

SECCION VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL ANUAL RENOVABLE

CONTINUACION DE LAS CONDICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES:

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

- **Asegurador:** MAPFRE PARAGUAY COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., entidad emisora de esta póliza, que en su condición de Asegurador, y mediante el cobro del Premio, asume la cobertura de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza.
- **Tomador del Seguro:** la persona física y/o jurídica, que celebra el contrato con el Asegurador y tiene a su cargo el pago del Premio.
- **Asegurado:** la persona física sobre cuya vida se estipula el seguro y que ostenta los derechos emergentes del presente contrato.
- **Beneficiario:** Persona o personas físicas y/o jurídicas a quien el Asegurado reconoce el derecho a percibir en la proporción que corresponda, la indemnización derivada de esta póliza en caso de fallecimiento del Asegurado.
- **Póliza:** Documento que contiene las Condiciones Generales Comunes, las Condiciones Particulares Específicas, las Condiciones Particulares y los endosos que se produzcan durante la vigencia del seguro.
- **Premio:** Precio del seguro que se fija en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

CLAUSULA DE MUERTE

Art. 1º - MUERTE:

Por el presente contrato, el Asegurador se obliga a pagar al o los Beneficiarios designados por el asegurado, dentro del plazo que establece el artículo 1591, parágrafo XII, del Código civil, la suma asegurada por fallecimiento del Asegurado, siempre que la póliza se encuentre en vigor y antes de que el mismo cumpliera la edad de 76 años, en los términos que se indican en estas Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Particulares de la presente póliza.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

Art. 2º - EDAD DE COBERTURA

La edad de suscripción (ingreso) es de 18 a 65 años. Permanencia para la cobertura de MUERTE será hasta los 75 años de edad, en caso de renovación ininterrumpida de la póliza.

Art. 3º - RIESGOS NO CUBIERTOS – PÉRDIDA DE DERECHOS A INDEMNIZACION

Quedan excluidos de las coberturas de esta póliza, los siniestros debidos a las siguientes causas:

- a) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear 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) Participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- d) La muerte del Asegurado causada deliberadamente por un acto ilícito del Beneficiario, perdiendo éste todo derecho sobre la indemnización.
- e) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, lock out, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- f) Suicidio, conforme a lo señalado en el artículo 1670, parágrafo I del Código Civil.
- g) Muerte del Asegurado deliberadamente provocada por un acto ilícito del Tomador del Seguro.
- h) Cuando el Asegurado se hallare en estado de ebriedad o se encuentre bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- i) Perturbación mental.
- j) Enfermedades mentales o corporales de cualquier naturaleza.
- k) 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).
- l) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- m) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- n) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- o) Los resultados de duelos, peleas o riñas, salvo casos de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.
- p) Por todo acto ilícito provocado por el Asegurado.
- q) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear y/o atómica.

CLAUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Art. 1º - BENEFICIO

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente se dé como consecuencia de enfermedad o accidente y no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y siete (67) años de edad.

En las denuncias de invalidez, el Asegurador procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el artículo 5º), de esta cláusula de Invalidez, siempre que sean razonablemente demostrativas del estado de invalidez total y permanente.

Sin perjuicio de otras causas, el Asegurador reconocerá como casos de invalidez total y permanente los siguientes:

- a. La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico;
- b. La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie, o de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie;

- c. La enajenación mental incurable;
- d. La parálisis general.

Art. 2º - EDAD DE COBERTURA

La edad de cobertura para este amparo es de 18 a 66 años. El día en que el asegurado cumpla los 67 años de edad, automáticamente cesa la garantía de esta prestación.

Art. 3º - INDEMNIZACION

El Asegurador, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado por muerte, la cual se establece en las Condiciones Particulares de la presente póliza y dentro del plazo estipulado.

Art. 4º - CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo de la suma asegurada que debiere liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el punto anterior, el Asegurador queda liberada de cualquier otra obligación ulterior.

Art. 5º - COMPROBACION DE LA INVALIDEZ

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a) denunciar la existencia de la invalidez;
- b) presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

Art. 6º - PLAZO DE PRUEBA

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 comprobaciones a que se refiere el punto 5º) no resultaran concluyentes en cuanto al estado total y permanente de la invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación, por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Art. 7º - VALUACION POR PERITOS

Si en la apreciación de la invalidez 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 médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho 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.

Art. 8º - TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de invalidez prevista en esta Cláusula, cesará, para cada certificado, en las siguientes circunstancias:

- a) al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa,
- b) a partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y siete (67) años de edad;

La caducidad de la Cláusula se hará efectiva a partir del primer vencimiento de prima de la póliza inmediata posterior, no correspondiendo, a partir de ese momento abonar extra prima alguna correspondiente a esta Cláusula.

Art. 9º - EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurador no pagará la indemnización cuando la invalidez del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:

- a. Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b. Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c. Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa;
- d. Por empresa, asociación o acto criminal;
- e. Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- f. Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes o alcaloides;
- g. Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- h. Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- i. Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- j. Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- k. Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- l. Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- m. De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV "Human Inmune Virus" (Virus Inmuno Deficiencia Humana);
- n. Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares y/o atómicas.

CLAUSULA DE ACCIDENTES

Art. 1º - FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

En caso de fallecimiento del asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurador conviene en pagar a los beneficiarios designados, un capital adicional por muerte

accidental establecido en las condiciones particulares, siempre que dicho accidente haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y antes de cumplir los 67 años de edad.

Se entiende por accidente, todo hecho provocado por la acción repentina y violenta de un agente externo que cause una lesión corporal al asegurado, independiente de su voluntad, y que pueda ser determinada por médicos de una manera cierta.

Además, se considerará como accidente, 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 las consecuencias de heridas externas e involuntarias y que hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

Art. 2º - EDAD DE COBERTURA

La edad de cobertura para este amparo es de 18 a 66 años. El día en que el asegurado cumpla los 67 años de edad, automáticamente cesa la garantía de esta prestación.

Art. 3º - DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE

Si el asegurado sufiere, antes de cumplir los sesenta y siete (67) años de edad, un accidente de cuya consecuencia perdiera en forma total y permanente algún miembro de su cuerpo, el Asegurador pagará el valor asegurado contratado para este amparo, de acuerdo con el porcentaje correspondiente a la pérdida sufrida, según se detalla a continuación:

Parálisis total e irre recuperable	100%
Enajenación mental irre recuperable	100%
Pérdida total e irre recuperable de la visión de ambos ojos	100%
Pérdida o inutilización de las manos o los pies o de una mano y un pie	100%
Pérdida o inutilización de una mano o un pie junto con la pérdida de la visión de un ojo	100%
Pérdida total e irre recuperable de la visión por un ojo	50%
Pérdida total e irre recuperable del habla	50%
Pérdida total e irre recuperable de la audición por ambos oídos	50%
Pérdida o inutilización de una mano o un pie	50%
Ablación o extirpación de la mandíbula inferior	30%
Pérdida total e irre recuperable de la audición por un oído	25%
Pérdida o inutilización de dos o más dedos de cualquiera de las manos	25%
Catarata traumática bilateral operada	20%
Pérdida de un pulmón o reducción al 50% de su capacidad	20%
Pérdida de un riñón	20%
Pérdida o inutilización del dedo pulgar de cualquier pie	10%
Catarata traumática operada	10%
Pérdida total e irre recuperable del olfato o del gusto	5%
Pérdida o inutilización de un dedo de cualquier mano	5%
Pérdida o inutilización de dos o más dedos de cualquiera de los pies	5%

Para efectos de esta condición, las pérdidas anteriores se definen así:

Manos: Amputación traumática o quirúrgica al nivel de la muñeca o por encima de ella.

Pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel del tobillo o por encima de él.

Dedos: Amputación traumática o quirúrgica por las articulaciones metacarpo falángicas o metatarso falángicas o por encima de ellas.

Ojos: Pérdida total e irrecuperable de la visión.

En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una sin exceder la suma asegurada individual contratada para este amparo.

Los eventos o lesiones que no aparecen en el anterior listado, no son objeto de cobertura.

Por la amputación de las falanges de los dedos, la indemnización correspondiente será la mitad de la asignada si se tratara del pulgar, y de la tercera parte por cada falange si se tratara de otro dedo.

No se considera en ningún caso y para ningún efecto la pérdida de los miembros a consecuencia de accidentes o enfermedades anteriores a la vigencia de la póliza.

La pérdida funcional total y absoluta de cualquier miembro, será considerada como pérdida efectiva del mismo.

Los beneficios de este artículo son incompatibles con el artículo 1º de la presente cláusula, y solo se pagarán si el asegurado sobrevive sesenta (60) días a la fecha del accidente.

Art. 4º - INDEMNIZACIÓN MÁXIMA

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 por el presente Seguro Complementario.

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.

Art. 5º - DENUNCIA DEL SINIESTRO Y COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

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

También deberá suministrar al Asegurador las pruebas necesarias para la comprobación de las causas del accidente, la forma en que se produjo y las consecuencias del mismo, reservándose el Asegurador el derecho y la oportunidad de hacer exhumar el cadáver y practicar la autopsia.

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

Art. 6º- TERMINACIÓN DE ESTA COBERTURA COMPLEMENTARIA

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. Cuando la Póliza determinante del presente Seguro Complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de alguna prima o fracción de prima o hubiere vencido.
- b. Cuando a solicitud del Asegurado se declara nulo el presente Seguro Complementario.
- c. Cuando el Asegurado a consecuencia de una incapacidad ya comprobada, tuviera derecho al Pago Anticipado de la suma asegurada correspondiente.
- d. Cuando el Asegurado cumpla los sesenta y siete (67) años de edad, salvo pacto en contrario.

Art. 7º - EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

El presente amparo no cubre el fallecimiento o lesiones corporales en los siguientes eventos:

- a. Suicidio o su tentativa o lesión intencionalmente causada por el asegurado a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.
- b. Prácticas y competencias deportivas de alto riesgo o extremos tales como buceo, alpinismo, escalamiento, espeleología, paracaidismo, planeadores, automovilismo, motociclismo, deportes de invierno, así como la práctica de cualquier deporte de manera profesional.
- c. Los accidentes causados por el asegurado como consecuencia de infracción de normas de carácter legal.
- d. Participación del asegurado en riñas.
- e. Culpa grave del asegurado, así como los derivados de actos delictivos.
- f. Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia, defecto o limitación física preexistente.
- g. Cuando el asegurado se encuentre en ejercicio de funciones de tipo militar, policivo o de seguridad y vigilancia pública o privada.
- h. Cuando el asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas embriagantes o de alucinógenos.
- i. Cuando el asegurado se encuentre en cualquier tipo de aeronave, salvo que viaje como pasajero en una aerolínea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- j. Homicidio o su tentativa, salvo el ocurrido en accidente de tránsito.
- k. Los accidentes sufridos durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x o choques eléctricos, salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado.
- l. Convulsiones de la naturaleza de cualquier clase; fisión, fusión nuclear o radiactividad.
- m. Actos de terrorismo o de guerra declarada o sin declarar.

CLAUSULA DE GASTOS POR SEPELIO

Bajo esta cláusula se hace constar que, en caso de fallecimiento del asegurado y confirmada la cobertura, esta Aseguradora indemnizará a los Beneficiarios designados, por los gastos incurridos por el servicio de Sepelio, cuyo monto máximo se establece en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

La edad de cobertura para este amparo es de 18 a 75 años, conforme a lo dispuesto en el Art. 2º de la cláusula por la cobertura principal de MUERTE.

CLAUSULA DE ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL

Art. 1º - COBERTURA

El Asegurador pagará al Asegurado un anticipo, cuyo monto se establece en las Condiciones Particulares 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. Edad máxima de cobertura: 66 años. Carencia: Noventa (90) días, a contar desde el inicio de vigencia de la póliza. El monto máximo de indemnización será de hasta el 30% de la suma asegurada de la cobertura por Muerte y no más de Gs. 190.000.000.

1. Infarto Cardíaco:

Definido como la muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de una llegada inadecuada de sangre al área relevante.

El diagnóstico se basará en los siguientes criterios:

- a) Historia del dolor torácico de presentación súbita y sugerente de infarto al miocardio.
- b) Cambios recientes y confirmatorios en el electrocardiograma.
- c) Elevación e enzimas cardíacas

2. Derrame cerebral:

Definido como cualquier accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas con una duración mayor a 24 Horas e incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia proveniente de una fuente extra craneal. Deberá presentarse evidencia de difícil neurológico permanente.

3. Cirugía de Bypass Aorto 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.

4. Cáncer:

Definido como una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión de tejidos.

El término cáncer también incluye la leucemia y el mal de Hodgkin.

Art. 2º - EDAD DE COBERTURA

La edad de cobertura para este amparo es de 18 a 66 años. El día en que el asegurado cumpla los 67 años de edad, automáticamente cesa la garantía de esta prestación.

Art. 3º - AVISO DE SINIESTRO

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

Art. 4º - REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

Constituye requisito para pago de un siniestro por parte del Asegurador:

- a) La entrega oportuna del Asegurado al Asegurador, del formulario proporcionado por éste, con la información que en él se indique.
- b) Contar con la certificación emitida por un médico, residente dentro de la República del Paraguay, un diagnóstico comprobado de la existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por la presente cobertura de anticipo.

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.

Art. 5º - PAGO DE SINIESTRO

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.

Art. 6º - TÉRMINO DE LA COBERTURA

Esta cobertura de anticipo por enfermedad terminal, es parte integrante y accesorio de la presente póliza y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la presente póliza, de modo que sólo 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 cláusula adicional de invalidez.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y siete (67) años de edad.

Art. 7º - REDUCCION DEL CAPITAL ASEGURADO

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) del Asegurado.

Una vez efectuado el pago del beneficio de esta cobertura de anticipo, el Asegurador NO ejecutará la restitución de la suma asegurada de la cobertura principal.

Art. 8º - EXCLUSIONES DEL ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL

De la presente cobertura de anticipo por enfermedad terminal, se excluyen las enfermedades o lesiones del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Alcoholismo o drogadicción.
- b) Cánceres a la piel, excepto melanomas malignos.
- c) Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, SIDA.
- d) Toda y cualquier otra enfermedad terminal que no esté explícitamente señalada en la presente póliza.

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.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional, las exclusiones establecidas en las Condiciones de la presente póliza.

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR TRASPLANTE DE ORGANOS

Art. 1º - COBERTURA

El Asegurador de acuerdo con las definiciones contenidas en la presente cláusula adicional, pagará por una (1) sola vez durante la vigencia de la misma e independientemente del número de trasplantes de órganos realizados, la suma asegurada que se estipule en las Condiciones Particulares, conforme a los siguientes requisitos:

1. Tendrá una carencia de cobertura de ciento ochenta (180) días antes de que se diagnostique la enfermedad cuyo tratamiento sea el trasplante y que éste se deba realizar indefectiblemente.
2. Que el Asegurado requiera médicamente el trasplante de órganos y así se indique en la historia clínica del mismo.
3. Que sea la primera vez que el Asegurado requiera de un trasplante de órganos.
4. Que el Asegurado sobreviva 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 definidos en el Art. 4 de la presente cláusula de anticipo por trasplante de órganos, en cuyo caso la indemnización se pagará de la siguiente manera:
 - 4.1. Al Asegurado, una vez se haya realizado el trasplante de órganos.
 - 4.2. A la clínica o centro médico asistencial, una vez sea sugerido o certificado el trasplante por el médico competente, para lo cual será indispensable la autorización escrita del Asegurado y que la clínica o centro médico asistencia cumpla con la definición contenida en el Art. 4) de la presente cláusula de anticipo por trasplante de órganos, asimismo con el cabal cumplimiento del trasplante.
 - 4.3. A los Beneficiarios designados por el Asegurado, en caso de que el Asegurado fallezca después de haberse practicado el trasplante indicado.
5. Que no sea aplicable alguna de las exclusiones de la presente cobertura de anticipo.

Art. 2º - EDAD DE COBERTURA

La edad de cobertura para este amparo es de 18 a 64 años. El día en que el asegurado cumpla los 65 años de edad, automáticamente cesa la garantía de esta prestación.

Art. 3º - LIMITACIONES

- a. Limitación temporal: los Beneficios estipulados en la presente cobertura de anticipo entrarán en vigencia después de que haya transcurrido ciento ochenta (180) días, contados a partir de iniciada la vigencia de la póliza.
- b. Edad: esta cobertura solo podrá asegurarse a personas en edades comprendidas desde los 18 años y hasta los 64 años. Cumplido los 65 años de edad, automáticamente el asegurado queda excluido de este amparo.
- c. Pago único: de hasta el 25% de la suma asegurada por la cobertura de Muerte y no más de Gs. 125.000.000. Después del pago por parte del Asegurador, de la totalidad de la Suma Asegurada para esta cobertura de anticipo, como consecuencia de cualquier reclamación amparada por el mismo, cesará toda obligación de pago por otros trasplantes para con el Asegurado y no se aceptarán renovaciones posteriores.
- d. Comprobación del siniestro: para comprobar el siniestro, el Asegurador solicitará 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.

Art. 4º - DEFINICIONES

1. Trasplante de órganos vitales: consiste en la colocación quirúrgica al Asegurado, de órganos de donantes humanos, por fallo total e irreversible de sus propios órganos. Para los fines de este seguro, se consideran órganos vitales: el corazón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas; exclusivamente.
El diagnóstico y la recomendación del trasplante deberán ser efectuados por médico con especialización en esta materia.
2. Accidente: es todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado, causado por objetos o elementos externos, que inmediata y visiblemente producen lesiones en el organismo del Asegurado.
3. Hospital o centro médico asistencia: es el establecimiento que:
 - 3.1. Posea licencia legal válida y reúna los requisitos legalmente exigidos como institución prestadora de salud.
 - 3.2. Se desempeñe exclusivamente en el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas.
 - 3.3. Tenga servicio médico disponible las 24Hs. con profesionales en la medicina legalmente titulados.
 - 3.4. Tenga servicio de enfermería durante las 24Hs. con, por lo menos, una enfermera titulada.
 - 3.5. Tenga facilidades organizadas para diagnóstico y cirugía.
 - 3.6. Que no sea casa de reposo, albergues, casa de convalecencia, casa de cuidado de ancianos o institución similar.

Art. 5º - SUMA ASEGURADA

Las sumas que el Asegurador pagará en concepto de las prestaciones que refiere esta cobertura de anticipo por trasplantes de órganos, serán las que se establecen en las Condiciones Particulares, y será una suma única.

Art. 6º - REDUCCION DEL CAPITAL ASEGURADO

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) del Asegurado.

Una vez efectuado el pago del beneficio de esta cobertura de anticipo, el Asegurador NO ejecutará la restitución de la suma asegurada de la cobertura principal.

Art. 7º - ESTIPULACIONES GENERALES

Aplicarán a esta cobertura de anticipo por trasplante de órganos, todas las Condiciones que expresan en la presente póliza, siempre que no sean contrarias a éstas. Todos los demás términos, condiciones o estipulaciones de la póliza y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.

Art. 8º - EXCLUSIONES DEL ANTICIPO POR TRASPLANTE DE ORGANOS

El Asegurador no efectuará pago alguno cuando el trasplante de órganos, tal como se define en el Art. 4) de la presente cláusula de anticipo, provenga de o sea consecuencia directa o indirecta de alguno de los siguientes eventos:

1. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), amotinamiento, guerra civil, o cualquiera de los sucesos o causas que determine la proclamación o mantenimiento de la ley marcial en los países que opera dicha norma o estado de sitio de conmoción interna por orden del Gobierno o autoridad y uso de cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fuerza radioactiva o química, ya sea en tiempo de paz o de guerra.
2. 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).
3. Drogadicción o intoxicación por drogas, veneno o licor.
4. Comienzo o diagnóstico de la enfermedad que da origen al trasplante de órganos con anterioridad al inicio de vigencia de la presente cobertura o dentro de la carencia establecida en el inciso 1. del Art. 1) de la presente cobertura de anticipo. Se consideran como condiciones preexistentes, cualquier enfermedad o lesión diagnosticada o sometida a tratamiento, cuidado médico o cirugía, con anterioridad a la fecha de iniciación de la presente cobertura de anticipo, así como enfermedades congénitas.
5. Lesiones intencionalmente infligidas a sí mismo, suicidio o cualquier intento de suicidio (esté o no el Asegurado en su sano juicio).
6. Cualquier incidente crítico de la salud, lesión o enfermedad, diferente al definido como trasplante de órganos vitales, de acuerdo al Art. 4) de la presente cobertura de anticipo.
7. 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.
8. 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.

9. Trasplantes que sean procedimientos de investigación y el trasplante de Islotes de Langerhans.
10. Trasplante de órganos diferentes a los indicados en el Art. 4) de la presente cobertura de anticipo.
11. 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).
12. A las personas que obren en calidad de donantes.

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE – COBERTURA ADICIONAL

Esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las Condicionales Generales de la póliza, se regirá por las estipulaciones siguientes:

Art. 1º - COBERTURA

El Asegurador reembolsará al asegurado, o a quien acredite haberse hecho cargo de los gastos cuyo reembolso se solicita o en su defecto a sus 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; honorarios de profesionales médicos; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos terapéuticos y de diagnóstico; derecho de pabellón, incluyendo los insumos utilizados dentro del pabellón y el uso de la unidad de tratamiento intensivo e intermedio.

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, siempre que ocurra durante la vigencia de la póliza y antes de cumplir los 67 años de edad.

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 adicional, señalada en las Condiciones Particulares de la póliza. Podrá pactarse un deducible por cada accidente, del que se dejará constancia en las Condiciones Particulares.

Se entiende por deducible en este caso, el monto de los gastos médicos cubiertos por este adicional que serán siempre de cargo del asegurado.

Art. 2º - EDAD DE COBERTURA

La edad de cobertura para este amparo es de 18 a 66 años. El día en que el asegurado cumpla los 67 años de edad, automáticamente cesa la garantía de esta prestación.

Art. 3º - ASEGURADOS

Se considerarán asegurados para efectos de esta cláusula adicional:

- a) La persona que tiene la calidad de asegurado para el seguro principal de la póliza en que está inserto este adicional.

Art. 4º - DEFINICIONES

Para todos los efectos de este adicional se entiende por:

- a) **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.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

- b) GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Es 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.

Art. 5º - GASTOS NO CUBIERTOS

No estarán cubiertos bajo este adicional, a menos que se deje expresamente estipulado lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza, los siguientes gastos:

- a) Remedios, medicamentos, órtesis y prótesis.
- b) La atención particular de enfermería.
- c) Los traslados del asegurado por una distancia mayor a 50 kilómetros.
- d) Hospitalización para fines de reposo.
- e) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa que provenga.
- f) La atención dental en general.

Art. 6º - RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

El Asegurador cubrirá los accidentes que afecten al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el artículo N° 4 letras c), d) y f) del presente adicional, 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.

Art. 7º - PRIMAS

La prima correspondiente a esta cláusula adicional se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.

La prima podrá ser ajustada anualmente de acuerdo a la tarifa vigente en cada aniversario de esta cláusula adicional.

En todo caso el Asegurador de seguros informará al contratante de esta modificación con una anticipación de sesenta (60) días, teniendo el derecho el contratante de aceptar la modificación o renunciar a este adicional, lo cual deberá informar en un plazo de treinta (30) días, si así no lo hiciere se entenderá que acepta la modificación de la prima de este adicional.

Art. 8º - TERMINACION DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales 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) Por transformación del seguro principal de la póliza en seguro saldado o en seguro prorrogado, cuando éstos derechos estén contemplados en el seguro principal.

- c) Cuando el asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez permanente, en caso de haber sido contratado.
- d) 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, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso, al reembolso de los gastos médicos generados por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima será devuelta al contratante de la póliza.

Art. 9º - INDISPUTABILIDAD

El presente adicional no queda amparado por la cláusula de indisputabilidad, en el evento que ésta se contemple en el seguro principal de la póliza.

Art. 10º - AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTE ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales 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 de la póliza principal, y que digan relación con el riesgo cubierto bajo este adicional, 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.

El asegurado, deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que el Asegurador de seguros solicite para efectos de determinar y verificar las lesiones originadas en el accidente. El costo de éstos será de cargo del Asegurador.

Art. 11º - INDEMNIZACION POR SINIESTRO

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados, como asimismo, el programa médico en el que se prescriban las prestaciones, exámenes o insumos que originan dichos gastos.

En caso que el asegurado tuviese derecho al ser asegurado del Instituto de Previsión Social, deberá hacer uso del mismo prioritariamente. En este evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales, si en vez de ellas se presentan documentos originales comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos en que efectivamente el asegurado haya incurrido.

Art. 11º - EXCLUSIONES DEL ADICIONAL DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura y no cubre las lesiones del asegurado que ocurran a consecuencia de:

- a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo, o aquellas provocadas por terceros con su consentimiento.

- b)** 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.
- c)** La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
- d)** 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.
- e)** Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de estupefacientes o alcaloides. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- f)** Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario (vuelo comercial),
- g)** Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL ANUAL RENOVABLE
CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS
DISPOSICIONES FUNDAMENTALES DEL CONTRATO**

Cláusula 1

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nro. 827/96 de la República del Paraguay y a las del presente contrato que la complementan o la modifican, cuando ello es admisible.

Forman parte integrante de este contrato los siguientes elementos:

- Condiciones Generales Comunes.
- Condiciones Particulares Específicas.
- Condiciones Particulares
- Solicitud del Seguro de Vida Individual.

En caso de discordancia entre ellos, el orden de prelación que se asigna a los citados elementos es el que sigue:

- 1º Endosos, según su fecha de emisión, predominando los últimos sobre los primeros.
- 2º Condiciones Particulares.
- 3º Condiciones Particulares Específicas, predominando las de la Cobertura Principal sobre las de las Coberturas Adicionales.
- 4º Condiciones Generales Comunes.
- 5º Solicitud del Seguro de Vida Individual.

OBJETO DEL SEGURO

Cláusula 3

Por el presente contrato, el Asegurador se obliga a pagar al o los Beneficiarios designados por el Asegurado, dentro del plazo que establece el artículo 1591, parágrafo XII, de la Ley de Seguros, la suma asegurada por fallecimiento del Asegurado, en los términos que se indican en estas Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Particulares de la presente póliza.

PRESTACIONES GARANTIZADAS

Cláusula 4

Se detalla a continuación las prestaciones garantizadas por la presente póliza y por las que el Asegurador se obliga a pagar al o los Beneficiarios, o al Asegurado (el anticipo o el adicional):

- Muerte (cobertura principal)
- Invalidez total y permanente, como consecuencia de una enfermedad o un accidente (cobertura complementaria)
- Como opcionales los Anticipos por enfermedades graves y/o por trasplante de órganos.
- Adicional (opcionales): Gastos médicos por efecto de accidentes cubiertos por la presente póliza y el adicional de Gastos por Sepelio.

RIESGOS NO CUBIERTOS – PÉRDIDA DE DERECHOS A INDEMNIZACION

Cláusula 5

Quedan excluidos de las coberturas de esta póliza, los siniestros debidos a las siguientes causas:

- a. Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear 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. Participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- d. La muerte del Asegurado causada deliberadamente por un acto ilícito del Beneficiario, perdiendo éste todo derecho sobre la indemnización.
- e. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, lock out, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- f. Suicidio, conforme a lo señalado en el artículo 1670, parágrafo I del Código Civil.
- g. Muerte del Asegurado deliberadamente provocada por un acto ilícito del Tomador del Seguro.
- h. Cuando el Asegurado se hallare en estado de ebriedad o se encuentre bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- i. Perturbación mental.
- j. Enfermedades mentales o corporales de cualquier naturaleza.
- k. 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).
- l. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- m. Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- n. Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- o. Los resultados de duelos, peleas o riñas, salvo casos de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.
- p. Por todo acto ilícito provocado por el Asegurado.
- q. Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear y/o atómica.

BASES DEL CONTRATO

Cláusula 6

La presente póliza se emite en base a las declaraciones del Asegurado y/o Tomador del Seguro en su Solicitud, declaraciones sobre la salud y profesión del Asegurado, exámenes médicos cuando los hubiere, cuestionarios y cualquier otro requerimiento exigido, todo ello en formularios suministrados por el Asegurador, que por los cuales ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo del Premio correspondiente.

Dichas manifestaciones y declaraciones se entienden dadas y completadas por el Tomador y/o Asegurado, mediando su/s firma/s en los formularios respectivos, aun cuando estos no fueran escritos de puño y letra del Tomador y/o Asegurado.

En caso de comprobarse que las declaraciones suscritas son falsas o de comprobarse reticencia de circunstancias conocidas, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiera impedido el

contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiera conocido el verdadero estado del riesgo, generaría la anulación del contrato o su reajuste según lo dispuesto en los artículos 1549, 1551 y 1552 del Código Civil.

El Tomador y/o Asegurado quedan obligados a comunicar al Asegurador cualquier modificación en la profesión o actividad del Asegurado que agraven el riesgo, conforme el régimen previsto en el artículo 1580, parágrafo X, del Código Civil.

PERSONAS ASEGURABLES - EDAD DE SUSCRIPCION E INGRESO AL SEGURO

Cláusula 7

A los efectos de este Seguro, se considerarán asegurables a todas las Personas físicas a partir de los diez y ocho (18) años de edad hasta los sesenta y cinco (65) años de edad.

Salvo pacto en contrario, se establece la edad de suscripción para ingresar al seguro a toda persona asegurable, a partir de los diez y ocho (18) y menores de sesenta y cinco (65) años de edad. La edad del Asegurado deberá constar en la respectiva Solicitud del Seguro de Vida Individual.

La edad del Asegurado deberá ser comprobada en cualquier momento con la documentación correspondiente; dicha comprobación será imprescindible para efectuar el pago de la suma asegurada.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Cláusula 8

De conformidad con el Artículo 1663 del Código Civil no pueden asegurarse en el riesgo de muerte los interdictos y los menores de catorce (14) años de edad. Tampoco son asegurables por esta Póliza los menores de diez y ocho (18) años de edad ni las personas de más de sesenta y cinco (65) años.

VIGENCIA DEL CONTRATO

Cláusula 9

Salvo pacto en contrario, éste seguro entrará en vigor, con la entrega de la póliza al Asegurado y previo pago de la prima inicial correspondiente, desde las 12Hs. de la fecha en que se indica en las Condiciones Particulares, y caducará automáticamente sin necesidad de comunicación expresa al respecto, a las 12Hs. del día de su vencimiento, si no fuere previamente renovada.

La duración máxima de la póliza será de (12) doce meses y podrá ser renovada automáticamente por la misma duración de manera consecutiva si mediare autorización del Asegurado al tomar el seguro.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Cláusula 10

Este contrato es renovable anualmente a partir de la fecha indicada en las Condiciones Particulares; el Asegurado podrá optar por la renovación automática al tomar el seguro.

En caso de que el Asegurado opte por la Renovación Automática, el seguro se renovará anualmente de manera consecutiva hasta que el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia en el seguro, la cual se establece en 75 años, salvo pacto en contrario.

En cada renovación cualquiera fuere la modalidad, se aplicarán las primas en vigor del Asegurador, en dicha fecha, de acuerdo a la edad alcanzada por el Asegurado.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Cláusula 11

Son causas de terminación del Contrato:

- a. El vencimiento de la Póliza, producida automáticamente en la fecha mencionada en las Condiciones Particulares de la misma, si no fuere previamente renovada.
- b. Cuando el Asegurado se encontrare en mora por más de treinta (30) días en el pago de la prima única, o de las cuotas pactadas en las Condiciones Particulares de la Póliza. Dicha circunstancia será comunicada al Asegurado (Finalización del plazo de gracia).

EXTRAVÍO, ROBO, HURTO O DESTRUCCION DE LA POLIZA

Cláusula 12

En caso de extravío, robo, hurto o destrucción de la póliza, el Tomador y/o Asegurado lo comunicará por cualquier medio de comunicación fehaciente al Asegurador, que, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado de la misma. Una vez emitido el duplicado el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas.

RESULTANTE DEL PREMIO

Cláusula 13

El premio será el que resulte de multiplicar la tasa por la suma asegurada correspondiente. Dentro del premio se incluyen los gastos e impuestos.

En cada renovación se calculará la tasa, según la edad alcanzada y ésta será la aplicada. A ésta tasa se le sumarán los recargos correspondientes por la cobertura de los Seguros Complementarios ya sea de: Incapacidad Total y Permanente; Doble Indemnización con desmembramiento; Anticipo del capital por enfermedad terminal y/o Trasplante de órganos, Gastos médicos por accidente y otros si hubiera.

PAGO DEL PREMIO

Cláusula 14

El seguro se estipula mediante el pago del Premio único, o de Premios periódicos exigibles por anualidades anticipadas, junto con los recargos e impuestos legalmente exigibles, en sus correspondientes vencimientos.

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.

Para el pago de cada Premio periódico, con excepción del primero, se concede un plazo de gracia de 30 días a contar desde el día siguiente a la fecha de su vencimiento.

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 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 días de notificada la opción de rescindir.

En todos los casos en que el Asegurado recibe indemnización por el daño o la pérdida deberá pagar el premio íntegro.

DERECHO EN CASO DE SERVICIO MILITAR

Cláusula 15

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.

INCONTESTABILIDAD

Cláusula 16

Transcurridos 3 años desde la celebración del contrato, el Asegurador no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa; artículo 1665, parágrafo I, del Código Civil.

La denuncia inexacta de la edad del Asegurado no queda comprendido dentro de esta cláusula de incontestabilidad, quedando a lo dispuesto en la Cláusula 17 de estas Condiciones Particulares Específicas.

DENUNCIA INEXACTA DE LA EDAD

Cláusula 17

La edad para el seguro es la edad al cumpleaños más próximo a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá rescindir el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigencia del contrato excede de los límites establecidos por aquella según sus prácticas comerciales para asumir el riesgo; artículo 1666, parágrafo I, del Código Civil.

- Edad mayor: Cuando la edad real sea mayor que la denunciada, el capital asegurado se reducirá conforme con aquella y el Premio pagado.
- Edad menor: Cuando la edad real sea menor que la denunciada, el Asegurador restituirá la reserva matemática constituida, si hubiera, con el excedente de Premio pagado y reajustará los Premios futuros.

CONTRATO INTRANSFERIBLE

Cláusula 18

La presente Póliza es un contrato intransferible, por tanto cualquier cesión se considerará nula y sin ningún valor.

DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Cláusula 19

a) Designación: La designación de beneficiario/os se hará por escrito sin formalidad determinada. Es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto; artículo 1681, parágrafo II, del Código Civil.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales, según establece el artículo 1680, parágrafo II del Código Civil.

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, según el artículo 1680, parágrafo II del Código Civil.

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.

b) Cambio: El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario o beneficiarios, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario por parte del Asegurado surtirá efecto si éste dirige a la oficina del Asegurador la comunicación respectiva, con la cual se procederá al registro de dicha modificación que constará en un endoso de la póliza madre.

Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que corresponden a la orden conjunta de los beneficiarios declarados 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 la suma asegurada 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 20

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.

INTERVENCIÓN DEL ASEGURADOR

Cláusula 21

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

El Asegurador podrá exigir, en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados. 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 Asegurado será responsable por la diferencia que resulte.

LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO

Cláusula 22

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador efectuará el pago que corresponda conforme lo establecido en el Capítulo 3 de las Condiciones Generales Comunes y Artículo 1591 del Código Civil.

Asimismo, el Tomador y/o el Beneficiario, le 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.

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.

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 (Artículo 63 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.

NOTIFICACIONES

Cláusula 23

Todo lo relativo a modificaciones de ésta Póliza será tratado con el Asegurado; el mismo está obligado a dar aviso de inmediato al Asegurador de cualquier modificación.

Exceptuando las limitaciones en caso de que la designación sea a título oneroso; artículo 1678 del Código Civil.

Asimismo el o los beneficiarios deberán notificar al Asegurador del siniestro sufrido por el Asegurado si éste no lo pudiera realizar por cuenta propia, acorde a lo establecido en la Cláusula 2 de las Condiciones Generales Comunes y el artículo 1589 del Código Civil.

Todas las comunicaciones y notificaciones que el Asegurador deba hacer al Asegurado se considerarán válidas y completas cuando las remita al domicilio declarado y éste las reciba.

SECCION VIDA
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL ANUAL RENOVABLE
CONDICIONES GENERALES COMUNES

Cláusula 1 – LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

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

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

En caso de discordancia entre las Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares, predominarán éstas sobre las otras, y las Particulares Específicas sobre las Generales Comunes.

Cláusula 2 – DENUNCIA DE SINIESTRO

El asegurado o el beneficiario, comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia; artículos 1589 y 1590 del 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, y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin; artículo 1589 del Código Civil.

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

Cláusula 3 – VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR

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; artículo 1591 del Código Civil.

Cláusula 4 – RETICENCIAS Y FALSA DECLARACIONES

Si se alega la reticencia no dolosa el contrato es anulable y el Asegurador dispondrá de tres meses para impugnarlo. El Asegurador restituirá la prima percibida con deducción de los gastos o reajustarlo con conformidad del Asegurado. El reajuste puede ser impuesto al Asegurador cuando la nulidad sea perjudicial para el asegurado, si el contrato fuere reajutable; artículo 1550 del Código Civil.

Si el asegurado fuese de buena fe y la reticencia se alegare dentro de los tres meses después de ocurrido el siniestro, la prestación debida se reducirá si el contrato fuese reajutable; artículo 1551 del Código Civil.

Si la reticencia fuere dolosa o de mala fe el contrato es nulo, el Asegurador tiene derecho a las primas de los periodos transcurridos y del periodo en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración; artículo 1552 del Código Civil.

Transcurridos tres años desde la celebración del contrato, el Asegurador no puede invocar reticencia, excepto que ésta sea dolosa; artículo 1665 del Código Civil.

Denuncia inexacta de la edad: solo autoriza la rescisión del contrato cuando la verdadera edad exceda los límites establecidos por el Asegurador para asumir el riesgo. Cuando la edad real sea mayor que la edad declarada, la suma asegurada se reducirá conforme a aquella y a la prima pagada.

Cláusula 5 – RESCISIÓN UNILATERAL

Cuando el Asegurador rescindiera el presente contrato expresando causa, dará un preaviso no menor de quince (15) días y reembolsará la prima proporcional por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo. (Artículo 1562 del Código Civil).

El Asegurado puede rescindir el contrato sin limitación alguna después del primer periodo de seguro. (Artículo 1669 del Código Civil).

Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Cláusula 6 – PAGO DE LA PRIMA

La prima se debe desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra la entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisional de cobertura. (Artículo 1573 Código Civil).

Si el pago de la primera prima, o de la única prima, no se efectuare oportunamente, el asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago.

En todos los casos en que el asegurado recibe indemnización por el daño o la pérdida deberá pagar la prima íntegra. (Artículo 1574 Código Civil). El contrato se juzgará rescindido si no se paga la prima en los términos convenidos. (Artículo 1669 Código Civil).

Cláusula 7 – FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

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 su prórrogas y aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. (Artículo 1595 Código Civil).

El representante o agente designado por el Asegurador para actuar en su nombre, se regirán por las reglas del mandato. (Artículo 1596 Código Civil).

Cláusula 8 – AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado está obligado a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Artículo 1580 Código Civil). Se deberá denunciar la agravación del riesgo que obedezca a motivos específicamente previstos en el contrato. (Artículo 1667 Código Civil).

Los cambios de profesión o de actividad del asegurado autorizan la rescisión cuando agravan el riesgo de modo tal que, de existir a la celebración este riesgo agravado, el asegurador no habría concluido el contrato.

Si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración el asegurador hubiere concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. (Artículo 1668 Código Civil).

Cláusula 9 – CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado, conforme al artículo 1579 del Código Civil 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 siguiente régimen:

- a) Si la carga u obligación debe cumplirse antes del siniestro, el asegurador deberá alegar la caducidad dentro del mes de conocido el incumplimiento. Cuando el siniestro ocurre antes de que el Asegurador alegue la caducidad, solo se deberá la prestación si el cumplimiento no influyó en el acaecimiento del siniestro, o en la extensión de la obligación del Asegurador; y
- b) Si la carga u obligación debe ejecutarse después del siniestro, el Asegurador se libera por el incumplimiento si el mismo influyó en la extensión de la obligación asumida.

En caso de caducidad corresponde al Asegurador el premio por el periodo en curso al tiempo en que conoció el incumplimiento de la obligación o carga.

Cláusula 10 – VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

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

El Asegurador tiene derecho a hacer toda clase de investigación, solicitar información o cualquier otra documentación relevante para evaluar las causas del siniestro a fin de establecer la indemnización correspondiente o su eximición de responsabilidad.

Cláusula 11 – GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

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 Asegurado (Artículo 1614 Código Civil).

Cláusula 12 – REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO

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

Cláusula 13 – MORA AUTOMÁTICA

Toda denuncia y declaración impuesta por esta póliza o por el Código Civil debe realizarse en el plazo fijado para el efecto. Las partes entran en mora por el mero vencimiento de los plazos establecidos (Artículo 1559 Código Civil).

Cláusula 14 – PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación sea exigible. Cuando la prima deba pagarse en cuotas, la prescripción corre desde el vencimiento de la última cuota. Si la póliza ha sido entregada sin el pago de la prima, la prescripción corre desde que el asegurador intimo el pago.

Para el beneficiario del seguro de vida corre desde que haya conocido la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el acaecimiento del siniestro (Artículo 666 Código Civil).

Cláusula 15 – DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

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

CLÁUSULA 16 – CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Cláusula 17 – PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la Póliza.

>>> *** <<<