a los Asegurados o al Contratante la prima correspondiente al riesgo no corrido, según quien sea el que haya pagado la prima.

ERRORES ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA 20

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

OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE

CLÁUSULA 21

Todo lo relativo a esta Póliza será tratado por conducto del Tomador.

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

Está obligado a dar aviso de inmediato al Asegurador, en los formularios que éste le suministre, de todos los ingresos y salidas de Asegurados, así como de las modificaciones de las sumas aseguradas, ocupaciones que agraven el riesgo, coberturas, etc., enviando al mismo tiempo las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro para las modificaciones necesarias.

El Asegurador podrá exigir, en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados. Si se verificara la existencia de un error en la edad declarada, el Asegurador podrá reajustar la prima media a la que efectivamente corresponda y el contratante será responsable por la diferencia que resulte.

Asimismo, deberá notificar al Asegurador los siniestros que se registren, en los plazos establecidos en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes o bien en el plazo que se establezca de manera particular para la cobertura reclamada.

Todas las comunicaciones y notificaciones que el Asegurador deba hacer a los Asegurados o beneficiarios de éstos se considerarán como expedidas, válidas y completas cuando las remita por conducto del Contratante.

CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO Y DOCUMENTACIÓN

CLÁUSULA 22

Documentaciones para presentar con la denuncia del siniestro:

- a) Comunicación formal del fallecimiento del Asegurado realizada por los familiares o beneficiarios del fallecido a El Asegurador, brindando en forma pormenorizada los detalles de las causas que llevaron a la muerte de esta persona.
- b) Copia del documento de identidad del denunciante.
- c) 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.
- d) 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.
- e) Epicrisis elaborada por el Centro Asistencial donde fue atendido, o el Informe del Médico tratante, donde se detallen con exactitud las causas del fallecimiento.
- f) 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.
- g) Copia autenticada de la Cédula de Identidad del Asegurado.

Además, será necesaria la presentación del Certificado de Nacimiento del Asegurado, si su edad no hubiera sido comprobada anteriormente ante el Asegurador.

La lista anterior no es limitativa, sino que constituye documentaciones básicas para iniciar el proceso de su reclamo. Sin limitar la facultad que otorga el Art.1589 del Código Civil al Asegurador de requerir prueba instrumental razonable para esclarecer los hechos del siniestro.

También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiere instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieren.

Asimismo, se proporcionará al Asegurador cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar indagaciones que sean necesarias a tal fin, siempre que sean razonables.

En casos de terremoto, naufragio, accidente aéreo o terrestre, incendio u otra catástrofe, en que el Asegurado desapareciere y no quepa admitir razonablemente su supervivencia (Art. 63 del Código Civil), se abonará la indemnización contra presentación de la declaración judicial de su muerte. Pero si posteriormente apareciera el Asegurado o se tuviese noticia cierta de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada.

RESCISIÓN UNILATERAL POR EL CONTRATANTE

CLÁUSULA 23

Cuando el Contratante ejerza el derecho de rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

La comunicación de rescisión se deberá formular por escrito, siendo la fecha cierta de rescisión la fecha de recepción por parte de la Aseguradora.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CLÁUSULA 24

Son causas de terminación del Contrato:

- a) El vencimiento de la Póliza, producida automáticamente en la fecha mencionada en la misma si no fuere previamente renovada o no haya sido optada la prórroga tácita.
- b) Cuando el número de Asegurados sea inferior a diez (10) personas, en cuyo caso el Contrato caducará en forma automática.
- c) La finalización del plazo de gracia (Cláusula 15) correspondiente a una prima no pagada, si hubiere comunicación expresa de cancelación por parte del Asegurador.
- d) Cuando se supere la edad máxima de permanencia para la cobertura principal.

COBERTURA COMPLEMENTARIA N° 1

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CLÁUSULA 1

Queda entendido y convenido que en virtud del premio adicional correspondiente, el Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cobertura complementaria si algún Asegurado sufiere, antes de cumplir la edad establecida en las Condiciones Particulares, una incapacidad total y presumiblemente permanente por enfermedad o accidente 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 muerte.

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 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 caducará de manera automáticamente.

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.

EXCLUSIONES

CLÁUSULA 2

Quedan excluidos de la garantía de esta cobertura complementaria:

- 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 Asegurado, así como las del Asegurador, se registrarán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- f) Acto ilícito provocado por el 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 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 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 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 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.
- p) También quedan excluidos los casos que afecten al 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 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.

CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO Y DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA DENUNCIA

CLÁUSULA 3

Diagnosticada la Incapacidad bajo los términos establecidos en las cláusulas de esta cobertura complementaria, el Tomador comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocer la incapacidad, para lo cual se deberá presentar las siguientes documentaciones:

a) El formulario de denuncia proporcionado por la Aseguradora, con los datos que en él se indique.

b) Informe del médico en el que conste la Incapacidad, fecha del diagnóstico definitivo y el tiempo de evolución de la enfermedad, causas, si ha padecido con anterioridad alguna dolencia que guarda relación con la incapacidad 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.

c) Parte policial y/o carpeta fiscal cuando la causa lo amerite.

d) En caso de ser aportante de alguno de los sistemas jubilatorios constituidos en la República del Paraguay, la resolución o documento que acredite el retiro laboral a consecuencia de la incapacidad total y permanente.

PLAZO DE PRUEBA

CLÁUSULA 4

El Asegurador dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las documentaciones presentadas en la Cláusula 3 no permitan concluir en cuanto al estado de incapacidad, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de ciento ochenta (180) días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

EVALUACIÓN POR PERITOS

CLÁUSULA 5

Si en la apreciación de la incapacidad del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por el Asegurador, ambos procederán de inmediato a nombrar a un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto.

Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la apreciación de cualquier lesión del Asegurado, la misma será analizada por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días. Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

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

Hay que considerar que no se trata de un proceso arbitral, la decisión arribada por los médicos podrá ser recurrida por el Asegurado o el beneficiario ante el órgano jurisdiccional competente.

TÉRMINO DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 6

Esta cobertura de incapacidad 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 Asegurado haya percibido el cien por ciento (100%) de la suma asegurada de esta cobertura complementaria.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y siete (67) años.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 7

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

COBERTURA COMPLEMENTARIA N° 2

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA PARA TRASPLANTE DE ORGANOS

Los beneficios de esta cobertura complementaria son incompatibles con la cobertura de Anticipo de Enfermedad Grave Extendida, por lo que el Contratante podrá optar sólo por una sola ellas.

COBERTURA

CLÁUSULA 1

El Asegurador pagará al Asegurado un anticipo de la cobertura principal, cuyo monto se establece en las Condiciones Particulares o Certificado Individual de la presente póliza, siempre que éste deba ser sometido a un trasplante de los órganos humanos como:

- a) Trasplante de corazón.
- b) Trasplante de hígado.
- c) Trasplante de riñón.
- d) Trasplante de pulmón.
- e) Trasplante de páncreas.

Pagará por una (1) sola vez durante la vigencia de esta e independientemente del número de trasplantes de órganos realizados.

DEFINICIÓN

CLÁUSULA 2

Se denomina Trasplante de un órgano vital a la transferencia de un órgano completo, en la que el Asegurado participa como receptor y nunca como donante, o la inclusión en una lista oficial de espera, para cirugía de trasplante de los órganos mencionados en la cláusula anterior.

La necesidad de realización del trasplante debe ser confirmada por un médico especialista y basado en la confirmación objetiva mediante Analíticas y Pruebas de Imagen del deterioro de la función del órgano.

PERIODO DE CARENCIA

CLÁUSULA 3

Tendrá una carencia de cobertura de ciento veinte (120) días antes de que se diagnostique la enfermedad cuyo tratamiento sea el trasplante y que éste se deba realizar indefectiblemente.

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

PERIODO DE ESPERA

CLÁUSULA 4

Para que el anticipo sea materializado deberá sobrevivir un lapso de treinta (30) días después del diagnóstico de la enfermedad que sugiera o recomiende el trasplante de órganos, de acuerdo con los términos mencionados para esta cobertura complementaria.

EDAD DE COBERTURA

CLÁUSULA 5

La edad de ingreso mínima es de dieciocho (18) a sesenta y máxima tres (63) años con permanencia hasta los sesenta y cuatro (64) años; cumplido los sesenta y cinco (65) años, automáticamente cesa la garantía de esta prestación.

EXCLUSIONES

CLÁUSULA 6

El Asegurador no efectuará pago alguno cuando el trasplante de órganos, tal como se define en la Cláusula 1 y 2 de la presente cobertura complementaria, provenga de o sea consecuencia directa o indirecta de alguno de los siguientes eventos o bien de los mencionados en la Cláusula 11 de las Condiciones Particulares Específicas:

1. Infecciones oportunistas, neoplasias malignas o demás enfermedades asociadas al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o aquellas manifiestas en los pacientes con examen positivo de VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA).
2. Drogadicción o intoxicación por drogas, veneno o licor.
3. Cualquier incidente crítico de la salud, lesión o enfermedad, diferente al definido como trasplante de órganos vitales, de acuerdo con la presente cobertura de anticipo.
4. Cuando el trasplante de órganos sea indicado por alguna persona de la familia del Asegurado o que resida en la misma casa, sea o no médico o profesional en alguna rama relacionada a la salud.
5. Cuando el trasplante de órganos sea indicado por profesionales de la salud en ejercicio de prácticas de medicina alternativa o por personas que no sean profesionales de la ciencia médica.
6. Trasplantes que sean procedimientos de investigación y el trasplante de Islotes de Langerhans.
7. Trasplante de órganos diferentes a los indicados en la presente cobertura de anticipo.
8. Infecciones oportunistas, neoplasias malignas o trasplante de órganos que sean indicados para el tratamiento del cáncer no invasivo o el cáncer en estado in situ, la leucemia linfocítica crónica y los tumores debidos a o como consecuencia de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
9. A las personas que obren en calidad de donantes.

CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO Y DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA DENUNCIA

CLÁUSULA 7

Confirmada la necesidad de realización del trasplante del Asegurado, el Contratante deberá denunciar a la Aseguradora dentro del plazo de treinta (30) días de la fecha de confirmación médica y presentar las siguientes documentaciones:

- a) Presentar denuncia por escrito, indicando datos personales, acompañado de copia de cédula de identidad, detallando el diagnóstico y datos del médico tratante (incluido número de matrícula).
- b) Constancia/s médica en donde figure el concepto médico en el que se indicó el trasplante como tratamiento para una enfermedad determinada y que éste se haya practicado efectivamente o se vaya a practicar en una clínica u hospital debidamente habilitado por las autoridades sanitarias correspondientes.
- c) Será necesario que el Asegurado haya requerido médicamente el trasplante de órganos y que haya sido la primera vez y así se indique en la historia clínica del mismo, la cual deberá ser presentada.

Con todo, el Asegurador queda facultada para solicitar a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, y el 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 de anticipo.

REDUCCIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

CLÁUSULA 8

El pago de este beneficio adicional pondrá término a ésta, y reducirá el capital asegurado de la cobertura principal (muerte) establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza, quedando el remanente como suma asegurada para la cobertura principal (muerte) y por consiguiente para las coberturas complementarias que operan como anticipo de ésta del Asegurado. Una vez efectuado el pago del beneficio de esta cobertura de anticipo, el Asegurador NO ejecutará de manera inmediata la restitución de la suma asegurada de la cobertura principal.

Sin embargo, después de transcurrido un (1) año contado desde el pago del beneficio de esta cobertura y a criterio del Asegurador, se podrá analizar la posibilidad de restituir la suma asegurada de la cobertura principal consumida, sujeto al pago de un Premio adicional por dicha restitución y por la Prima médica adicional a ser determinada posterior a la suscripción médica.

TÉRMINO DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 9

Esta cobertura de anticipo por trasplante de órgano 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 Asegurado comience a percibir los beneficios de esta cobertura complementaria.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 10

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

COBERTURA COMPLEMENTARIA N° 3

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD GRAVE BASICA

Los beneficios de esta cobertura complementaria son incompatibles con la cobertura de Anticipo de Enfermedad Grave Extendida, por lo que el Contratante podrá optar sólo por una sola ellas.

COBERTURA

CLÁUSULA 1

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

1. Infarto Agudo de Miocardio:

Se denomina Infarto Agudo de Miocardio a la necrosis o muerte 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.

2. Derrame cerebral o Accidente Cerebrovascular:

Se denomina Accidente Cerebrovascular a la muerte del tejido cerebral, debido a una situación isquémica del cerebro, por suministro inadecuado de sangre o hemorragia intracraneal, de duración superior a veinticuatro (24) 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 entre tres (3) y seis (6) meses (dependiendo de los mercados).

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.

3. Cirugía de Bypass Aorta coronaria:

Definido como afecciones de las arterias coronarias tratadas con una operación “bypass” o “puente coronario”, por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias. El resultado de la angiografía junto con el informe médico estará a disposición del Asegurador.

Se denomina igualmente a la cirugía a corazón abierto para corregir estenosis (estrechamiento) u oclusión de dos o más arterias coronarias mediante la técnica de “Bypass” (puente arterial).

La necesidad médica de realizar la cirugía debe ser confirmada por un especialista en cardiología o cirugía cardíaca, y confirmada por pruebas cardíacas como Cateterismo, Ecocardiograma y Pruebas de Imagen.

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) Técnicas de cirugía percutánea (Angioplastia) y láser
- e) La afectación de un solo vaso.

4. 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

4.1 Cáncer femenino:

Se entiende por cáncer “Cáncer Femenino” al tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado y la propagación de células malignas y la invasión de tejidos exclusivamente en la Mama, Genitales externos femeninos, Vagina, Cuello de Útero, Endometrio y Ovario. El Tumor debe ser primitivo en el órgano detectado y anterior a cualquier metástasis.

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 que deberá presentar a la compañía, junto con resultado de las pruebas 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) Carcinoma in situ no clasificado como Tis en la clasificación TNM o FIGO 0
- e) Carcinoma ductal in situ de mama tipo DIN 1, DIN 2 y DIN3.
Carcinoma lobulillar in situ de mama tipo LIN 1, LIN 2 y LIN3.
 - Lesiones displasias del cuello de útero CIN 1, CIN 2 y CIN-3, o aquellos
 - considerados por histología como premalignos.
- f) Tumores descritos como Lesiones Premalignas, tumores benignos o pólipos.
- g) Cáncer metastásico.

4.1 Cáncer masculino:

Se entiende por cáncer “Cáncer masculino” al tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado y la propagación de células malignas y la invasión de tejidos exclusivamente en la Próstata, Pene, Testículos y Vejiga del Sistema Genitourinario Masculino. El Tumor debe ser primitivo en el órgano detectado y anterior a cualquier metástasis.

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 que deberá presentar a la compañía, junto con resultado de las pruebas 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) Carcinoma in situ no clasificado como Tis en la clasificación TNM o FIGO 0
- e) Cáncer metastásico
- f) Cáncer de próstata que tenga un Gleason Score igual o menor de 7 o hasta la clasificación T2bN0M0.

- h) Tumores que presentan los cambios malignos de carcinoma in situ (incluyendo la displasia) o aquellos descritos como Lesiones Premalignas, tumores benignos o pólipos.

EDAD DE COBERTURA

CLÁUSULA 2

La edad de ingreso mínima para esta cobertura es de dieciocho (18) a sesenta y máxima cuatro (64) años con permanencia hasta los sesenta y seis (66) años; cumplido los sesenta y siete (67) años de edad, automáticamente cesa la garantía de esta prestación.

PERIODO DE CARENIA

CLÁUSULA 3

El 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 4

De la presente cobertura de anticipo por enfermedad grave básica, se excluyen las enfermedades o lesiones del Asegurado que ocurra a consecuencia de las causas mencionadas en la Cláusula 11 de las Condiciones Particulares Específicas de la cobertura principal 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 5

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales Comunes 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 de anticipo.

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 de anticipo y que guarden relación con el riesgo cubierto bajo ésta, hará caducar los derechos del 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 6

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

- a) El formulario de denuncia proporcionado por la Aseguradora, 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 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 de anticipo.

REDUCCIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

CLÁUSULA 7

El pago de este beneficio adicional pondrá término a ésta, y reducirá el capital asegurado de la cobertura principal (muerte) establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza, quedando el remanente como suma asegurada para la cobertura principal (muerte) y por consiguiente para las coberturas complementarias que operan como anticipo de ésta del Asegurado. Una vez efectuado el pago del beneficio de esta cobertura de anticipo, el Asegurador NO ejecutará de manera inmediata la restitución de la suma asegurada de la cobertura principal.

Sin embargo, después de transcurrido un (1) año contado desde el pago del beneficio de esta cobertura y a criterio del Asegurador, se podrá analizar la posibilidad de restituir la suma asegurada de la cobertura principal consumida, sujeto al pago de un Premio adicional por dicha restitución y por la prima adicional a ser determinada posterior a la suscripción médica.

TÉRMINO DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 8

Esta cobertura de anticipo por enfermedad grave básica 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 Asegurado comience a percibir los beneficios de esta cobertura complementaria.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y siete (67) años

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 9

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

COBERTURA COMPLEMENTARIA N° 4

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD GRAVE EXTENDIDA

Los beneficios de esta cobertura complementaria son incompatibles con las coberturas de Anticipo de Enfermedad Grave Básica y Anticipo por Trasplante de Órgano, por lo que el Contratante podrá optar por esta cobertura siempre que no cuente con las otras mencionadas.

COBERTURA

CLÁUSULA 1

El Asegurador pagará al Asegurado un anticipo, cuyo monto se establece en las Condiciones Particulares o Certificado Individual de la presente póliza, si éste se ve afectado durante el periodo de vigencia de esta cobertura de anticipo, por alguna de las enfermedades más abajo detalladas.

1. CIRUGIA VALVULAR

Se denomina cirugía valvular a la técnica quirúrgica para reemplazar o reparar una o más válvulas cardíacas defectuosas. La reparación o sustitución de la válvula se lleva a cabo bien mediante cirugía abierta, o bien mediante valvuloplastia percutánea con globo o balón (cateterismo con VPB). La elección de una u otra técnica está en función de las condiciones hemodinámicas del individuo y del problema valvular subyacente, pero en general la sustitución valvular percutánea entraña menor riesgo quirúrgico que la cirugía abierta.

Tanto el diagnóstico de la valvulopatía, como la técnica quirúrgica elegida, debe ser realizado por un especialista y confirmado por pruebas cardíacas como Cateterismo, Ecocardiograma y Pruebas de Imagen.

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 Particulares Específicas.

2. ANGIOPLASTIA CORONARIA DE DOS O MAS VASOS

Se denomina Angioplastia coronaria tras luminal percutánea (ACTP) a la realización de cirugía de revascularización coronaria mediante un cateterismo con balón para dilatar los vasos sanguíneo-estenóticos (estrechos) u ocluidos, con el fin de restaurar el flujo sanguíneo (Revascularizar) en pacientes con Patología de Arterias Coronarias.

La necesidad médica de realizar la cirugía debe ser confirmada por un especialista en cardiología o cirugía cardíaca, y confirmada por pruebas cardíacas como Cateterismo, Ecocardiograma y Pruebas de Imagen.

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 Particulares Específicas.
- d) Bypass coronario.
- e) La afectación de un solo vaso.

3. BYPASS CORONARIO

Se denomina Bypass coronario a la cirugía a corazón abierto para corregir estenosis (estrechamiento) u oclusión de dos (2) o más arterias coronarias mediante la técnica de Bypass (puente arterial).

La necesidad médica de realizar la cirugía debe ser confirmada por un especialista en cardiología o cirugía cardíaca, y confirmada por pruebas cardíacas como Cateterismo, Ecocardiograma y Pruebas de Imagen.

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 Particulares Específicas.
- d) Técnicas de cirugía percutánea (Angioplastia) y láser.
- e) La afectación de un solo vaso.

4. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Se denomina Infarto Agudo de Miocardio a la necrosis o muerte 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:

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 Particulares Específicas.

- d) Los siniestros que se produzcan como consecuencia de Angina de pecho.
- e) Síndrome coronario agudo sin elevación del ST.
- f) Eventos de insuficiencia cardíaca que no produzcan necrosis del músculo cardíaco.
- g) Hospitalización por un cuadro de infarto en curso.

5. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Se denomina Accidente Cerebrovascular a la muerte 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 Particulares Específicas.
- 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.

6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

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 Particulares Específicas.
- 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.

7. TRASPLANTES

Se denomina Trasplante de un órgano vital a la transferencia de un órgano completo, en la que el Asegurado participa como receptor y nunca como donante, o la inclusión en una lista oficial de espera, para cirugía de trasplante de los siguientes órganos: Corazón, Pulmón, Riñón, Hígado, Páncreas, Intestino grueso o colon o una combinación de las anteriores.

La necesidad de realización del trasplante debe ser confirmado por un médico especialista y basado en la confirmación objetiva mediante Análisis y Pruebas de Imagen del deterioro de la función del órgano.

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 Particulares Específicas.
- d) El trasplante de tejidos, médula ósea o células.
- e) El trasplante no incluido en la definición como el de córnea.
- f) El trasplante de órganos procedente de animales.
- g) El auto trasplante.
- h) El trasplante de un corazón artificial.

8. 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.

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 Particulares Específicas.
- 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.

9. ORGANOS DE LOS SENTIDOS

9.1 SORDERA

Se denomina Sordera a la pérdida permanente, total e irreversible de la audición mayor de noventa y cinco (95) decibelios en todas las frecuencias, del mejor oído en audiometría de tonos puros, como consecuencia de daños físicos o enfermedades. Los casos consecuencia de cirugía o tratamientos médicos quedan también cubiertos.

El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista (otorrinolaringólogo) y basado en la confirmación mediante Audiometría.

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 Particulares Específicas.

9.2 PERDIDA DEL HABLA

Se denomina Pérdida del habla a la pérdida permanente, total e irreversible de la capacidad de hablar, a consecuencia de daños físicos o enfermedades. Los casos consecuencia de cirugía o tratamientos médicos quedan también cubiertos.

El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista (otorrinolaringólogo).

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 Particulares Específicas.

9.3 CEGUERA

Se denomina Ceguera a la pérdida permanente, total e irreversible de la visión en ambos ojos, como consecuencia de daños físicos o enfermedades ocurridas en las seis (6) semanas previas. El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista (oftalmólogo) y basado en la confirmación mediante pruebas.

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 Particulares Específicas.
- d) Pérdida permanente, total e irreversible de la visión en ambos ojos, a consecuencia de daños físicos o enfermedades ocurridas en las seis semanas previas y se acompaña con una completa ausencia de vista.
- e) Ceguera consecuencia de accidentes o traumatismos.

10. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Se denomina Alzheimer a la enfermedad, degenerativa y progresiva, con atrofia evolutiva e irreversible de la corteza cerebral y deterioro de las funciones cerebrales superiores. Tiene un cierto componente hereditario.

Debe haber manifestaciones permanentes de pérdida de todas o parte de las siguientes funciones:

- Memoria.
- Razonamiento.
- Comprensión: percepción para entender y expresar efectos e ideas.

La enfermedad de Alzheimer deber ser diagnosticada por un médico especialista en Neurología, el cuadro médico debe estar documentado durante un mínimo de tres (3) meses y la enfermedad debe haber alcanzado síntomas de demencia permanente con evidencia de hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo, TAC, resonancia nuclear magnética o PET de cerebro).

Exclusiones

No comprende las siguientes situaciones:

- a) Preexistentes, es decir, desarrolladas con anterioridad a la contratación de la póliza.
- b) Congénitas.
- c) Secundarias a procesos o patologías no amparados en las Condiciones Particulares Específicas.
- d) Demencia o deterioro de las facultades intelectuales como la memoria, concentración y raciocinio, como consecuencia de enfermedades o disfunciones cerebrales.
- e) Otras demencias como la Demencia Senil.

11. PARÁLISIS DE MIEMBROS

Se denomina a la pérdida total y permanente del uso y movimiento de dos (2) o más miembros, inferiores y/o superiores, debida a lesión o enfermedad de la médula espinal o cerebro. En función de los miembros afectados se clasifica como:

- Monoplejía: un solo miembro (una pierna o un brazo);
- Paraplejía; las dos piernas o los dos brazos;
- Hemiplejía: dos miembros del mismo lado (brazo y pierna del mismo lado);
- Tetraplejía; cuando afecta a las cuatro extremidades.

La parálisis deberá ser continua y permanente durante al menos doce (12) meses consecutivos desde el inicio de la enfermedad e impedir la realización de forma independiente de al menos tres (3) de las actividades de la vida diaria (asearse: bañarse o ducharse, vestirse o desvestirse, utilización del sanitario, capacidad de alimentarse: comer/beber, capacidad de desplazarse, continencia: control de esfínteres transferencias o capacidad de levantarse y sentarse).

El diagnóstico debe ser realizado por un neurólogo y determinar que la pérdida del uso de los miembros es permanente. Se requiere evidencia documentada de la causa de la parálisis.

Si la parálisis es de dos (2) o más extremidades, el Asegurado tendrá derecho a que le sea indemnizado el cien por ciento (100%) del capital de esta cobertura complementaria. Si la parálisis es de una sola extremidad, el Asegurado tendrá derecho a que le sea indemnizado el 60% del capital de esta cobertura complementaria.

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 Particulares Específicas.
- d) Parálisis debida a trastornos psicológicos o por autolesión.
- e) Síndrome de Guillain-Barré.
- f) Parálisis periódica o hereditaria.
- g) Esclerosis múltiple.
- h) Pérdida parcial de movilidad o Parresia.

12. ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

12.1 ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Se denomina Esclerosis Múltiple a la enfermedad marcada por la destrucción del tejido neuronal desmielinizado en el cerebro o en la médula espinal, durante más de seis (6) meses, y se manifiesta por parálisis parcial o total en miembros, parestesias, y/o neuritis óptica. Se manifiesta con episodios de exacerbación y remisión.

El diagnóstico de Esclerosis Múltiple debe ser realizado por un médico especialista (Neurólogo), confirmado mediante pruebas neurológicas (ej. Punción lumbar, RMN sistema nervioso central, etc.), y debe existir deterioro clínico actual de la función motora o sensorial continuo durante al menos ciento ochenta (180) días.

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 Particulares Específicas.
- d) Esclerosis múltiple posible y síndromes aislados neurológica o radiológicamente sugestivos pero que no confirman el diagnóstico de esclerosis múltiple.
- e) Neuritis óptica y Neuro mielitis óptica aisladas.

12.2 ENFERMEDAD DE MOTONEURONA

Se denomina Enfermedad de Motoneurona a la falta de estimulación apropiada de los músculos debido al deterioro progresivo de nervios y otras estructuras que participan en su movimiento.

La enfermedad de motoneurona comprende la Esclerosis Lateral Amiotrófica (la más frecuente), la Esclerosis Lateral Primaria, la parálisis Progresiva Pseudobulbar, la Amiotrofia Muscular Progresiva y la parálisis Bulbar Progresiva.

El diagnóstico definitivo lo realizará un neurólogo que debe dictaminar la incapacidad permanente por falta de movilidad y en base a los resultados del electromiograma, las imágenes de resonancia magnética y la analítica de sangre.

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 Particulares Específicas.
- d) Parálisis secundarias a otras enfermedades, como el cáncer (parálisis del síndrome paraneoplásico).
- e) Parálisis secundaria a virus (parálisis por síndrome post-polio).
- f) Parálisis de origen tóxico.
- g) Parálisis de origen físico (post radiación).

EDAD DE COBERTURA

CLÁUSULA 2

La edad de ingreso mínima para esta cobertura es de dieciocho (18) a sesenta y máxima cinco (65) años con permanencia hasta los sesenta y seis (66) años; cumplido los sesenta y siete (67) años, automáticamente cesa la garantía de esta prestación.

En el caso de trasplante la edad ingreso mínima es de dieciocho (18) a sesenta y máxima tres (63) años con permanencia hasta los sesenta y cuatro (64) años; cumplido los sesenta y cinco (65) años, automáticamente cesa la garantía sobre esta enfermedad.

PERIODO DE CARENCIA

CLÁUSULA 3

El 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 4

De la presente cobertura de anticipo por enfermedad grave, se excluyen las mencionadas en cada enfermedad y las causas mencionadas en la Cláusula 11 de las Condiciones Particulares Específicas.

AVISO DE SINIESTRO

CLÁUSULA 5

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales Comunes 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 de anticipo.

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 de anticipo y que guarden relación con el riesgo cubierto bajo ésta, hará caducar los derechos del 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 6

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.
- c) Particularidades de las diferentes dolencias:

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.

1. CIRUGIA VALVULAR

Tanto el diagnóstico de la valvulopatía, como la técnica quirúrgica elegida, debe ser realizado por un especialista y confirmado por pruebas cardiacas como Cateterismo, Ecocardiograma y Pruebas de Imagen.

2. ANGIOPLASTIA

La necesidad médica de realizar la cirugía debe ser confirmada por un especialista en cardiología o cirugía cardiaca, y confirmada por pruebas cardiacas como Cateterismo, Ecocardiograma y Pruebas de Imagen.

3. BYPASS

La necesidad médica de realizar la cirugía debe ser confirmada por un especialista en cardiología o cirugía cardiaca, y confirmada por pruebas cardiacas como Cateterismo, Ecocardiograma y Pruebas de Imagen.

4. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Se denomina Infarto Agudo de Miocardio a la necrosis o muerte 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)

5. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Será necesario que dichas secuelas neurológicas permanezcan estables durante un periodo mínimo entre tres (3) y seis (6) meses (dependiendo de los mercados).

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

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

6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

El diagnóstico debe ser realizado por el especialista y estar documentado por pruebas médicas y ser de tipo permanente.

7. TRASPLANTES

La necesidad de realización del trasplante debe ser confirmado por un médico especialista y basado en la confirmación objetiva mediante Analíticas y Pruebas de Imagen del deterioro de la función del órgano.

La necesidad de trasplante debe ponerse de manifiesto después del periodo de carencia y sin ninguna enfermedad ni manifestación previa a la contratación de la póliza.

8. CÁNCER

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

9. ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

9.1 SORDERA

El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista (otorrinolaringólogo) y basado en la confirmación mediante Audiometría. Debe atenderse a las condiciones expresadas en la definición.

9.2 PERDIDA DEL HABLA

El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista (otorrinolaringólogo). Debe atenderse a las condiciones expresadas en la definición.

9.3 CEGUERA

El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista (oftalmólogo) y basado en la confirmación mediante pruebas. Debe atenderse a las condiciones expresadas en la definición.

10. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer deber ser diagnosticada por un médico especialista en Neurología, el cuadro médico debe estar documentado durante un mínimo de tres (3) meses y la enfermedad debe haber alcanzado síntomas de demencia permanente con evidencia de hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo, TAC, resonancia nuclear magnética o PET de cerebro).

11. PARALISIS DE MIEMBROS

El diagnóstico debe ser realizado por un neurólogo y determinar que la pérdida del uso de los miembros es permanente. Se requiere evidencia documentada de la causa de la parálisis.

12. ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

12.1 ESCLEROSIS MÚLTIPLE

El diagnóstico de Esclerosis Múltiple debe ser realizado por un médico especialista (Neurólogo), confirmado mediante pruebas neurológicas (ej. Punción lumbar, RMN sistema nervioso central...) y debe existir deterioro clínico actual de la función motora o sensorial continuo durante al menos seis (6) meses.

12.2 ENFERMEDAD DE MOTONEURONA

El diagnóstico definitivo lo realizará un neurólogo que debe dictaminar la incapacidad permanente por falta de movilidad y en base a los resultados del electromiograma, las imágenes de resonancia magnética y la analítica de sangre.

El Asegurador queda facultada para solicitar a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, y el 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 de anticipo.

PAGO DE SINIESTRO

CLÁUSULA 7

Denunciado el siniestro, el Asegurador efectuará el pago de la indemnización inmediatamente de concluido el análisis de los antecedentes respectivos. El requerimiento de más pruebas por parte del Asegurador al Asegurado se rige por lo que establece el Art. 1589 del Código Civil.

REDUCCIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

CLÁUSULA 8

El pago de este beneficio adicional pondrá término a ésta, y reducirá el capital asegurado de la cobertura principal (muerte) establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza, quedando el remanente como suma asegurada para la cobertura principal (muerte) y por consiguiente para las coberturas complementarias que operan como anticipo de ésta del Asegurado. Una vez efectuado el pago del beneficio de esta cobertura de anticipo, el Asegurador NO ejecutará de manera inmediata la restitución de la suma asegurada de la cobertura principal.

Sin embargo, después de transcurrido un (1) año contado desde el pago del beneficio de esta cobertura y a criterio del Asegurador, se podrá analizar la posibilidad de restituir la suma asegurada de la cobertura principal consumida, sujeto al pago de un Premio adicional por dicha restitución y por la Prima médica adicional a ser determinada posterior a la suscripción médica.

TÉRMINO DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 9

Esta cobertura de anticipo por enfermedad grave extendida 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 Asegurado comience a percibir los beneficios de esta cobertura complementaria.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado supere la edad máxima de permanencia.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 10

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

COBERTURA COMPLEMENTARIA N° 5

BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (DOBLE INDEMNIZACIÓN)

Esta cobertura complementaria en caso de haber sido incluido en este seguro se regirá por las siguientes condiciones:

COBERTURA

CLÁUSULA 1

La Compañía conviene en pagar a los beneficiarios de esta póliza el capital adicional por muerte accidental pactado en la póliza, si el fallecimiento se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Para los efectos de este contrato, se entenderá como fallecimiento inmediato al que ocurra a más tardar dentro de los sesenta (60) días que siguen al accidente.

Definición de Accidente: Se entiende por accidente para los efectos de este seguro, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos que afecten en su organismo al Asegurado, tales como lesiones corporales determinadas por caídas, fracturas, heridas por armas de fuego, luxaciones, dilaceraciones, cortaduras, golpes, quemaduras de cualquier especie, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, las torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también optados septicémicos e infecciones, que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y que hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la inhabilidad o la muerte sobrevinientes sean efectos directos de esas mismas lesiones originadas por los accidentes.

No obstante, lo expresado en el párrafo anterior, la póliza cubre también las consecuencias que puedan resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

EXCLUSIONES

CLÁUSULA 2

No se efectuará el pago del beneficio adicional cuando:

- a) El accidente ocurriera en circunstancias que el Asegurado se encuentre gozando de un beneficio de invalidez o desmembramiento cubierto por esta póliza.
- b) El Asegurado haya cumplido los sesenta y siete (67) años.
- c) El fallecimiento se produzca a consecuencia de: duelo, suicidio, consciente o inconsciente, participación en maniobras o experimentos conocidamente peligrosos; por participación en un acto calificado como delito por la ley; culpa grave del Asegurado, inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza; servicio militar, voluntario u obligatorio, en fuerzas del mar, tierra o de aire de cualquier nación, bandera o partido, en tiempo de guerra o de insurrección, participación en actos de insurrección, cualquier servicio policiaco; operaciones o viajes submarinos o aeronáuticos; fenómenos sísmicos, enfermedades o dolencias corporales o mentales de cualquier naturaleza; asesinato o lesiones causados voluntariamente por terceros; participación en juntas deportivas conocidamente peligrosas tales como justas de equitación, carreras de automóviles, motocicletas, lanchas, automóbiles, yates ya sea de carácter profesional o aficionado; actividades de buceo incluyendo la denominada "hombre-rana", sea como profesional o aficionado.

No estará excluido de la indemnización adicional el fallecimiento del Asegurado en un accidente de avión de línea aérea regular en el cual viaje él como pasajero y no como tripulante.

CAPITAL ASEGURADO

CLÁUSULA 3

Se hará efectivo el pago por la cobertura principal más el monto estipulado para esta cobertura complementaria de Muerte Accidental en virtud de este adicional, y se producirá la terminación de la póliza.

VIGENCIA

CLÁUSULA 4

Este contrato complementario es parte integrante y accesorio de la póliza, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella la sea y esté vigente, quedando sin efecto por caducidad, liquidación o vencimiento de la póliza.

CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO Y DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA DENUNCIA

CLÁUSULA 5

Para tener derecho al beneficio de la presente cobertura complementaria, ocurrido el accidente del Asegurado, el Contratante deberá:

- a) Denunciar el hecho a la Aseguradora dentro de los quince (15) días de ocurrido el accidente.
- b) Presentar el formulario de denuncia proporcionado por la Aseguradora, con los datos que en él se indique (causas del accidente, la fecha, el lugar, la forma en que se produjo y las consecuencias de este)
- c) Informe médico en donde conste causa y naturaleza de las lesiones sufridas, sus consecuencias conocidas o presuntas, acompañado de las pruebas médicas que prueben el padecimiento de la/s lesiones (pruebas de imagen, etc.) con expresión de sus fechas.
- d) Parte policial o carpeta fiscal cuando la causa lo amerite.

La Compañía tendrá el derecho de hacer exhumar los restos del Asegurado en cualquier oportunidad para practicar la autopsia, y si uno de los beneficiarios se negara a permitirlo o retardara la autopsia en tal forma que ella sea inútil para el fin perseguido, perderán todos los derechos adicionales asegurados por este contrato.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 6

El Asegurador dejará de cubrir el riesgo de accidente previsto en el presente Seguro Complementario, el que quedará automáticamente nulo y sin ningún valor, en los siguientes casos:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal.
- b) Cuando la Póliza determinante del presente Seguro Complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago alguna prima o fracción de prima o hubiere vencido.
- c) Cuando el Asegurado a consecuencia de una incapacidad ya comprobada, tuviera derecho al Pago Anticipado del Capital Asegurado correspondiente o bien haber percibido indemnizaciones equivalentes al capital asegurado.
- d) Cuando el Asegurado cumpla los sesenta y siete (67) años.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 7

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

COBERTURA COMPLEMENTARIA N° 6

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

RIESGOS CUBIERTOS

CLÁUSULA 1

El Asegurador reembolsará al Asegurado, al Tomador, o a quien acredite haberse hecho cargo de los gastos cuyo reembolso se solicita o en su defecto a sus beneficiarios o herederos, los gastos médicos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente éste incurra a consecuencia de un accidente amparado por esta cláusula adicional, siempre que estos sean provenientes de: hospitalización e insumos utilizados; el uso de la unidad de tratamiento intensivo e intermedio; honorarios de profesionales médicos; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos terapéuticos y de diagnóstico; medicamentos; traslado de ambulancia.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad del Asegurador que los gastos médicos reclamados sean consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente cubierto por la póliza y siempre que ocurra durante la vigencia esta cobertura adicional.

El Asegurador cubrirá también los gastos médicos que puedan resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

El presente adicional obliga al Asegurador, por cada accidente, al reembolso de los gastos médicos incurridos sólo hasta la concurrencia del monto asegurado por concepto de esta cláusula complementaria, señalada en las Condiciones Particulares o Certificado Individual de la póliza.

EDAD DE COBERTURA

CLÁUSULA 2

La edad mínima de cobertura para este amparo es de dieciocho (18) y hasta la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares.

DEFINICIONES

CLÁUSULA 3

Para todos los efectos de este adicional se entiende por:

ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por agentes externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones internas o externas reveladas por los exámenes correspondientes.

GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: s el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de las lesiones; las características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel profesional de las personas encargadas de la atención.

EXCLUSIONES Y GASTOS NO CUBIERTOS

CLÁUSULA 4

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura y no cubre las lesiones del Asegurado que ocurran a consecuencia de los eventos mencionados en la Cláusula 11 de las Condiciones Particulares Específicas y siguiente, como así también los siguientes gastos mencionados:

- a) La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- b) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos por enfermedad.
- c) Tratamiento o atención médica a consecuencia de enfermedad.
- d) Atención dental en general cuando no fuera causa directa de un accidente.
- e) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa que provenga.
- f) La atención particular de enfermería.
- g) Hospitalización para fines de reposo.

RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

CLÁUSULA 5

El Asegurador cubrirá los accidentes que afecten al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en la cláusula N° 11, incisos l); m) y n) de las Condiciones Particulares Específicas, cuando estos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por el Asegurador de seguros con el pago de la extra-prima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTE ADICIONAL

CLÁUSULA 6

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales Comunes de la póliza principal, se deberá dar aviso por escrito al Asegurador de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de este.

Asimismo, deberá presentar al Asegurador 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 cláusula adicional o las Condiciones Generales Comunes de la póliza principal, hará perder los derechos del Asegurado, liberando al Asegurador de seguros del pago de la indemnización que habría correspondido bajo este adicional. Lo anterior no será aplicable cuando el Asegurado acredite fehacientemente la imposibilidad de haber dado cumplimiento a las obligaciones ya señaladas, por caso fortuito o fuerza mayor.

CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO Y DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA DENUNCIA

CLÁUSULA 7

Ocurrido algún accidente cubierto por esta cobertura adicional, será condición necesaria para proceder al reembolso de los gastos incurridos, que el Contratante presente las siguientes documentaciones al momento de la denuncia:

- a) El formulario de denuncia proporcionado por la Aseguradora, con los datos que en él se indique.
- b) Copia autenticada de las facturas y/o recibos por los gastos incurridos, los cuales deberán estar a nombre del Asegurado o el Contratante. En el momento de la denuncia se deberán presentar los comprobantes originales junto con las copias autenticadas, estas últimas quedarán en la Compañía.
- c) Programa médico en el que se prescriban las prestaciones, exámenes o insumos que originan dichos gastos.
- d) Estudios y/o Informe médicos que comprueben las lesiones sufridas.
- e) Parte policial o carpeta fiscal cuando la causa lo amerite.

Se hace constar que sólo podrá ser reembolsado los gastos en que efectivamente el Asegurado o Contratante haya incurrido.

TERMINACION DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 8

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Generales Comunes de la misma, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto esta cláusula adicional en los siguientes casos:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal.
- b) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez permanente, en caso de haber sido contratado.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y siete (67) años, salvo que se estipule expresamente otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza, ajustándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 9

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

COBERTURA ADICIONAL N° 7

GASTOS DE SEPELIO

COBERTURA

CLÁUSULA 1

El Asegurador otorgará el adicional de Gastos por Sepelio, hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares o Certificado Individual de la presente póliza, la cual será indemnizada en concepto de reembolso, cuando a consecuencia de una enfermedad o muerte natural o de un accidente cubierto por la póliza se produjera el fallecimiento del 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

EDAD DE COBERTURA

CLÁUSULA 2

La edad de ingreso para esta cobertura y permanencia es la misma que para la cobertura principal de fallecimiento.

AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTE ADICIONAL

CLÁUSULA 3

En concordancia con las Condiciones Generales Comunes de la póliza principal, se deberá dar aviso por escrito a la Compañía de Seguros de la ocurrencia del siniestro dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha de este.

El incumplimiento o presentación extemporánea hará perder los derechos del 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 4

Ocurrido el fallecimiento del 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 Aseguradora, 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 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (M.S.P. y Bs).
- d) Parte policial o carpeta fiscal cuando la causa de muerte 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 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 Asegurado en virtud de los que 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 al 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.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 5

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

COBERTURA ADICIONAL N° 8 INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

COBERTURA DE INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

CLÁUSULA 1

Si el Asegurado sufre antes de cumplir sesenta y siete (67) años de edad, un accidente de cuya consecuencia perdiera en forma permanente parcial algún miembro de su cuerpo, la Compañía pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares o Certificado Individual, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

PARCIAL	
A) CABEZA	%
Sordera total e incurable de los dos oídos	50
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40
Sordera total e incurable de un oído	15
Ablación de mandíbula inferior	50

B) MIEMBROS SUPERIORES	% Derecho	% Izquierdo
Pérdida total de un brazo	65	52
Pérdida total de una mano	60	48
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total)	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24
Anquilosis del hombro en posición funcional	25	20
Anquilosis del codo en posición no funcional	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15	12
Pérdida total del pulgar	18	14
Pérdida total del índice	14	11
Pérdida total del dedo medio	9	7
Pérdida total del anular o del meñique	8	6
C) MIEMBROS INFERIORES		%
Pérdida total de una pierna		55
Pérdida total de un pie		40
Fractura no consolidada de un muslo (Seudoartrosis total)		35
Fractura no consolidada de una pierna (Seudoartrosis total)		30
Fractura no consolidada de una rotula		30
Fractura no consolidada de un pie (Seudoartrosis total)		20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional		40
Anquilosis de la cadera en posición funcional		20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional		30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional		15
Anquilosis del empeine (Garganta del pie) en posición no funcional		15
Anquilosis del empeine (Garganta del pie) en posición funcional		8
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros		15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros		8
Pérdida total de un dedo gordo de un pie		8
Pérdida total de cualquier otro dedo del pie		4

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el setenta por ciento (70%) de la que corresponde por pérdida total de miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar, y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

En caso de pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del cien por ciento (100%) de la suma asegurada para la capacidad total permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al ochenta por ciento (80%) se considerará invalidez total y se abonará, por consiguiente, íntegramente la suma asegurada.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados ante de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y sin tomar en consideración la profesión del Asegurado.

En caso de constar en la solicitud propuesta que el Asegurado ha declarado ser zurdo se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

INDEMNIZACIÓN MÁXIMA

CLÁUSULA 2

El importe total de las indemnizaciones que el Asegurador se obliga a pagar, en caso de que el Asegurado sufriera varias lesiones, en uno o varios accidentes, no excederá el importe total de la suma asegurada de esta cobertura la cual es un anticipo de la cobertura de incapacidad parcial y permanente por accidente.

Si el accidente fuera la causa directa de la muerte del Asegurado, y ya se hubiera pagado indemnizaciones por el mismo accidente o por otros anteriores, el Asegurador abonará solamente el saldo hasta completar el capital máximo asegurado para la cobertura principal de Muerte.

Si el accidente fuera la causa directa de una invalidez parcial y permanente, se indemnizará una única vez por el capital asegurado máximo de dicha cobertura, por lo tanto, la presente cobertura no generará doble indemnización por invalidez accidental en ningún caso.

EDAD DE COBERTURA

CLÁUSULA 3

La edad de cobertura para este amparo es de dieciocho (18) a sesenta y cinco (65) años. El día en que Asegurado cumpla los sesenta y siete (67) años, automáticamente cesa la garantía de esta prestación.

CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO Y DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA DENUNCIA

CLÁUSULA 4

Diagnosticada la Incapacidad bajo los términos establecidos en las cláusulas de esta cobertura complementaria, el Contratante comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocer la incapacidad, para lo cual se deberá presentar las siguientes documentaciones:

El formulario de denuncia proporcionado por la Aseguradora, con los datos que en él se indique. Informe del médico en el que conste la Incapacidad, fecha del diagnóstico definitivo y el tiempo de evolución de la enfermedad, causas, si ha padecido con anterioridad alguna dolencia que guarda relación con la incapacidad 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. Parte policial y/o carpeta fiscal cuando la causa lo amerite.

En caso de ser aportante de alguno de los sistemas jubilatorios constituidos en la República del Paraguay, la resolución o documento que acredite el retiro laboral a consecuencia de la incapacidad total y permanente.

PLAZO DE PRUEBA

CLÁUSULA 5

El Asegurador dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las documentaciones presentadas en la Cláusula 4 no permitan concluir en cuanto al estado de incapacidad, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de ciento ochenta (180) días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

EVALUACIÓN POR PERITOS

CLÁUSULA 6

Si en la apreciación de la incapacidad del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por el Asegurador, ambos procederán de inmediato a nombrar a un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto. Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la apreciación de cualquier lesión del Asegurado, la misma será analizada por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días. Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

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

Hay que considerar que no se trata de un proceso arbitral, la decisión arribada por los médicos podrá ser recurrida por el Asegurado o el beneficiario ante el órgano jurisdiccional competente.

TÉRMINO DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 7

Esta cobertura de incapacidad 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 Asegurado haya percibido el cien por ciento (100%) de la suma asegurada de esta cobertura complementaria.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y siete (67) años de edad.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 8

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

COBERTURA ADICIONAL N° 9

USO DE MOTOCICLETAS

Queda entendido y convenido que, si ha contratado esta extensión de cobertura y contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares Específicas de la póliza y en virtud del premio adicional correspondiente, esta Compañía consiente en ampliar la cobertura para cubrir los riesgos de Muerte e Invalidez Total Permanente, por el uso de motocicletas o vehículos similares como medio de transporte habitual, excluyéndose cuando el mismo participe en competiciones profesionales y/o deportivas, no tenga la licencia que lo habilite para conducir motocicletas o que haya infringido la ley de tránsito y seguridad vial, hasta la suma máxima establecida en las Condiciones Particulares o Certificado Individual de la póliza. Cobertura hasta los 66 años.

COBERTURA ADICIONAL N° 10

COBERTURA EN VUELOS PRIVADOS

Mediante esta cláusula, como ajuste a las Condiciones Particulares Específicas, a las Condiciones Generales Comunes y al pago de la prima adicional, se deja constancia que esta Compañía amplía su responsabilidad para otorgar al o a los Asegurados debidamente señalados en las Condiciones Particulares de la presente póliza, la cobertura de Muerte o una Incapacidad Total permanente como consecuencia de un accidente de vuelos privados en los trayectos declarados y aceptados previamente a esta Compañía.

El límite de edad para tener el amparo de esta cobertura está sujeta a las establecidas por cada cobertura, dentro de las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual.

SE EXCLUYEN:

- La Doble Indemnización por Muerte Accidental.
- Incapacidad temporaria.
- Y las señaladas en las Condiciones de la presente póliza.

COBERTURA ADICIONAL N° 11

USO DE ARMAS DE FUEGO

Se hace constar que, mediante esta cláusula y de acuerdo con el pago de la prima adicional, esta Compañía otorga la cobertura de Muerte, o Incapacidad Total y Permanente o una Invalidez Permanente que el Asegurado sufriera a consecuencia del uso de armas de fuego, forzado por una situación de defensa o fuego cruzado, dando cumplimiento a su actividad laboral.

Esta condición de cobertura se aplica única y exclusivamente bajo las siguientes condiciones:

- a) Que el Asegurado tenga la licencia y/o habilitación para la portación de arma de fuego, la cual registrará por la ley de armas de la República del Paraguay, y los reglamentos que se dicten al respecto.
- b) Siempre que la actividad laboral del Asegurado sea guardia de seguridad, o sereno o guardaespaldas (aplican las disposiciones señaladas en: Sección I – De la Seguridad física o lógica; Sección II – Guardias de seguridad; Sección III – De los Guardaespaldas; Sección IV – De los Serenos. Estas secciones se citan bajo la ley N° 5424, que regula la prestación de servicios de vigilancia y seguridad de las personas y bienes patrimoniales en el ámbito de seguridad privada).
- c) La edad de cobertura se limita hasta antes de cumplir los sesenta y siete 67 años.
- d) Ámbito de cobertura: dentro de la República del Paraguay.
- e) Uso de chalecos antibala.
- f) Cuando el Asegurado esté debida y exclusivamente asignado en horario laboral. Fuera de ella se excluye esta cobertura.
- g) El Asegurado, como portador de arma de fuego y en concordancia a su actividad laboral, tiene la responsabilidad legal y moral de usarla solamente bajo las condiciones que establecen las leyes y por lo tanto, es su obligación conocer esos parámetros (ley 5424, que regula la prestación de servicios de vigilancia y seguridad de las personas y bienes patrimoniales en el ámbito de seguridad privada).
- h) Recuerde que el desconocimiento de la ley no lo exime de responsabilidad.
- i) El uso indebido o manipulación inapropiada del arma, deslinda a esta Compañía de toda responsabilidad que deba corresponderle al asegurado.
- j) Igualmente, se deja constancia que esta Compañía no asumirá la atención de ningún evento cuando el asegurado se hallare en estado de ebriedad, participe en riñas, forcejeos, duelos o amenazas.
- k) Se excluye la cobertura cuando se haya dado su participación en actos delictivos.
- l) Tampoco se otorgará cobertura por o para el ejercicio o práctica de caza.
- m) Aplican igualmente, los demás artículos citados en la ley 5424, que regula la prestación de servicios de vigilancia y seguridad de las personas y bienes patrimoniales en el ámbito de seguridad privada.

COBERTURA ADICIONAL N° 12

GASTOS DE SEPELIO POR FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE - CONCUBINO/A.

RIESGOS CUBIERTOS

CLÁUSULA 1

Mediante este seguro complementario, en caso de fallecimiento del cónyuge o concubino/a del Asegurado, ocurridos dentro de la vigencia de la Póliza, la Aseguradora abonará hasta la suma asegurada para esta cobertura establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual de la Póliza los gastos funerarios realizados por el Asegurado, conforme se establece en el presente seguro complementario.

Los gastos funerarios con cargo a la suma asegurada cubren: féretro, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que se considere más conveniente hasta el lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, hasta el monto máximo especificado en las Condiciones Particulares.

Asimismo, se hace constar que esta Aseguradora queda desligada de toda responsabilidad por los actos y servicios que efectúe la empresa funeraria o cualquier otra empresa o institución responsable de la gestión.

El modo de cobertura es base ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual).

REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO

CLÁUSULA 2

El monto que resarcir por gastos de sepelio por el fallecimiento del cónyuge o concubino/a, será otorgado a la persona Beneficiaria o no, que presente las facturas y/o boletas de venta que acrediten haber incurrido en tal gasto, en las cuales deben figurar nombre, domicilio y documento de identidad de la persona que realizó las erogaciones y los datos del cónyuge fallecido. Si existiere un remanente entre el monto asegurado y el monto efectivamente abonado luego de reembolsar los importes de las facturas y/o boletas de ventas presentadas, este saldo se deberá abonar al Asegurado titular de la póliza, o en su defecto al, o los Beneficiarios o Herederos.

Si en el plazo de treinta (30) días desde la fecha del deceso, no existiese reclamo alguno por este concepto, el monto del capital asegurado para esta cobertura se deberá abonar al Asegurado titular de la póliza, o en su defecto al, o los Beneficiarios o Herederos.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CLÁUSULA 3

El Asegurador dejará de cubrir el gasto de sepelio del cónyuge o concubino/a previsto en el presente Seguro Complementario, el que quedará automáticamente nulo y sin ningún valor, en los siguientes casos:

- a) Al caducar la Póliza.
- b) Cuando se produjera el fallecimiento del titular de la presente Póliza.
- c) Cuando exista una sentencia de Divorcio Vincular.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 14

Los aspectos no enunciados en el presente Seguro Complementario de Gastos de Sepelio por el Fallecimiento del del cónyuge o concubino/a se regirán por las estipulaciones contenidas en las Condiciones Particulares Específicas del Seguro de Accidentes Personales.

COBERTURA ADICIONAL N° 13

GASTO DE SEPELIO DE UNO DE LOS PADRES Y/O UNO DE LOS HIJOS

RIESGOS CUBIERTOS

CLÁUSULA 1

Mediante este seguro complementario, en caso de fallecimiento de uno de los padres y/o hijo/a menor de dieciocho (18) años del Asegurado, ocurridos dentro de la vigencia de la Póliza, la Aseguradora abonará hasta la suma asegurada para esta cobertura establecido en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de la Póliza los gastos funerarios realizados por el Asegurado, conforme se establece en las Condiciones Particulares.

Los gastos funerarios con cargo a la suma asegurada cubren: féretro, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que se considere más conveniente hasta el lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, hasta el monto máximo especificado en las Condiciones Particulares.

Asimismo, se hace constar que esta Aseguradora queda desligada de toda responsabilidad por los actos y servicios que efectúe la empresa funeraria o cualquier otra empresa o institución responsable de la gestión.

El modo de cobertura es base ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual).

REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO

CLÁUSULA 2

El monto que resarcir por gastos de sepelio por el fallecimiento del hijo/a menor de dieciocho (18) años, será otorgado a la persona Beneficiaria o no, que presente las facturas y/o boletas de venta que acrediten haber incurrido en tal gasto, en las cuales deben figurar nombre, domicilio y documento de identidad de la persona que realizó las erogaciones y los datos del hijo/a menor a dieciocho (18) años fallecido. Si existiere un remanente entre el monto asegurado y el monto efectivamente abonado luego de reembolsar los importes de las facturas y/o boletas presentadas, este saldo se deberá abonar al Asegurado titular de la póliza, o en su defecto al, o los Beneficiarios o Herederos.

Si en el plazo de treinta (30) días desde la fecha del deceso, no existiese reclamo alguno por este concepto, el monto del capital asegurado para esta cobertura se deberá abonar al Asegurado titular de la póliza, o en su defecto al, o los Beneficiarios o Herederos.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CLÁUSULA 3

El Asegurador dejará de cubrir el gasto de sepelio uno de los padres y/o hijo/a menor de dieciocho (18) años previsto en el presente Seguro Complementario, el que quedará automáticamente nulo y sin ningún valor, en los siguientes casos:

- a) Al caducar la Póliza.
- b) Cuando el hijo cumpliera los dieciocho (18) años.
- c) Cuando se produjera el fallecimiento del titular de la presente Póliza.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 4

Los aspectos no enunciados en el presente Seguro Complementario de Gastos de Sepelio de uno de los padres y/o hijo/a menor de dieciocho (18) años, se regirán por las estipulaciones contenidas en las Condiciones Particulares Específicas del Seguro de Accidentes Personales.

ENDOSO AMPLIACIÓN DE COBERTURA N° 1

A PERSONAS MAYORES DE 66 AÑOS

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares Específicas de esta Póliza y en virtud del recargo de prima correspondiente, el Asegurador consiente en ampliar la cobertura para cubrir los riesgos de muerte y/o la incapacidad para personas mayores de sesenta y seis (66) años hasta la suma máxima establecida en las Condiciones Particulares.

ENDOSO AMPLIACIÓN DE COBERTURA N° 2

NAVEGACIÓN AÉREA REALIZADA EN LÍNEAS NO SUJETAS A ITINERARIO FIJO

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares Específicas de esta Póliza y en virtud del recargo de prima correspondiente, el Asegurador consiente en ampliar la cobertura para cubrir los riesgos de muerte e invalidez permanente o parcial, para vuelos en líneas no sujetas a itinerario fijo, hasta la suma máxima establecida en las Condiciones Particulares.

ENDOSO AMPLIACIÓN DE COBERTURA N° 3 ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares Específicas de esta Póliza y en virtud del recargo de prima correspondiente, el Asegurador consiente en ampliar la cobertura para cubrir los riesgos de muerte e invalidez permanente o parcial, para las enfermedades preexistentes mencionadas en las Condiciones Particulares Específicas, hasta la suma máxima establecida en las Condiciones Particulares.

ENDOSO AMPLIACIÓN DE COBERTURA N° 4 DEPORTES, OCUPACIONES O PROFESIONES ESPECÍFICAS

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares Específicas de esta Póliza y en virtud del recargo de prima correspondiente, el Asegurador consiente en ampliar la cobertura para cubrir los riesgos de muerte e invalidez permanente o parcial, para los deportes, ocupaciones o profesiones mencionadas en las Condiciones Particulares Específicas, hasta la suma máxima establecida en las Condiciones Particulares.

CLAUSULA DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ASISTENCIA

Podrá operarse excepcionalmente como reembolso bajo expresa autorización de la Compañía, siempre que la imposibilidad de la prestación directa del proveedor del servicio se encuentre plenamente justificada por el Asegurado, Asegurador o Prestador.

En caso de solicitud de reembolso, el Asegurado deberá haber comunicado al Contact Center de la Compañía, por sí o por intermedio de tercera persona, el evento respecto del cual solicite el reembolso, en un plazo máximo no mayor a veinticuatro (24) horas de haber ocurrido la asistencia debiendo proporcionar la información sobre los servicios y costos asumidos.

Únicamente serán consideradas las solicitudes de reintegro cuyos comprobantes originales se presenten en las oficinas de la Compañía, cito en Avenida Mariscal Francisco Solano López e/ Gral. Aquino y Gral. Bruguez Nro. 930, en la ciudad de Asunción (o bien en los lugares del interior del país acordados previamente con el Operador del Contact Center) dentro de los treinta (30) días de la fecha de ocurrencia de los hechos. Pasado dicho plazo, cesará todo derecho del Asegurado para obtener reintegro alguno.

Los reintegros se efectuarán en guaraníes, de acuerdo con los comprobantes presentados, y de corresponder, se utilizará la cotización de la divisa correspondiente al día anterior de la fecha de emisión del cheque de pago con sujeción a las disposiciones cambiarias vigentes.

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.

- 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**



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

