4 (cuatro)

Denominación del Plan: Seguro de Amortización de Deudas de Prestamos por Desempleo Involuntario y/o Hospitalización

Descripción del plan	pág. 1
Modelo de Póliza	pág. 9
Certificado Individual	pág.25
Propuesta	pág.31
Solicitud Individual de incorporación al Seguro	pág.34
Planilla de declaración de Asegurados	pág.36
Formulario de declaración de Salud	pág.37
Nota Técnica	pág.40

El presente plan consta de 44 páginas

SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y/O HOSPITALIZACIÓN

DESCRIPCION DEL PLAN DE SEGURO

a) Objetivo del Plan

El objetivo del presente Plan es indemnizar al Tomador/ Entidad Financiera de la Póliza por las pérdidas económicas que le pudiera generar la falta de pago de las cuotas del préstamo otorgado al Asegurado por su situación de desempleo involuntario y/o hospitalización.

b) **Definición de los riesgos que serán cubiertos**

A fin de establecer con mayor claridad los riesgos que serán cubiertos bajo el presente plan, seguidamente se citan "**definiciones**" al solo efecto ilustrativo, pues en el presente apartado, no se otorgan ni se reconocen coberturas.

- **Desempleo Involuntario del Asegurado**:
  Es el estado o situación del asegurado que, habiendo tenido una antigüedad mínima de 180 días corridos contratados por su empleador, sin interrupción, haya quedado sin empleo en relación de dependencia por causas ajenas a su voluntad o responsabilidad y que no haya sido nuevamente empleado, dejando de pagar su deuda con el Tomador/Entidad Financiera de la Póliza por dicho motivo.

  En este caso la Aseguradora pagará al Tomador/Entidad Financiera, como indemnización, el importe de las cuotas mensuales de préstamos impagos con fechas de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha de la confirmación de la situación de Desempleo Involuntario del Asegurado. El pago será mensual mientras el Asegurado continúe Desempleado y hasta la cantidad máxima de cuotas mensuales establecidas en las Condiciones Particulares y los Certificados Individuales. No serán reembolsados los pagos realizados por el Asegurado en forma posterior a la fecha de su Desempleo Involuntario.

- **Hospitalización**: Es la internación en centro asistencial del Asegurado, por indicación del médico tratante, a causas de enfermedad o accidente en centro médico público o privado durante un periodo mínimo de días estipulado en las Condiciones Particulares y los Certificados Individuales, para su examen, diagnóstico, tratamiento y/o curación y que no pueda realizar actividad laboral de dependencia por prescripción médica durante dicho periodo.

  En caso de Hospitalización, la Aseguradora abonará al Tomador/Entidad Financiera las cuotas de préstamos impagas, con fechas de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha de internación del Asegurado, en forma directamente proporcional a la cantidad de días de internación del mismo y

Abogado
Mat. N° 3519

hasta la cantidad de cuotas de préstamos o su equivalente en días establecidos en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales.

Bajo este modelo de póliza, se entiende por:

- **Cuota de Préstamo**: importe de cuota de amortización mensual de un préstamo otorgado por Tomador/Entidad Financiera de la póliza.
- **Cuenta:** Cuenta principal de la deuda emitida a nombre del Asegurado.
- **Suma Asegurada**: Es la responsabilidad máxima de la compañía ante cada asegurado. Es la suma de las cuotas mensuales cubiertas en los riesgos de Desempleo Involuntario y/o Hospitalización.
- **Suma Asegurada Global**: Es la responsabilidad máxima de la compañía ante el Tomador/Entidad Financiera de la póliza. Es la sumatoria de las sumas aseguradas del grupo de asegurados declarados para el amparo de la póliza.

c) **Definiciones de las partes que suscribirán el contrato**

La relación contractual se realiza entre la Compañía Aseguradora (Asegurador), el Tomador/Entidad Financiera y el Asegurado. A fin de establecer con mayor claridad dicho vinculo, seguidamente se citan "**definiciones**":

- **Asegurador.** Es la compañía aseguradora que emite la póliza madre y el Certificado Individual al Tomador y al Asegurado, y asume el riesgo de las coberturas amparadas en la póliza.
- **Tomador/Entidad Financiera:** Es la persona jurídica que contrata el seguro con el Asegurador.
- **Asegurado:** Cliente persona física, titular de la deuda cuyo acreedor es la entidad Tomadora/ Entidad Financiera de la póliza.
- **Beneficiario:** Es el Tomador o Entidad Financiera

d) **Duración normal de la cobertura y procedimientos para las anulaciones anticipadas**

El **plazo de vigencia** normal de este seguro es de un año, pudiendo, no obstante, contratarse por un período distinto al mismo. No obstante, cualquiera de las partes podrá rescindir las coberturas en forma anticipada de conformidad a lo que se establece en la Cláusula 4) de la Condiciones Generales de la póliza.

En el caso de que la anulación arroje saldo a favor del Asegurado, el Asegurador devolverá dicho monto en un plazo no mayor a 30 días. Si la anulación arroja saldo a favor del Asegurador, el Asegurado deberá abonar el saldo contra entrega del documento de anulación.

Todas las notificaciones entre Asegurador, Tomador/Entidad Financiera y Asegurado de la póliza se dirigirán a los respectivos domicilios consignados en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificados Individuales o a los que posteriormente se declaren.

e) **Elementos a disposición del Tomador/Entidad Financiera y/o Asegurado para la verificación de los saldos de anulaciones anticipadas**

El Asegurador pondrá a disposición del Tomador/Entidad Financiera y/o Asegurado el detalle del cálculo de las primas no ganadas, el cual se calculará aplicando la regla proporcional por el plazo no corrido. Esta regla se aplicará en forma indistinta, para casos de rescisión por parte del Tomador/Entidad Financiera, Asegurado o Asegurador. La metodología de cálculo estará en la dirección electrónica https:// meridional.com.py.

f) **Partes componentes del modelo de póliza**

El modelo de póliza está compuesto por la propuesta firmada por el Tomador/Entidad Financiera, la solicitud individual de incorporación al seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Específicas, las Condiciones Particulares y los Certificados Individuales.

El Asegurador emitirá al Tomador/Entidad Financiera, una póliza madre (forma colectiva), con vigencia anual, y emitirá un certificado individual para cada asegurado.

El Tomador o Entidad Financiera por su parte, proveerá al Asegurador, las solicitudes individuales de incorporación de cada asegurado y una planilla con el siguiente detalle:

Nº Contrato de Préstamo	Asegurado	Nº Documento	Capital	Plazo

Las partes componentes del modelo de póliza se utilizan en forma complementaria.

g) **Elementos que se prevén establecer en contratos subyacentes**

El Plan de Seguro no contempla la prestación de servicios adicionales al Asegurado mediante contratos subyacentes. No obstante, en caso de que en el futuro se cuente con servicios adicionales, éstas serán remitidas en su oportunidad a la Autoridad de Control para su registro correspondiente.

h) **Elementos de Tecnología de la Información que serán utilizados**

A los efectos de la comercialización de este plan de seguro, el Asegurador podrá optar por la emisión de la póliza en su forma convencional de impresión física o a través de la emisión de pólizas en formato electrónico. De recurrirse a esta segunda modalidad de emisión, el Asegurador cumplirá con las exigencias reglamentarias establecidas para dicho efecto.

Nuestra página Web fue rediseñada convenientemente para almacenar y publicar el texto in extenso del contrato de adhesión debidamente identificado por el código de inscripción en los registros de la Superintendencia de Seguros, estando libre y sin restricciones a disposición del público en general en la siguiente dirección electrónica: https://meridional.com.py

i) **Indicación referencial de las cláusulas o encabezados del modelo de póliza**

i.1. MODELO DE PÓLIZA (art. 9° de la Resolución SS.SG.N° 215/17)

i.1.1) Los riesgos cubiertos:
- **Condiciones Particulares (pág. 9)**
- **Cláusula 2 de las Condiciones Específicas.**

i.1.2) Medida de la prestación: Primer riesgo absoluto
- **Condiciones Particulares, pág. 10)**

i.1.3) Modos de coberturas:
- Base ocurrencia **(Condiciones Particulares, pág. 10)**

i.1.4) Formas de coparticipación del asegurado
- Periodo de espera y Carencia: **Condiciones Particulares, pág 10**

i.1.5) Las personas, los riesgos o los bienes no susceptibles de indemnización (exclusiones).
- **Cláusula 11) de las Condiciones Específicas.**

i.1.6) Las obligaciones del Asegurador y del Asegurado, del Tomador/Entidad Financiera.
- **Cláusulas 3), 7) y 10) de las Condiciones Específicas.**

i.1.7) El momento en que se acuerda la configuración del siniestro, así como los procedimientos a seguir.
- **Cláusulas 10) de las Condiciones Específicas.**

i.1.8) Determinación explícita de toda la documentación necesaria para la pronunciación en el momento del reclamo.
- **Cláusulas 10) de las Condiciones Específicas.**

i.1.9) Metodología de aplicación de las tarifas de corto plazo, y otros relacionados, para los casos de rescisión del contrato a opción del asegurado.
- **Cláusulas 3) de las Condiciones Específicas.**

Abogada
Mat. N° 8519

i.1.10) Elementos puestos a disposición del asegurado para la revisión y el control del derecho que le asiste a éste en caso de rescisión de seguros sobre la vida que requieran la constitución de Reservas Matemáticas.

- **No aplica. El plan de seguro no contempla Reservas Matemáticas.**

i.1.11) En caso de seguros sobre la vida que requieran la constitución de Reservas Matemáticas, el monto y las condiciones del préstamo al cual tiene derecho el asegurado.

- **No se aplica.**

i.1.12) En caso de tercerización de servicios que deban prestarse a los asegurados como consecuencia de los daños amparados por la cobertura del seguro, constancia expresa de que la empresa de seguros reembolsará los gastos incurridos por el asegurado como consecuencia del incumplimiento del Servicio Contratado, contra presentación de los documentos probatorios.

- **No se aplica.**

i.1.13) Contenido mínimo de las **Condiciones Particulares**:

- Razón Social, domicilio y sitio web de la aseguradora: **pág. 9**
- Número de póliza: pág. **9**
- Denominación del Plan de Seguro: **pág. 9**
- Nombre y domicilio del o de los asegurados y del tomador. En caso de póliza madre, sólo del contratante: **pág. 9**
- Nombres del o de los beneficiarios si correspondiera enunciarlos explícitamente: **No se aplica**.
- El monto de la prima y del premio o la tasa de premio a ser aplicada.: **pág. 9 y 10.**
- El parámetro de variabilidad de las anualidades (u otros periodos) y el periodo de diferimiento en los seguros sobre la vida **No se aplica.**
- La forma de pago en caso de financiamiento del premio y la tasa de interés aplicada: **En el cuadro de liquidación del premio (pág. 10)**
- La suma asegurada o pagos garantizados (v.g.: rentas) y su parámetro de variabilidad si existiese: **pág. 9**
- La discriminación de las sumas aseguradas por riesgo (sub-límites): **No se aplica.**
- La especificación de los límites globales. En caso de póliza madre, sólo si puede realizarse referencias generales: **pág. 9**
- La forma de la indemnización: **pág. 10**
- El monto o porcentaje de franquicias, deducibles, periodos de carencias, de espera o restricciones similares: **pág. 10**
- La fecha y hora de inicio y finalización de la cobertura: **pág. 9**
- Lugar y fecha de emisión de la póliza: **pág. 11**
- La cláusula "Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556° del Código Civil Paraguayo)": **pág. 11**
- El texto: "Forman parte integrante de esta Póliza: ...": **pág. 11**

9 (nueve)

- El texto: "La presente póliza consta de ... hojas" : **pág. 11**

- La expresión: "El texto de esta póliza ha sido inscrito en el Plan de Seguro registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el Código ..... según .....": **pág. 11**
- Se citarán los siguientes artículos del Código Civil en los casos que corresponda:
  - Para todos los seguros:
    - Art. 666: Cláusula 2) de las Condiciones Generales
    - Art 1.574: Cláusula 3) de las Condiciones Generales
    - Art.1575: Cláusula 4) de las Condiciones Generales
    - Art.1577: Cláusula 5) de las Condiciones Generales
    - Art.1579: Cláusula 6) de las Condiciones Generales
    - Art.1580, 1581, 1582, 1583 y 1584: Cláusula 7) de las Condiciones Generales
    - Art. 1589 y 1590: Cláusula 5) de las Condiciones Generales
    - Art. 1591 y 1592: Cláusula 8) de las Condiciones Generales
    - Art. 1593: Cláusula 9) de las Condiciones Generales
    - Art. 1594: Cláusula 10) de las Condiciones Generales
    - Art.1595: Cláusula 11) de las Condiciones Generales
    - Art. 1597: Cláusula 12) de las Condiciones Generales
  - Para los seguros patrimoniales
    - Art. 1601: Cláusula 13) de las Condiciones Generales
    - Art. 1604 y 1605: Cláusula 10) de las Condiciones Generales
    - Art. 1606 y 1607: Cláusula 14) de las Condiciones Generales
    - Art.1609: Cláusula 15) de las Condiciones Generales
    - Art. 1610 y 1611: Cláusula 16) de las Condiciones Generales
    - Art. 1612: Cláusula 17) de las Condiciones Generales
    - Art. 1613: Cláusula 18) de las Condiciones Generales
    - Art. 1614: Cláusula 19) de las Condiciones Generales
    - Art. 1615: Cláusula 20) de las Condiciones Generales
  - Artículos para los seguros de incendio: **No se aplica.**
  - Artículos para los seguros agrícolas: **No se aplica.**
  - Artículos para los seguros de animales: **No se aplica.**
  - Artículos para los seguros de Responsabilidad Civil: **No se aplica.**
  - Artículos para los seguros de transporte: **No se aplica.**
- Los nombres, teléfonos, dirección y números de matrícula de los agentes o corredores intervinientes: **pág. 11**
- En caso de utilización de firmas digitales, electrónicas o facsimilares, deberá insertarse como condición el expreso reconocimiento de los representantes legales de la aseguradora de asumir las obligaciones inherentes a los contratos a través de los registros habilitados, por cuenta y riesgo de la misma: **No se aplica.**

i.2. MODELO DE CERTIFICADO INDIVIDUAL (art. 10° de la Resolución SS.SG. N° 215/17)

Las indicaciones referenciales de los contenidos del Certificado Individual de Cobertura son:

i.2.1. La Razón Social, el domicilio legal y el sitio web de la aseguradora: **pág. 25**
i.2.2. La Denominación del Plan de Seguro: **pág. 25**
i.2.3. Número del Certificado: **pág. 25**
i.2.4. Número de la Póliza Madre: **pág. 25**
i.2.5. Nombre del Tomador/ Entidad Financiera: **pág. 25**
i.2.6. Nombre del asegurado: **pág. 25**
i.2.7. Nombre del o los beneficiarios, si correspondiera enunciarlos explícitamente: **No se aplica**
i.2.8. El monto de la prima y del premio o la tasa de premio a ser aplicada: **pág. 25 y pág. 27**
i.2.9. El parámetro de variabilidad de las anualidades (u otros periodos). **No se aplica**
i.2.10. El periodo de diferimiento en los seguros sobre la vida **No se aplica**
i.2.11. La forma de pago en caso de financiamiento del premio: **Cuadro de Liquidación del Costo Final, pág.27**
i.2.12. La suma asegurada o pagos garantizados (v.g.: rentas) y su parámetro de variabilidad si existiese (v.g.: proporción de decrecimiento o crecimiento, saldo de una deuda financiera, etc.): **pág. 26**
i.2.13. La discriminación de las sumas aseguradas por riesgo (sub-límites): **No se aplica**
i.2.14. La especificación de los límites globales. En caso de póliza madre, sólo si puede realizarse referencias **generales: pág. 26**
i.2.15. El monto o porcentaje de franquicias, deducibles, periodos de carencias, de espera o restricciones similares, así como las bonificaciones: **pág. 26**
i.2.16. La fecha y hora de inicio y finalización de la vigencia de la cobertura, o circunstancias de la cual dependa ésta, en caso de vigencia indeterminada: **pág. 25**
i.2.17. Lugar y fecha de emisión del Certificado: **pág. 30**
i.2.18. Síntesis de la cobertura, de las exclusiones específicas y de las cargas u obligaciones de las partes: **pág. 26 a 30**
i.2.19. Dirección electrónica precisa donde se ubique el texto completo de las condiciones de cobertura de la Póliza Madre: **pág. 27**
i.2.20. En caso de utilización de firmas digitales, electrónicas o facsimilares, deberá insertarse como condición el expreso reconocimiento de los representantes legales de la aseguradora de asumir las obligaciones inherentes a los contratos a través de los registros habilitados, por cuenta y riesgo de la misma: **No se aplica**

i.3. MODELO DE PROPUESTA O SOLICITUD DEL SEGURO (art. 11° de la Resolución SS.SG. N° 215/17)

Las indicaciones referenciales de los contenidos del Certificado Individual de Cobertura son:

i.3.1. Razón social y domicilio de la aseguradora: **pág. 31**

i.3.2. Denominación del Plan de Seguro: **pág. 31**

i.3.3. Nombre y domicilio del o los proponentes: el proponente es el tomador, **pág. 31**

i.3.4. Nombre y domicilio del o los beneficiarios, si corresponde enunciar explícitamente: **Descripción de coberturas, pág. 31.**

i.4.5. Coberturas solicitadas: **pág. 31**

i.4.6. El monto de la prima y del premio o la tasa de premio a ser aplicada: **pág. 31**

i.4.7. La suma asegurada o pagos garantizados (v.g.: rentas) y su parámetro de variabilidad si existiese (v.g.: proporción de decrecimiento o crecimiento, saldo de una deuda financiera, etc.): **pág. 31**

i.4.8. La discriminación de las sumas aseguradas por riesgo (sub-límites): **no existe discriminación de la suma asegurada**

i.4.9. La especificación de los límites globales: **pág. 31**

i.4.10. La vigencia de las coberturas solicitadas: **pág. 31**

i.4.11. La forma de la indemnización ("a prorrata", "1er riesgo relativo", "1er riesgo absoluto", "reposición a nuevo", etc.), para seguros patrimoniales **1er riesgo absoluto, pág. 31**

i.4.12. En caso en que hayan de ser aplicados, el monto o porcentaje de franquicias, deducibles, periodos de carencias, de espera o restricciones similares o bonificaciones: **pág. 31**

i.4.13. La fecha de la solicitud: **pág. 31**

i.4.14. El texto "Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556° del Código Civil Paraguayo)": **pág. 33**

11.15. Firma del Agente / Corredor de Seguros, o del Proponente. En caso de negociación del seguro sin intermediación, dejar constancia cerrando el espacio destinado al Agente / Corredor: **pág. 33**

****

Abogada
Mat. N° 8719

SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y/O HOSPITALIZACIÓN

CONDICIONES PARTICULARES

Póliza Nº	Seguro de Amortización de Deudas de Prestamos por Desempleo Involuntario y/o Hospitalización	Tasa de Premio

Tomador/Entidad Financiera: <INSTITUCIÓN FINANCIERA/ Acreedor del Préstamo>	RUC / CI

Domicilio		Teléfono	
Localidad		Departamento	

Fecha Emisión	Vigencia desde las 12:00 horas del	Vigencia hasta las 12:00 horas del	Días de Vigencia
/ /	/ /	/ /	

Entre **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS** , sito en Iturbe 1.046 c/ Tte Fariña y República Colombia, en adelante el "Asegurador" o "Compañía Aseguradora" y quien precedentemente se designa con el nombre de "Tomador" o "Entidad Financiera", conforme a la propuesta por él presentada, celebran un Contrato de Seguros sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Específicas y Condiciones Particulares, convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buena fe, y que se anexan a la presente Póliza formando parte integrante de la misma.

Descripción de coberturas	SUMA ASEGURADA GLOBAL
Amortización de deudas impagas de cuotas de préstamos por Desempleo Involuntario y/o por Hospitalización, hasta la suma máxima global de _____ Gs.	.

Riesgos asegurados

Desempleo Involuntario: El Asegurador indemnizará al Tomador/Entidad Financiera de la presente póliza, en caso que el asegurado quede en una situación cierta de Desempleo Involuntario sin percibir remuneración alguna como contraprestación por su trabajo personal en relación de dependencia con un Empleador

La indemnización se aplicará sobre las cuotas mensuales impagas de préstamos, con fechas de vencimiento inmediatamente posteriores a la fecha del Desempleo Involuntario del Asegurado, en forma mensual, mientras éste continúe desempleado y hasta el máximo _____ cuotas mensuales. No serán reembolsados los pagos realizados por el Asegurado en forma posterior a la fecha de su situación de Desempleo Involuntario.

A efectos de esta póliza, se considera desempleado al asegurado que haya tenido una antigüedad laboral mínima de 180 días corridos sin interrupciones con el Empleador.

LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS

Abogada
Mat. Nº 5.9

Hospitalización:
El Asegurador indemnizara al Tomador o Entidad Financiera de la presente póliza y acreedora del asegurado que haya sido hospitalizado en una Institución Pública Médica Asistencial Pública o Privada para ser sometido a examen, diagnóstico, tratamiento y/o curación por parte del personal médico por causa de enfermedades o accidentes.

- La amortización de la deuda se aplicará sobre las cuotas de préstamos impagos con fechas de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha de internación del Asegurado
- La indemnización se abonará en forma directamente proporcional a la cantidad de días de internación del Asegurado, contados a partir del cuarto día de la fecha en que este haya ingresado al Hospital para su internación y hasta el máximo de _____ cuotas mensuales.

Periodo de carencia: La cobertura individual del asegurado estará vigente después de _____ días de la fecha de emisión de cada Certificado Individual.
La cobertura de hospitalización tiene franquicia deducible de 3 días de internación.

Forma de Indemnización: Primer riesgo absoluto

Modo de cobertura: Base ocurrencia

El texto in extenso del contrato de adhesión debidamente identificado por el código de inscripción en los registros de la Superintendencia de Seguros, estará libre y sin restricciones a disposición del público en general en la siguiente dirección electrónica: https://meridional.com.py

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO FINAL	
PRIMA	0000
IVA s/Prima	0000
PREMIO	0000
Interés por Financiamiento	0000
IVA s/ Interés	0000
COSTO FINANCIAMIENTO	0000
COSTO FINAL	0000

DATOS DEL FINANCIAMIENTO

MONTO FINANCIADO 0000

CUOTA	FECHA	MONTO

Abogada

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. (Artículo 1556 del Código Civil Paraguayo)	Forman parte integrante de la presente Póliza, las siguientes Coberturas Adicionales, Anexos y Endosos: La presente póliza consta de: xx hojas.
Esta Compañía Aseguradora está autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros según Resolución SS.SG. N°: _____, Fecha: dd/mm/aaaa	El texto de esta póliza ha sido inscripto en el Plan de Seguro registrado en la Superintendencia de Seguros, bajo el Código Nº _____, según Res.N°_____Fecha: dd/mm/aaaa.
Agente/ Corredor:	Teléfono:
Número de Matrícula:	Dirección:

En fe de lo cual se expide la presente póliza, en la ciudad de Asunción el día.....del mes de.....de.....

****

SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y/O HOSPITALIZACIÓN

CONDICIONES ESPECÍFICAS
PÓLIZA N° _____

CONTRATO COMPLETO

CLAUSULA 1– Las Condiciones Particulares, las Condiciones Específicas, las Condiciones Generales, los Certificados Individuales, la Propuesta de Seguro, las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro constituyen el contrato completo entre el Tomador/Entidad Financiera y el Asegurador.

RIESGOS CUBIERTOS

CLÁUSULA 2- El Asegurador, se obliga y se compromete a pagar al Tomador/Entidad Financiera, las indemnizaciones que se detallan en las Condiciones Particulares y los Certificados Individuales, si durante la vigencia del presente contrato, se presentare alguno de los siguientes riesgos.

- **Desempleo Involuntario del Asegurado**: estado o situación cierta del asegurado que haya quedado sin empleo en relación de dependencia por causas ajenas a su voluntad o responsabilidad y que habiendo tenido una antigüedad mínima de 180 días corridos contratados por su empleador sin interrupciones no haya sido nuevamente empleado dejando de pagar su deuda con el Tomador o Entidad Financiera por dicho motivo.

- **Hospitalización**: por tal se entiende la internación del Asegurado en centro asistencial, por indicación del médico tratante, a causa de enfermedad o accidente en centro médico público o privado durante un periodo mínimo de días estipulado en las Condiciones Particulares y los Certificados Individuales, para su examen, diagnóstico, tratamiento y/o curación y que no pueda realizar actividad laboral de dependencia por prescripción médica durante dicho periodo.

DE LA PÓLIZA DE SEGURO Y SU VIGENCIA

CLAUSULA 3– La compañía emitirá la póliza madre al Tomador o Entidad Financiera, amparando las coberturas otorgadas y tendrá una duración normal de un año, pudiendo, no obstante, contratarse por un período distinto al mismo y esté indicado en las Condiciones Particulares. Igualmente emitirá un Certificado Individual para cada Asegurado.

El Tomador o Entidad Financiera por su parte, proveerá al Asegurador, a principio de cada mes las solicitudes individuales de incorporación de cada asegurado (Anexo "A") y una planilla de declaración de asegurados (Anexo "B"). No obstante, la presentación de las solicitudes Individuales de incorporación podrá ser dispensada por el Asegurador en los casos en que éste no la considera necesaria.

No obstante, cualquiera de las partes podrá rescindir las coberturas en forma anticipada de conformidad a lo que se establece en la Cláusula 4) de la Condiciones Generales de la póliza.

En el caso de que la anulación arroje saldo a favor del Asegurado, el Asegurador devolverá dicho monto en un plazo no mayor a 30 días. Si la anulación arroja saldo a favor del Asegurador, el Asegurado deberá abonar el saldo contra entrega del documento de anulación.

El Asegurador pondrá a disposición del Tomador o Entidad Financiera y al Asegurado el detalle del cálculo de las primas no ganadas, el cual se calculará aplicando la regla proporcional por el plazo no corrido. Esta regla se aplicará en forma indistinta, para casos de rescisión por parte del Tomador/Entidad Financiera, Asegurado o Asegurador.

DE LA SUMA ASEGURADA

CLAUSULA 4 – La suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares y/o en los Certificados Individuales, representa la responsabilidad máxima que asume el Asegurador por cada Asegurado, para los amparos que ofrece durante la vigencia de la póliza.

A efectos del presente contrato, se entiende por Suma Asegurada de cada Asegurado a la sumatoria del monto de las cuotas del préstamo, hasta el límite de pagos de cuotas establecido en las Condiciones Particulares y Certificado Individual.

DE LA TARIFA Y PREMIO DEL SEGURO

CLAUSULA 5– El premio que corresponde a cada Asegurado, es el resultante de aplicar la tasa establecida en las Condiciones Particulares sobre la suma máxima asegurada para cada Asegurado.

El premio total del seguro será la sumatoria de las primas que correspondan a cada Asegurado.

Forma de pago: Si bien la prima es debida desde la celebración del contrato, la Compañía ofrece al Tomador/Entidad Financiera y al Asegurado en su caso, la oportunidad de abonar el importe mediante el pago financiado, en tal circunstancia, aplicará el Recargo por Financiamiento de Premio establecido en el Certificado Individual de Cobertura.

TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO

CLAUSULA 6– La vigencia del seguro terminará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

a) Terminación de la Póliza Madre;
b) Cuando el Tomador/Entidad Financiera comunica al Asegurador la baja del asegurado.
c) Cuando la nómina de asegurados esté compuesta por menos de diez (10) asegurados (salvo pacto en contrario).
d) La finalización del plazo de gracia correspondiente a una prima no pagada, si hubiere comunicación expresa de cancelación por parte del Asegurador.

17 (Diecisiete)

CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE INCORPORACION AL SEGURO

CLAUSULA 7– El Asegurador emitirá un Certificado Individual de Incorporación al Seguro para cada asegurado, en el que se detallan la fecha de entrada en vigor y vencimiento del mismo, las coberturas amparadas, las sumas máximas aseguradas, la tasa de prima, datos del Tomador/Entidad Financiera, así como los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía respecto del seguro contratado.
El Asegurador mantendrá disponibles los Certificados en registros electrónicos.

VIGENCIA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES

CLAUSULA 8– Los Certificados Individuales correspondientes a las personas que ingresen inicialmente al Seguro, entrarán en vigor conjuntamente con esta Póliza y tendrán una duración máxima de 12 (doce) meses.

La vigencia de los Certificados Individuales correspondientes a las personas que ingresan posteriormente al Seguro, comenzará desde la fecha de recibo de la solicitud del Tomador/Entidad Financiera o de la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro y tendrá vigencia hasta el vencimiento de la póliza madre, sin perjuicio del derecho que se reserva el Asegurador de rechazar el riesgo dentro de los 15 (quince) días siguientes al recibo de la solicitud.

EDADES

CLAUSULA 9– La edad de entrada del asegurado al contratar el seguro deberá constar en todos los formularios requeridos por el Asegurador, que forman parte de esta póliza.

DENUNCIA DEL SINIESTRO

CLAUSULA 10– El Asegurado a través del Tomador/Entidad Financiera de la Póliza, deberá comunicar al Asegurador la ocurrencia del siniestro dentro de los tres (3) días de la fecha en que tomó conocimiento del evento, bajo pena de perder el derecho de ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, sin culpa o negligencia. La denuncia deberá estar acompañada de las siguientes documentaciones:

a) **En caso de Desempleo Involuntario**
   - Comunicación escrita a la Aseguradora del Desempleo Involuntario del Asegurado;
   - Constancias que demuestren que el desempleo es involuntario, como ser, telegrama colacionado, carta documento, notificación de despido o liquidación de haberes por desvinculación involuntaria del Asegurado;

b) **Hospitalización**
   - Comunicación escrita a la Aseguradora
   - Diagnóstico médico
   - Nombre del Centro asistencial médico en el cual se encuentra internado
   - Fecha de ingreso en internación
   - Fecha de salida de internación o estimación de la misma.

EXCLUSIONES GENERALES DE LA POLIZA

CLAUSULA 11– El Asegurador no pagará la indemnización prevista en esta póliza, cuando el **Desempleo del Asegurado** se produjera por alguna de las siguientes causas:

a) Cuando el desempleo involuntario del Asegurado se inicie dentro de los primeros (60) días corridos siguientes contados a partir de la fecha de la concesión y desembolso del préstamo. Este periodo de carencia debe cumplirse cada vez que ingrese al seguro un nuevo Asegurado.
b) Conflicto de intereses, violación a reglas establecidas por el Empleador, omisión intencional de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, cuando dichas instrucciones sean legales e importantes para la actividad comercial del Empleador e incumplimiento en la realización de las labores del empleo;
c) Programas anunciados por el Empleador del Asegurado, previo a la fecha de inicio de vigencia de su cobertura, para reducir el personal o iniciar despidos que de una manera específica o general incluyan la categoría de trabajo del Asegurado;
d) Cuando el Asegurado sea auto-empleado o funcionario que tenga un cargo de elección pública;
e) Jubilación, pensión o retiro del Asegurado;
f) Renuncia a su empleo por parte del Asegurado;
g) Pérdida del empleo del Asegurado notificada por el Empleador previo a la fecha de inicio de vigencia de su Cobertura, o previo a cumplir 180 días corridos de antigüedad sin interrupciones con el Empleador;
h) Terminación del contrato de trabajo de obra o tiempo determinado del Asegurado;
i) Despido justificado del Asegurado;
j) Cierre temporal o definitivo de la actividad del empleador a causa de la epidemia o pandemia
k) Despido injustificado del Asegurado, si no reclama en tiempo y forma contra la decisión empresarial;
l) Tentativa de suicidio del Asegurado;
m) Si es provocado deliberadamente por acto ilícito del Asegurado;
n) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa empresa o acto criminal.
o) Fallecimiento por cualquier causa.

El Asegurador no pagará la indemnización prevista en esta póliza cuando la **Hospitalización** del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:

a) Afecciones provocadas por la propia vida asegurada, sana o con trastornos mentales, incluyendo tentativa de suicidio.
b) Alteraciones producidas por el uso de drogas, tóxicos, alcohol y psicofármacos;
c) Afecciones como consecuencia del embarazo y parto y licencia maternal reglamentaria;

d) Aborto no espontáneo y sus complicaciones;
e) Incapacidad producida por enfermedades crónicas: cardiorrespiratorias, neurológicas, musculo esqueléticas, metabólicas y urogenitales;
f) Tratamientos de rejuvenecimiento o cirugía estética;
g) Afecciones psiquiátricas incluyendo aquellas que exijan tratamiento de psicoanálisis, psicoterapia y cura del sueño;
h) Epidemias, pandemias o envenenamientos de carácter colectivo;
i) Inseminación y actos quirúrgicos con fines de esterilización o fertilización de ambos sexos, cambio de sexo y sus consecuencias;
j) Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) con toda su patología;
k) Trasplante e implante de órganos, diálisis peritoneal y hemodiálisis;
l) Afecciones de columna vertebral excepto las fracturas traumáticas
m) 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.
n) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción de sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos).
o) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
p) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajeros de transporte aéreo regular.
q) Guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.
r) Intento de suicidio. Si el intento de suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad, el Asegurador no se libera.
s) Acto ilícito provocado por el Asegurado.
t) Participación en empresa criminal, duelo o por la aplicación legitima de la pena de muerte.
u) Acontecimiento catastrófico provocado por la energía nuclear.
v) Los Accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
w) Las consecuencias de enfermedad o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro.
x) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de caballo, automóviles, motocicletas y de lanchas; otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
y) La práctica o desempeño de actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

CLAUSULA 12– Este contrato es renovable anualmente mediante el pago oportuno de la prima correspondiente. En cada renovación, se aplicarán las primas en vigor del Asegurador.

20 (veinte)

PLAZO DE GRACIA - CADUCIDAD DEL CONTRATO

CLAUSULA 13– El Asegurador concede al Tomador/Entidad Financiera de la Póliza un plazo de gracia de 30 días para el pago de la prima, contados desde la fecha en que vence la misma.

El plazo de gracia contará desde la emisión de la Póliza o desde la fecha de inicio de la vigencia de la misma, según cuál de las dos fechas sea posterior; vencido dicho plazo, el Asegurador podrá rescindir el contrato dando aviso al Tomador/ Entidad Financiera por carta certificada o telegrama colacionado.

Si durante el plazo de gracia; o si vencido dicho plazo, el Tomador/Entidad Financiera no abonó la prima correspondiente y el Asegurador no optó por rescindir el contrato y se produjera un siniestro que afecte a cualquier asegurado, se deducirá del importe a abonar por tal causa, la prima vencida impaga que estuvo en mora.

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 hubiese aceptado el pago con posterioridad.

MODIFICACION DE LA POLIZA

CLAUSULA 14– Cualquier modificación o alteración de esta póliza que introduzca el Tomador/Entidad Financiera o el Asegurado, sin conocimiento del Asegurador, se considerará nula y sin ningún valor.

DUPLICADO DE POLIZA

CLAUSULA 15– En caso de extravío, robo o destrucción de esta póliza, el Tomador/Entidad Financiera podrá solicitar al Asegurador, por escrito, un duplicado del contrato, explicando los motivos por los cuales ha desaparecido la póliza original. Una vez emitido el duplicado de la póliza, el ejemplar original perderá todo valor.

NOTIFICACIONES Y DOMICILIOS

CLAUSULA 16– Todas las notificaciones entre Asegurador, Tomador/ Entidad Financiera, Asegurados de esta póliza se dirigirán a los respectivos domicilios consignados en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de la póliza, o a los que posteriormente se declaren.

DEFINICIONES

CLAUSULA 17– Para los efectos de la presente póliza las siguientes expresiones tendrán el significado que se estipula:

- Asegurador. Es la compañía aseguradora que emite la póliza madre y el Certificado Individual al Tomador/ Entidad Financiera y asegurado, y asume el riesgo de las coberturas amparadas en la póliza.
- Tomador/Entidad Financiera: Es el acreedor del Asegurado, es la persona jurídica que contrata el seguro con El Asegurador.
- Certificado Individual: Documento que el Asegurador emitirá a nombre del asegurado, en el que se hacen constar los derechos y obligaciones del asegurado y de la Compañía Aseguradora respecto del seguro contratado.

- Cuota de Préstamo: importe de cuota de amortización mensual de un préstamo otorgado por la Entidad Financiera
- Asegurado: Cliente persona física, titular de la deuda cuyo acreedor es el Tomador/Entidad Financiera.
- Cuenta: Cuenta principal de la deuda emitida a nombre del Asegurado.
- Desempleo Involuntario: Estado o situación cierta del asegurado que haya quedado sin empleo en relación de dependencia por causas ajenas a su voluntad o responsabilidad y que habiendo tenido una antigüedad mínima de 180 días corridos contratados por su empleador sin interrupciones no haya sido nuevamente empleado dejando de pagar su deuda al Tomador o Entidad Financiera de la Póliza por dicho motivo.
- Hospitalización: Internación del asegurado en centro asistencial indicado por el médico tratante por causas de enfermedad o accidente en un centro médico público o privado para su examen, diagnóstico, tratamiento y no pueda realizar actividad laboral de dependencia por prescripción médica y durante su internación.

****

22 (Veintidos)

SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y/O HOSPITALIZACIÓN

CONDICIONES GENERALES
PÓLIZA N° _____

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

CLAUSULA 1 - Las partes contratantes se someten a las disposiciones contenidas en el Capítulo XXIV "Del Contrato de Seguro" del Código Civil y en la Ley Nº 827/96 "De Seguros" y a las de la presente póliza.

Las disposiciones contenidas en las Condiciones Particulares prevalecerán por sobre las establecidas en las Condiciones Específicas, y éstas sobre las Condiciones Generales, en donde el Código Civil admita pactos en contrario. Las disposiciones contenidas en las Condiciones Generales se aplicarán en la medida que corresponda a la especificidad de cada riesgo cubierto.

PRESCRIPCIÓN

CLAUSULA 2 - Las acciones fundadas en el presente contrato prescribirán en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación se torne exigible (Art. 666 C. Civil).

PAGO DE LA PRIMA

CLAUSULA 3 - La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 1573 C. Civil). En el caso que la prima no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en el presente contrato. En todos los casos en que el Asegurado reciba indemnización por el daño o la pérdida, deberá pagar la prima íntegra (Art. 1574 C. Civil).

RESCISION UNILATERAL

CLAUSULA 4 - Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar la causa. Cuando El Asegurador ejerza este derecho, dará un pre-aviso de no menos de (15) quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión. Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, salvo pacto en caso contrario. Si El Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente 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 (Art. 1562 Código Civil). Cuando el contrato se celebre por tiempo indeterminado, cualquiera de las partes puede rescindirlo de acuerdo a lo establecido por el art. 1562 del Código Civil mencionado precedentemente (Art. 1563 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 C. Civil).

DENUNCIA DEL SINIESTRO Y CARGAS ESPECIALES DEL ASEGURADO

CLAUSULA 5 - El Asegurado o en su caso el Tomador/Entidad Financiera, comunicará/n al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los (3) tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho de ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, sin culpa o negligencia (Art. 1589 y Art. 1590 C. Civil).

También está/n obligado/s 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 C. 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 asegurado tiene derecho al reajuste de la prima por los períodos posteriores, de acuerdo a la tarifa aplicable al tiempo de la denuncia de la disminución (Art. 1577 C. 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 (Art. 1590 C. Civil).

El Asegurado en caso de siniestro está obligado:

a) A emplear todos los medios que disponga para impedir su progreso y salvar las cosas aseguradas cuidando enseguida de su conservación.
b) A no remover los escombros, salvo en caso de fuerza mayor sin previo consentimiento del Asegurador y también a concurrir a la remoción de dichos escombros cuando y cuantas veces el Asegurador o los expertos lo requieran, formulándose actas respectivas de estos hechos.
c) A remitir al Asegurador dentro de los (15) quince días de ocurrido el siniestro una copia autenticada de la declaración a que se refiere el primer párrafo de esta Cláusula.
d) A suministrar al Asegurador dentro de los (15) quince días de ocurrido el siniestro un estado detallado tan exacto como las circunstancias lo permitan, de las cosas destruidas, averiadas y salvadas, con indicación de sus respectivos valores.
e) A comprobar fehacientemente el monto de los perjuicios.
f) A facilitar las pruebas para verificar el siniestro

El incumplimiento de estas cargas especiales por parte del Asegurado, en los plazos convenidos, salvo caso de fuerza mayor, harán caducar sus derechos contra el Asegurador.

24 (veinticuatro)

CADUCIDAD POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

CLAUSULA 6 - El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas 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 Artículo 1579 del Código Civil.

AGRAVACION DEL RIESGO

CLAUSULA 7 - El Tomador/Entidad Financiera y/o Asegurado están obligados a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Art. 1580 C. Civil). Toda agravación del riesgo que, si hubiere existido al tiempo de la celebración del contrato habría impedido éste o modificado sus condiciones, es causa de rescisión del seguro (Art. 1581 C. Civil). Cuando la agravación se deba a un hecho del Tomador/Entidad Financiera y/o Asegurado, la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el plazo de (7) siete días, deberá notificar su decisión de rescindir el contrato (Art. 1582 C. Civil). Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador/Entidad Financiera y/o Asegurado, o si éstos lo permitieron o provocaron por razones ajenas a su voluntad, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir el contrato dentro del plazo de (1) un mes, y con pre-aviso de (7) siete días. Se aplicará el Artículo 1582 del Código Civil, si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales del Asegurador. Si el Tomador/Entidad Financiera y/o Asegurado omiten 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/Entidad Financiera y/o el Asegurado 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 hacérsele la denuncia (Art. 1583 C. 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 C. Civil).

VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR

CLAUSULA 8 - El crédito del Asegurado se pagara dentro de los (15) quince días de fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida, una vez vencido el plazo fijado en la cláusula 12 de éstas Condiciones Generales, para que el Asegurador se pronuncie acerca del derecho del Asegurado (Art. 1591 C. Civil).Las partes podrán convenir la sustitución del pago en efectivo por el reemplazo del bien, o por su reparación, siempre que sea equivalente y tenga iguales características y condiciones a su estado inmediato anterior al siniestro.

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

95 (veinticinco)

ANTICIPO

CLAUSULA 9 - Cuando El Asegurador estimó el daño y reconoció el derecho del Asegurado, éste puede reclamar un pago a cuenta si el procedimiento para establecer la prestación debida no se hallase terminado un mes después de notificado el siniestro. El pago a cuenta no será inferior a la mitad de la prestación reconocida u ofrecida por el Asegurado. Cuando la demora obedezca a omisión del Asegurado, el término se suspende hasta que éste cumpla las cargas impuestas por la ley o el contrato (Art. 1593 C. Civil).

MEDIDA DE LA PRESTACION

CLAUSULA 10 - El Asegurador se obliga a resarcir, conforme al presente contrato, el daño patrimonial que justifique el asegurado, causado por el siniestro, sin incluir el lucro cesante, salvo cuando haya sido expresamente convenido (Art. 1600 C. Civil).

Si al tiempo del siniestro, el valor asegurado excede del valor asegurable, el Asegurador sólo está obligado a resarcir el perjuicio efectivamente sufrido; no obstante, tiene derecho a percibir la totalidad de la prima. Si el valor asegurado es inferior al valor asegurable, el Asegurador sólo indemnizará el daño en la proporción que resulte de ambos valores, salvo pacto en contrario (Art. 1604 C. Civil).

El Asegurador no indemnizará los daños y pérdidas producido directamente por vicio propio de la cosa, o por hechos de guerra civil o internacional, salvo pacto en contrario. Si el vicio hubiera agravado el daño, el Asegurador indemnizará sin incluir el daño causado por el vicio, salvo estipulación contrario. (Art. 1605 C. Civil).

Cuando se aseguren diferentes bienes con discriminación de sumas aseguradas, se aplicarán las disposiciones precedentes, a cada suma asegurada, independientemente. Cuando el siniestro solo causa daño parcial y el contrato no se rescinde. El Asegurador sólo responderá en el futuro, por el remanente de la suma asegurada, salvo estipulación en contrario (Art. 1594 C. Civil).

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLAUSULA 11 - El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, solo 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. Para presentar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para obrar en su nombre (Art. 1595 y Art. 1596 C. Civil).

PLAZO PARA PRONUNCIARSE SOBRE EL DERECHO DEL ASEGURADO

CLAUSULA 12 - El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado dentro de los (30) treinta 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 C. Civil).

REDUCCION DE LA SUMA ASEGURADA

CLAUSULA 13 - Si la suma asegurada supera notablemente el valor actual del interés asegurado, el Asegurador o el Asegurado pueden requerir su reducción (Art. 1601 C. Civil). Si el Asegurador ejerce este derecho, la prima se disminuirá proporcionalmente al monto de la reducción del plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la reducción, el Asegurador tendrá derecho a la prima correspondiente al monto de la reducción por el tiempo transcurrido, calculada según la tarifa a corto plazo.

PLURALIDAD DE SEGUROS

CLAUSULA 14 - Quien asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, notificará dentro de los (10) diez días hábiles a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario.

Salvo estipulaciones especiales en el contrato o entre los aseguradores, en caso de siniestro el Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.

El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido. Si se celebró el seguro plural con la intención de un enriquecimiento indebido, serán anulables los contratos celebrados con esa intención, sin perjuicio del derecho de los Aseguradores a percibir la prima devengada en el periodo durante el cual no conocieron esa intención, si la ignoraron al tiempo de la celebración del contrato (Art. 1606 y Art. 1607 C. Civil).

PROVOCACION DEL SINIESTRO

CLAUSULA 15 - El Asegurador queda liberado si el Tomador/Entidad Financiera y/o Asegurado provocan, por acción u omisión, el siniestro, dolosamente o con culpa grave. Quedan excluidos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (Art. 1609 C. Civil).

OBLIGACION DE SALVAMENTO

CLAUSULA 16 - El Asegurado está obligado a proveer lo necesario, en la medida de las posibilidades, para evitar o disminuir el daño, y a observar las instrucciones del Asegurador. Si existen más de un Asegurador y median instrucciones contradictorias, el Asegurado actuará según las instrucciones que le parezcan más razonables en las circunstancias del caso.

Si el Asegurado viola esta obligación dolosamente o por culpa grave, el Asegurador queda liberado de su obligación de indemnizar, en la medida que el daño habría resultado menor sin esa violación.

Si los gastos se realizan de acuerdo a las instrucciones del Asegurador, éste debe siempre su pago íntegro, y anticipará los fondos si así le fuere requerido (Art. 1610 y Art. 1611 C. Civil).

27 (veinte siete)

ABANDONO

CLAUSULA 17 – El Tomador/Entidad Financiera y/o el Asegurado no pueden hacer abandono de los bienes afectados por el siniestro, salvo estipulación en contrario (Art. 1612 C. Civil).

REPRESENTACION DEL ASEGURADO

CLAUSULA 18 - El Asegurado 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 C. Civil).

GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

CLAUSULA 19 - 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 Tomador/Entidad Financiera y/o del Asegurado. Se excluye el reembolso de la remuneración del personal dependiente del Asegurado (Art. 1614 C. Civil).

CAMBIO EN LAS COSAS DAÑADAS

CLAUSULA 20 - El Tomador/Entidad Financiera y/o el Asegurado no pueden, sin el consentimiento del Asegurador, introducir cambios en las cosas dañadas que hagan más difícil establecer la causa del daño o el daño mismo, salvo que se cumpla para disminuir el daño o el interés público. El Asegurador solo puede invocar esta disposición cuando proceda sin demoras a la determinación de las causas del siniestro y a la valuación de los daños. La omisión maliciosa de esta carga libera al Asegurador (Art. 1615 C. Civil).

PRORROGA DE JURISDICCION

CLASULA 21 - Toda la controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza (Art. 1560 C. Civil).

TERRITORIALIDAD

CLAUSULA 22 - Las disposiciones de este contrato se aplican única y exclusivamente a los accidentes ocurridos en el territorio de la República del Paraguay, salvo pacto contrario.

****

28 (veinte ocho)

SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y/O HOSPITALIZACIÓN

CERTIFICADO INDIVIDUAL Nº	

Póliza Nº	Seguro de Amortización de Deudas de Prestamos por Desempleo Involuntario y/o Hospitalización	Tasa de Prima

Tomador/Entidad Financiera:<INSTITUCIÓN FINANCIERA/ Acreedor del Préstamo>

Asegurado:

Domicilio		Teléfono	
Localidad		Departamento	

Fecha Emisión	Vigencia desde las 12:00 horas del	Vigencia hasta las 12:00 horas del	Días de Vigencia
/ /	/ /	/ /	

Entre **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS** , sito en Iturbe 1.046 c/ Tte Fariña y República Colombia, Asunción, en adelante el "Asegurador" o "Compañía Aseguradora" y quien precedentemente se designa con el nombre de Asegurado, conforme a la solicitud por él presentada, celebran un Contrato de Seguros sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Específicas y Condiciones Particulares, convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buena fe.

Por el presente Certificado Individual, **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS**, reconoce que _____ (Asegurado), se encuentra comprendido a partir del día ____ / _____ / _____, en el **Seguro de Amortización de Deudas de Prestamos por Desempleo Involuntario y/o Hospitalización**, contratado por _____ (Tomador/Entidad Financiera), por la suma asegurada y hasta el límite de pagos mensuales establecido más abajo.

CERTIFICADO INDIVIDUAL (continuación)
Anexo a la Póliza Nº _____

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA Por cada asegurado
Amortización de deudas de cuotas de préstamos por Desempleo Involuntario y/o por Hospitalización.	Hasta una suma máxima acumulada de Gs ..... con un sub-límite de ____ cuotas de préstamos, o su equivalente en ____días de desempleo y/o hospitalización.

Desempleo Involuntario: El Asegurador indemnizará al Tomador o Entidad Financiera de la presente póliza, en caso que el asegurado quede en una situación cierta de Desempleo Involuntario sin percibir remuneración alguna como contraprestación por su trabajo personal en relación de dependencia con un Empleador

La indemnización se aplicará sobre las cuotas mensuales impagas de préstamos, con fechas de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha del Desempleo Involuntario del Asegurado, en forma mensual, mientras éste continúe desempleado y hasta el máximo _____ cuotas mensuales. No serán reembolsados los pagos realizados por el Asegurado en forma posterior a la fecha de su situación de Desempleo Involuntario.

A efectos de esta póliza, se considera desempleado al asegurado que haya tenido una antigüedad laboral mínima de 180 días corridos sin interrupciones con el mismo Empleador.

Hospitalización: El Asegurador indemnizara al Tomador o Entidad Financiera de la presente póliza y acreedora del asegurado que haya sido internado en una Institución Médica Asistencial Pública o Privada para ser sometido a examen, diagnóstico, tratamiento y/o curación por parte del personal médico por causa de enfermedades o accidentes.

- La amortización de la deuda se aplicará sobre las cuotas de préstamos impagos con fechas de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha de internación del Asegurado.
- La indemnización se abonará en forma directamente proporcional a la cantidad de días de internación del Asegurado, contados a partir del cuarto día de la fecha en que este haya ingresado al Hospital para su internación y hasta el máximo de _____ cuotas mensuales.

Periodo de carencia: La cobertura individual del asegurado estará vigente después de _____ días de la fecha de emisión de cada Certificado Individual.
La cobertura de hospitalización tiene franquicia deducible de 3 días de internación.

Forma de Indemnización: Primer riesgo absoluto

Modo de cobertura: Base ocurrencia

30 (treinta)

CERTIFICADO INDIVIDUAL (continuación)
Anexo a la Póliza Nº _____

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO FINAL	
PRIMA	0000
IVA s/Prima	0000
PREMIO	0000
Interés por Financiamiento	0000
IVA s/ Interés	0000
COSTO FINANCIAMIENTO	0000
COSTO FINAL	0000

DATOS DEL FINANCIAMIENTO		
MONTO FINANCIADO		0000
CUOTA	FECHA	MONTO

El texto in extenso del contrato de adhesión (póliza madre) debidamente identificado por el código de inscripción en los registros de la Superintendencia de Seguros, estará libre y sin restricciones a disposición del público en general en la siguiente dirección electrónica: https://meridional.com.py

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. (Artículo 1556 del Código Civil Paraguayo)

Art.1°) DE LA SUMA ASEGURADA
La suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares y/o en los Certificados Individuales, representa la responsabilidad máxima que asume el Asegurador para cada uno de los amparos que ofrece durante la vigencia de la póliza.

A efectos del presente contrato, se entiende por Suma Asegurada de cada Asegurado a la sumatoria del monto de las cuotas del préstamo, hasta el límite de pagos de cuotas establecido en las Condiciones Particulares y Certificado Individual.

Art.2°) RIESGOS CUBIERTOS
CLÁUSULA 2- El Asegurador, se obliga y se compromete a pagar al Tomador/Entidad Financiera, las indemnizaciones que se detallan en las Condiciones Particulares y los Certificados Individuales, si durante la vigencia del presente contrato, se presentare alguno de los siguientes riesgos.

- **Desempleo Involuntario del Asegurado**: estado o situación cierta del asegurado que haya quedado sin empleo en relación de dependencia por causas ajenas a su voluntad o responsabilidad y que habiendo tenido una antigüedad mínima de 180 días corridos contratados por su empleador sin interrupciones no haya sido nuevamente empleado dejando de pagar su deuda con el Tomador o Entidad Financiera de la Póliza por dicho motivo.

CERTIFICADO INDIVIDUAL (continuación)
Anexo a la Póliza Nº _____

- **Hospitalización**: es la internación del Asegurado, por indicación del médico tratante, a causas de enfermedad o accidente en centro médico público o privado, para su examen, diagnóstico, tratamiento y/o curación y que no pueda realizar actividad laboral de dependencia por prescripción médica durante dicho periodo.

Art.3°) DENUNCIA DEL SINIESTRO
El Asegurado a través del Tomador/Entidad Financiera de la Póliza, deberá comunicar al Asegurador la ocurrencia del siniestro dentro de los tres (3) días de la fecha en que tomó conocimiento del evento, bajo pena de perder el derecho de ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, sin culpa o negligencia. La denuncia deberá estar acompañada de las siguientes documentaciones:

a) **En caso de Desempleo Involuntario**
   - Comunicación escrita a la Aseguradora el Desempleo Involuntario del Asegurado;
   - Constancias que demuestren el desempleo involuntario, como ser, telegrama colacionado, carta documento, notificación de despido o liquidación de haberes por desvinculación involuntaria del Asegurado;

b) **Hospitalización**
   - Comunicación escrita a la Aseguradora
   - Diagnóstico médico
   - Nombre del Centro asistencial médico en el cual se encuentra internado
   - Fecha de ingreso en internación
   - Fecha de salida de internación o estimación de la misma.

Art.4°) EXCLUSIONES GENERALES DE LA POLIZA
El Asegurador no pagará la indemnización prevista en esta póliza, cuando el **Desempleo Involuntario** del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:

a) Cuando el desempleo involuntario del Asegurado se inicie dentro de los primeros (60) días corridos siguientes contados a partir de la fecha de la concesión y desembolso del préstamo. Este periodo de carencia debe cumplirse cada vez que ingrese al seguro un nuevo Asegurado.

32 (TREINTA DOS)

CERTIFICADO INDIVIDUAL (continuación)
Anexo a la Póliza Nº _____

b) Conflicto de intereses, violación a reglas establecidas por el Empleador, omisión intencional de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, cuando dichas instrucciones sean legales e importantes para la actividad comercial del Empleador e incumplimiento en la realización de las labores del empleo;
c) Programas anunciados por el Empleador del Asegurado, previo a la fecha de inicio de vigencia de su cobertura, para reducir el personal o iniciar despidos que de una manera específica o general incluyan la categoría de trabajo del Asegurado;
d) Cuando el Asegurado sea auto-empleado o funcionario que tenga un cargo de elección pública;
e) Jubilación, pensión o retiro del Asegurado;
f) Renuncia a su empleo por parte del Asegurado;
g) Pérdida del empleo del Asegurado notificada por el Empleador previo a la fecha de inicio de vigencia de su Cobertura, o previo a cumplir 180 días corridos de antigüedad sin interrupciones con el mismo Empleador;
h) Terminación del contrato de trabajo de obra o tiempo determinado del Asegurado;
i) Despido justificado del Asegurado;
j) Cierre temporal o definitivo de la actividad del empleador a causa de la epidemia o pandemia
k) Despido injustificado del Asegurado, si no reclama en tiempo y forma contra la decisión empresarial;
l) Tentativa de suicidio del Asegurado;
m) Si es provocado deliberadamente por acto ilícito del Asegurado;
n) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa empresa o acto criminal.
o) Fallecimiento por cualquier causa.

El Asegurador no pagará la indemnización prevista en ésta póliza cuando la **Hospitalización** del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:
a) Afecciones provocadas por la propia vida asegurada, sana o con trastornos mentales, incluyendo tentativa de suicidio.
b) Alteraciones producidas por el uso de drogas, tóxicos, alcohol y psicofármacos;
c) Afecciones como consecuencia del embarazo y parto y licencia maternal reglamentaria;
d) Aborto no espontáneo y sus complicaciones;
e) Incapacidad producida por enfermedades crónicas: cardiorrespiratorias, neurológicas, musculo esqueléticas, metabólicas y urogenitales;
f) Tratamientos de rejuvenecimiento o cirugía estética;
g) Afecciones psiquiátricas incluyendo aquellas que exijan tratamiento de psicoanálisis, psicoterapia y cura del sueño;
h) Epidemias, pandemias o envenenamientos de carácter colectivo;
i) Inseminación y actos quirúrgicos con fines de esterilización o fertilización de ambos sexos, cambio de sexo y sus consecuencias;
j) Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) con toda su patología;
k) Trasplante e implante de órganos, diálisis peritoneal y hemodiálisis;
l) Afecciones de columna vertebral excepto las fracturas traumáticas

CERTIFICADO INDIVIDUAL (continuación)
Anexo a la Póliza Nº _____

m) 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.
n) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción de sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos).
o) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
p) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajeros de transporte aéreo regular.
q) Guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.
r) Intento de suicidio. Si el intento de suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad, el Asegurador no se libera.
s) Acto ilicito provocado por el Asegurado.
t) Participación en empresa criminal, duelo o por la aplicación legitima de la pena de muerte.
u) Acontecimiento catastrófico provocado por la energía nuclear.
v) Los Accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
w) Las consecuencias de enfermedad o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro.
x) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de caballo, automóviles, motocicletas y de lanchas; otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
y) La práctica o desempeño de actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.

En fe de lo cual se expide el presente Certificado, en la ciudad de Asunción el día.....del mes de.....de.....

****

34 (treinta y cuatro)

SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y/O HOSPITALIZACIÓN

PROPUESTA DE SEGURO

Nº PROPUESTA					
Fecha solicitud		Lugar solicitud			
Seguro nuevo		Renovación		Renuevo a póliza Nº	
Fecha emisión	Vigencia desde las 12:00 hs del		Vigencia hasta las 12:00 hs del		Días de vigencia

El abajo firmante solicita a **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS** , sito en Iturbe 1.046 c/ Tte Fariña y República Colombia, Asunción, un seguro **de Amortización de Deudas de Préstamos por Desempleo Involuntario y/o Hospitalización**, basado en las siguientes declaraciones:

A) DATOS DEL TOMADOR /ENTIDAD FINANCIERA					
A) <INSTITUCIÓN FINANCIERA/ Acreedor del Préstamo>					
Razón Social				RUC	
Dirección Comercial				Nº	
Ciudad			Barrio		
Actividad Principal de la Empresa					
Nº Teléfono		Nº Teléfono		E-mail	

B) <u>COBERTURAS</u>

TASA DE PRIMA	

Descripción de coberturas	**SUMA ASEGURADA GLOBAL**
Amortización de deudas de cuotas de préstamos por Desempleo Involuntario o por Hospitalización, hasta la suma máxima global de _____ Gs.	

- Para coberturas de Desempleo Involuntario: hasta el máximo de _____ cuotas mensuales por cada asegurado.
- Para cobertura de Hospitalización: directamente proporcional a la cantidad de días de internación del asegurado, hasta el máximo de _____ cuotas mensuales.

<u>Periodo de carencia:</u> La cobertura individual del asegurado estará vigente después de _____ días de la fecha de emisión de cada Certificado Individual.
La cobertura de hospitalización tiene franquicia deducible de 3 días de internación.

<u>Forma de Indemnización:</u> Primer riesgo absoluto

<u>Modo de cobertura</u>: Base ocurrencia

C) NÓMINA DE ASEGURADOS

Incluir en la nómina de asegurados de la póliza, a las personas cuyas solicitudes individuales de incorporación se adjuntan, y extender la cobertura amparando los contratos de créditos que les fueron otorgados y se detallan más abajo.

Nº Contrato de Préstamo	Asegurado	Nº Documento	Capital	Plazo

Forma de pago: Si bien la prima es debida desde la celebración del contrato, la Compañía ofrece al Asegurado la oportunidad de abonar el importe mediante el pago fraccionado del seguro, bajo la modalidad de pago mensual.

Por la presente, **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS**, queda suficientemente autorizado a debitar mensualmente en forma automática los importes de cuotas por el seguro cuyos detalles figuran más arriba, de la siguiente tarjeta de crédito:

Nº | | | | | | | | | | | | | | | |

Ente emisor	**BANCO**	**FINANCIERA**	**OTROS**
Tipo	**VISA**	**MASTERCARD**	**OTROS**

Los firmantes, Tomador y Asegurado, manifiestan que autorizan suficientemente en forma expresa, consiente e inequívoca por este mismo acto, a **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS**, para que ya sea por cuenta propia o a través de empresas especializadas puedan verificar, consultar, confirmar información o datos referidos a aquellos a fin de que la Aseguradora pueda emplear criterios objetivos de comercialización. Así mismo, autorizan suficientemente a que en caso de atraso, cualquiera fuere la causa, a partir de los ____ (_____) a reportar a las empresas especializadas en la información los datos personales o razón social a la que representa/n, el impago de la deuda que tenga/n con **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS** conforme a lo establecido en la ley Nº 6534/20.

Por el presente instrumento autorizo (amos) en forma expresa e irrevocable, otorgando suficiente mandato de conformidad a los términos del Art. 917 inc. a) del Código Civil, para que por propia cuenta o a través de la Superintendencia de Seguros, puedan recabar y/o proveer información en plaza referente a mi (nuestro) cumplimiento de pago de primas de seguros, cantidad y monto de reclamos realizados, ya sea por escrito o por procedimientos informáticos.

La vigencia de la Póliza empezará previa aceptación de la solicitud de seguro por parte del Asegurador. La recepción de esta Solicitud de Seguro por **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS**, no implica aceptación de la misma.

36 (Treinta y Seis)

Declaro que las informaciones y respuestas anteriores son completas y verídicas y forman parte integrante de la póliza por lo que acepto que cualquier omisión voluntaria o declaración falsa exonere al Asegurador del pago de la indemnización.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador/Entidad Financiera si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. (Artículo 1556 del Código Civil Paraguayo)

Firma del Agente

Aclaración: _____
Nº Documento _____
Nº Matricula _____

Firma del Tomador/Entidad Financiera

Aclaración: _____
Nº Documento _____
Lugar y Fecha _____

Firma del Asegurado

Aclaración: _____

Nº Documento: _____

Lugar y Fecha: _____

37 (treinta siete)

Anexo "A"

SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y/O HOSPITALIZACIÓN

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN AL SEGURO
SOLICITUD Nº: .....

El abajo firmante solicita a **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS** , con domicilio en Iturbe 1.046 c/ Tte. Fariña y República Colombia, Asunción, mí incorporación como asegurado al seguro **de Amortización de Deudas de Préstamos por Desempleo Involuntario y/o Hospitalización Nº .....,** emitido a favor de :<INSTITUCIÓN FINANCIERA/ Acreedor del Préstamo>, en su calidad de Tomador/Entidad Financiera, basado en las siguientes declaraciones:

DATOS PERSONALES y LABORALES DEL ASEGURABLE
Nombre (s) y Apellido (s): _____
Fecha de nacimiento: ___/___/_____ C.I/RUC: _____E-mail: _____
Edad Actual: _____ años Estado Civil: _____ Sexo M ☐ F ☐
Dirección Particular: _____
Ciudad: _____ Barrio: _____
Teléfonos: Particular: _____ Laboral _____ Celular _____

Empleador: _____ RUC del Empleador: _____
Dirección Comercial: _____
Ciudad: _____ Barrio: _____
Actividad principal: _____

Declaro que las informaciones brindadas en esta Solicitud de seguro, son completas y verídicas, y asumo toda responsabilidad sobre la veracidad de su contenido, por lo que acepto que cualquier omisión voluntaria o declaración falsa exonere al Asegurador del pago de la indemnización

La presente solicitud es base del contrato de seguro que **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS**, tiene suscrito con el Tomador/Entidad Financiera, y está sujeto a sus cláusulas y condiciones.

	TASA DE PRIMA	
Riesgos Cubiertos		**SUMA ASEGURADA**
- Para coberturas de Desempleo Involuntario: hasta el máximo de _____ cuotas mensuales por cada asegurado. - Para cobertura de Hospitalización: directamente proporcional a la cantidad de días de internación del asegurado, hasta el máximo de _____ cuotas mensuales.		

Observación: Por el presente instrumento autorizo en forma expresa e irrevocable, otorgando suficiente mandato de conformidad a los términos del Art.

LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS

Apoderado

917 inc. a) del Código Civil, para que por propia cuenta o a través de la Superintendencia de Seguros, puedan recabar y/o proveer información en plaza referente a mí cumplimiento de pago de primas de seguros, cantidad y monto de reclamos realizados, ya sea por escrito o por procedimientos informáticos.

La recepción de esta Solicitud de Seguro por **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS** no implica aceptación de la misma.

Firma del Agente		**Firma del Solicitante/Asegurable**	
Aclaración:	_____	Aclaración:	_____
Nº Documento	_____	Nº Documento	_____
Nº Matricula	_____	Lugar y Fecha	_____

3ª (Tercera Vuelta)

Anexo "B"

SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y/O HOSPITALIZACIÓN

PLANILLA DE DECLARACIÓN DE ASEGURADOS

Póliza Nº: _____

<INSTITUCIÓN FINANCIERA / Acreedora de Préstamos>, en su calidad de Tomador/Entidad Financiera de la póliza de seguro **de Amortización de Deudas de Préstamos por Desempleo Involuntario y/o Hospitalización Nº .....,** solicita a **LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS,** con domicilio en Iturbe 1.046 c/ Tte Fariña y República Colombia, Asunción, incluir en la nómina de asegurados de la póliza mencionada, a las personas cuyas solicitudes individuales de incorporación se adjuntan, y extender la cobertura amparando los contratos de préstamos que les fueron otorgados y se detallan más abajo.

Nº Contrato de Préstamo	Asegurado	Nº Documento	Capital	Plazo

Firma del Tomador/ Entidad Financiera
Aclaración:
Nº Documento:
Lugar y Fecha:

SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y/O HOSPITALIZACIÓN
FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SALUD

Póliza Nº: _____
Tomador/Entidad Financiera: _____

DATOS PERSONALES DEL ASEGURABLE

Nombre (s) y Apellido (s): _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ C.I/RUC: _____ E-mail: _____
Edad Actual: _____ años Estado Civil: _____ Sexo M ☐ F ☐
Dirección Particular: _____
Ciudad: _____ Barrio: _____
Teléfonos: Particular: _____ Laboral _____ Celular _____

	¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI	NO	DETALLES
A	¿HA CONSULTADO AL MÉDICO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS?			
B	¿ESTÁ SUJETO A ALGÚN TRATAMIENTO?			
C	¿TIENE PENDIENTE ALGUNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA?			
D	¿LE HAN PRACTICADO LA PRUEBA DEL SIDA?			
E	¿LE HAN APLICADO TRANSFUSIONES DE SANGRE O SUS DERIVADOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?			

	¿PADECE O PADECIO	SI	NO	DETALLES
A	INFECCIONES DE ORIGEN SEXUAL			
B	DIABETES			
C	GASTRITIS			
D	ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO			
E	ENFERMEDADES DEL INTESTINO			
F	REUMATISMO O ARTRITIS			
G	FIEBRE REUMÁTICA			
H	TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO			
I	EPILEPSIA			
J	BRONQUITIS CRÓNICA O ASMA			
K	TUBERCULOSIS			
L	ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN			
M	PRESIÓN ARTERIAL ALTA O BAJA			

LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A.
Apoderado

N	ANGINA DE PECHO			
O	INFARTO DEL CORAZÓN / MIOCARDIO			
P	OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN			
Q	ENFERMEDADES DE LA TIROIDES			
R	ENFERMEDADES DEL HÍGADO			
S	ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR			
T	ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES			
U	ENFERMEDADES DE LA VEJIGA			
V	GOTA			
W	ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA			
X	TUMOR O CÁNCER			
Y	OTRAS ENFERMEDADES			

EN CASO DE SER MUJER			SI	NO	DETALLES
A	¿ESTÁ EMBARAZADA?				
B	¿ENFERMEDADES DE LOS PECHOS?				
C	¿ENFERMED DEL OVARIO O DE LA MATRIZ?				
D	ANTECEDENTES OBSTETRICOS	GESTACIÓN _____	PARTOS _____		Fecha ultima regla _____

¿ALGUNA VEZ LE HAN PRACTICADO?		SI	NO	DETALLES
A	PRUEBAS PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA			
B	OPERACIÓN DE BY PASS			
C	ANÁLISIS O PRUEBAS DE LABORATORIO			
D	¿ALGUNA VEZ HA ESTADO INTERNADA/O?			

¿MÉDICO QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR?	Dr.:
DIRECCIÓN:	TELEFONO:

El abajo firmante declara que sus contestaciones a las preguntas que preceden son exactas y verídicas, y que no ocultó ningún detalle que podría influir en la apreciación del riesgo. Asimismo, autoriza al ASEGURADOR a pedir informaciones a los médicos que lo han asistido, si fuese necesario, y los releva del secreto profesional, respecto a datos médicos y clínicos sobre su persona. Al mismo tiempo, expresa su conformidad en someterse a un Examen Médico si el ASEGURADOR lo juzgue necesario, y con el profesional que el ASEGURADOR designe.

LA MERIDIONAL PARAGUAYA S.A. DE SEGUROS

Abogado
Mat. N° 3419

42 (Cuarenta dos)

Además, el abajo firmante, hace constar que el ASEGURADOR le informó tener el derecho de rescindir el contrato, si él no hubiera declarado la verdad o si hubiese ocultado alguna circunstancia relacionada con su estado de salud.

En fe de lo cual, firma el presente Formulario, en la ciudad de _____el día_____ del mes de _____ de _____

FIRMA DEL AGENTE
Matrícula N°
Aclaración:

FIRMA SOLICITANTE/ASEGURABLE
Nº Documento
Aclaración:

La Meridional Paraguaya S.A. de Seguros

Federico E. Mujica V. Vicepresidente Gerente

Esteban Domínguez Albrecht Firma Autorizada

Abogado