



SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS
NOTA SS.SG. N° 523/20

Asunción, 26 de agosto de 2020.

Señor
EDGARDO WASMOSY CARRASCO, Presidente
PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS
Presente

De nuestra consideración.

Nos dirigimos a usted en atención a la nota de fecha 01 de julio de 2020 remitida vía correo electrónico (admitida por las circunstancias de la emergencia sanitaria declarada por el Gobierno Nacional) en fecha 09 de julio de 2020 por medio de la cual presenta, en formato digital, el Plan de Seguros denominado «Seguro de Vida Colectivo para Empleados, Obreros, Asociaciones y Comunidades» y solicita su inscripción en el Registro de Planes de Seguros en reemplazo íntegro del registrado bajo el código de inscripción N° 61-VC.0002.

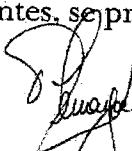
Al respecto, comunicamos que el mencionado Plan de Seguros ha sido incorporado al Registro Público de Planes de Seguros a nombre de la empresa, según se detalla a continuación:

REGISTRO IDENTIFICADOR DEL PLAN DE SEGURO		
SECCIÓN	DENOMINACIÓN	CÓDIGO DE REGISTRO N°
SEGUROS DE VIDA CORTO PLAZO	SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES	61-VC.0003

Cabe señalar que, conforme a lo requerido en su nota, el Plan de Seguros inscripto bajo el Código N° 61-VC.0002 será reemplazado en su totalidad conforme al cuadro expuesto y, por tanto, se procederá a su eliminación del Registro de Planes de Seguros.

Por último, destacamos que una vez regularizada la presentación del Plan de Seguros mencionado por los medios físicos correspondientes, se procederá a la rúbrica respectiva.

Atentamente.


DERLIS PENAYO RAMÍREZ
Intendente de Estudios Técnicos


MARÍA GRACIELA MORA DE TALAVERA
Superintendente de Seguros



PALACIOS, PRONO & TALAVERA
ABOGADOS

Asunción, 1 de julio de 2.020.

Señores

PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS

Presente

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ustedes con el objeto de elevar el dictamen que me fuera encomendado en términos de la Resolución SS. SG No. 215/17 del 28 de diciembre de 2.017 (ANEXO I – TITULO II.4), sobre el PLAN DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES, que será presentado por la Aseguradora a la Superintendencia de Seguros del Banco Central del Paraguay para su correspondiente aprobación.

Luego del estudio y análisis de rigor efectuado, concluyo que la propuesta se ajusta a las pautas, criterios, formalidades y requisitos establecidos por el Ente de Control. Los modelos de póliza y demás documentos adicionales que se presentan recogen y se ajustan a la legislación aplicable; los derechos y obligaciones de las distintas partes; las condiciones de vigencia, renovación y terminación del contrato de seguro; las personas asegurables y no asegurables; los riesgos principales y complementarios cubiertos; las exclusiones; los modos de cobertura; las previsiones sobre configuración, denuncia, verificación y liquidación de siniestros; los trámites a seguir para obtener el pago de la indemnización; y en fin, el contenido mínimo exigible a las pólizas, los certificados individuales de incorporación, las propuestas y las solicitudes individuales de adhesión.

La redacción de las condiciones generales comunes, condiciones particulares específicas y condiciones particulares es clara, precisa y detallada, permitiendo su fácil comprensión. Por lo demás, no difiere mucho de otros textos ya aprobados por la Superintendencia de Seguros para productos similares. En nuestro criterio, las mismas se encuentran alineadas a las disposiciones aplicables del Código Civil, la Ley No. 827/96 y demás normativas vigentes.

En suma, luego del correspondiente análisis, concluyo que el PLAN DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES puesto a consideración cumple con la regulación aplicable, y permite su aprobación.


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA
COLECTIVO PARA EMPLEADOS,
OBREROS, ASOCIACIONES Y
COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

1. Descripción del plan..... 1
2. Modelo de Póliza 4
3. Modelo de Certificado Individual 59
4. Modelo de Propuesta 66
5. Nota Técnica..... 75
6. Otros Elementos Contractuales 107
7. Requisitos Especiales para Caución.... 107
El presente plan consta de 115 páginas.

1. Descripción del plan

1.1 El objetivo del plan

El presente plan de seguro, con vigencia anual, tiene por objetivo asegurar a personas físicas que forman parte de sociedades, clubes, asociaciones, cooperativas, así como empleados, obreros y toda clase de grupos estables de carácter comercial y profesional e indemnizar a los Beneficiarios en caso de fallecimiento como cobertura principal y de manera complementaria y opcional, las coberturas de incapacidad total y permanente, beneficio por accidente, gastos de sepelio, protección familiar, anticipo de suma asegurada por enfermedades terminales, trasplante, enfermedades graves, gastos médicos y/o muerte o incapacidad permanente del cónyuge.

1.2 Riesgos a ser cubiertos

La Compañía pagará a los Beneficiarios la suma asegurada fijada para las coberturas contratadas y que figuran en las Condiciones Particulares, en caso de que el siniestro se produzca durante la vigencia de la póliza.

La cobertura principal es la de fallecimiento por muerte natural o accidental, teniendo la posibilidad de contratar de manera complementaria y opcional las coberturas de: incapacidad total y permanente, beneficio por accidente, gastos de sepelio, protección familiar, anticipo de suma asegurada por enfermedades terminales, trasplante, enfermedades graves, gastos médicos y/o muerte o incapacidad permanente del cónyuge. Se establecen exclusiones.

1.3 Partes que suscribirán el contrato

- **Asegurador o Compañía:** es la compañía aseguradora que, mediante la póliza respectiva, asume el riesgo de las coberturas establecidas en las Condiciones Particulares hasta los límites pactados por las prestaciones convenidas.
- **Contratante y/o Tomador:** es quien contrata el seguro con el Asegurador, quien acuerda o acepta las condiciones de la póliza y quien por ello está obligado al pago de la prima.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 2

- **Asegurado:** es la persona física sobre cuya vida se estipula el seguro y que deberá aceptar expresamente el mismo.
- **Beneficiario:** es la persona física o jurídica a quien o quienes el Asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de la póliza contraída, hasta el límite indicado en las condiciones de la misma.

1.4 Duración de la cobertura y procedimiento para anulación anticipada

La vigencia del contrato tendrá un plazo de un (1) año desde el momento de la verificación del riesgo o aceptación por parte del Asegurador.

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.

1.5 Elementos para verificación en caso de anulación anticipada

De acuerdo con lo establecido en la sección de "Régimen de Cobranzas de Premios", se deben aplicar las tarifas de corto plazo (Art. 1.562 C.C.) y la Tabla de Período Corto que se encuentra detallada en dicha sección.

1.6 Partes componentes de la póliza y forma de utilización de las mismas

La póliza (compuesta por las Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares, Régimen de Cobranzas de Premios), las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro presentadas por el Tomador y/o los Asegurados y los Certificados Individuales de Cobertura que se expiden a los Asegurados, constituyen el contrato completo entre el Tomador y/o Contratante, los Asegurados y el Asegurador.

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.

En las Condiciones Particulares de la póliza se incorporan los elementos necesarios para identificar correctamente el interés asegurado, la suma asegurada, el Tomador y/o Contratante, los riesgos cubiertos, la vigencia, la liquidación de la prima de seguro, los límites de indemnización para cada riesgo, así como otros elementos de conformidad a lo que establece la Resolución SS.SG. N° 215/17 y 238/19, así como sus anexos de la Superintendencia de Seguros.



Lic. Graciela Maldonado

Gerente General

Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros

Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 3

1.7 Descripción de los elementos que se prevé establecer en contratos subyacentes

No aplica.

1.8 Elementos de Tecnología de la Información a ser utilizados

Como herramienta para emisión y control de las Pólizas se utiliza el software SEBAOT que acompaña y optimiza la administración, control y seguimiento de todas las operaciones de comercialización, emisión, cobranza, siniestros, reaseguro, recursos humanos y contabilidad de las Compañías de Seguros, al tiempo que resulta una herramienta imprescindible para la toma de decisiones ya que aporta toda la información estratégica que la alta gerencia necesita.

Para difusión de las Coberturas y Condiciones se utiliza la página web institucional www.providenciaseguros.com.py.

1.9 Formas de coparticipación del Asegurado

La Compañía establece un periodo de carencia de:

- a) noventa (90) días para la cobertura de suma asegurada por enfermedad terminal.
- b) ciento ochenta (180) para la cobertura de trasplante.
- c) cero (0) a noventa (90) días dependiendo de la enfermedad para la cobertura de enfermedades graves.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 4

2. Modelo de Póliza.

CONDICIONES GENERALES COMUNES SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES CLÁUSULA 1

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

Los derechos y obligaciones del Asegurado, del Tomador, del Beneficiario 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.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO CLÁUSULA 2

El Tomador está obligado a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Art. 1.580 C.C.).

Toda agravación del riesgo que, si hubiese existido al tiempo de la celebración del contrato hubiera impedido éste o modificado sus condiciones, es causa de rescisión del seguro (Art. 1.581 C.C.).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado y/o del Tomador y/o del Beneficiario, la cobertura quedará suspendida. El Asegurador, en el plazo de siete (7) días de conocida la agravación, deberá notificar al Tomador su decisión de rescindir el contrato (Art. 1.582 C.C.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado y/o al Tomador y/o al Beneficiario o si éstos debieron permitirlo o provocarlo por razones ajenas a sus voluntades, el Asegurador deberá notificar al Tomador su decisión de rescindir el contrato dentro del plazo de un (1) mes de conocida la agravación y con preaviso de siete (7) días. Se aplicará el Art. 1.582 del Código Civil si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 5

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

- a) el Tomador incurra en la omisión o demora sin culpa o negligencia; y
- b) el Asegurador conozca o debiera conocer la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia (Art. 1.583 C.C.).

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

- a) si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido; y,
- b) en caso contrario, a percibir la prima por el periodo de seguro en curso (Art. 1.584 C.C.).

RETICENCIA Y FALSA DECLARACIÓN

CLÁUSULA 3

Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado y/o el Tomador que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace anulable el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres (3) meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art. 1.549 C.C.).

Cuando la reticencia no dolosa sea alegada en el plazo del Art. 1.549 del Código Civil, el Asegurador puede pedir la nulidad del contrato restituyendo la Prima percibida con deducción de los gastos o reajustarla con la conformidad del Tomador al verdadero estado del riesgo (Art. 1.550 C.C.).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las Primas de los periodos transcurridos y del periodo en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 1.552 C.C.).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar el contrato, el Asegurador no adeudará prestación alguna (Art. 1.553 C.C.).

PAGO DE LA PRIMA

CLÁUSULA 4

La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 1.573 C.C.).

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan F. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 6

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

En el supuesto de entrega de la póliza sin percepción de la prima, en defecto de convenio entre las partes, el Asegurador podrá rescindir el presente contrato con un plazo de denuncia de un (1) mes. La rescisión no se producirá si la prima fue pagada antes del vencimiento del plazo de denuncia.

El Asegurador, a solicitud del Asegurado, podrá fraccionar el pago de la prima, quedando configurada la mora del pago de la prima fraccionada al mero vencimiento del plazo estipulado para dicho pago.

En todos los casos en que el Asegurado y/o el Beneficiario reciban indemnización por el daño o la pérdida, se deberá pagar la Prima íntegra (Art. 1.574 C.C.).

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. 1.575 C.C.).

Cuando el Tomador haya denunciado erróneamente un riesgo más grave, tendrá 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 haya disminuido, el Tomador tiene derecho al reajuste de la prima por los períodos posteriores de acuerdo a la tarifa aplicable al tiempo de la denuncia de la disminución (Art. 1.577 C.C.).

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLÁUSULA 5

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 (Art. 1.595 C.C.).

Para representar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para actuar en su nombre (Arts. 1.596 C.C.).

DENUNCIA DE SINIESTRO

CLÁUSULA 6

El Tomador y/o el Asegurado y/o el Beneficiario comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a la indemnización; salvo que se acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia suya (Arts. 1.589 y 1.590 C.C.).

**Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 7

También están obligados 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 (Art. 1.589 C.C.).

El Asegurado y/o el Beneficiario pierden el derecho a ser indemnizados si se dejan de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el Art. 1.589 del Código Civil o se exageran fraudulentamente los daños o se emplean pruebas falsas para acreditar los daños (Art. 1.590 C.C.).

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

CLÁUSULA 7

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado y/o al Tomador y/o al Beneficiario por el Código Civil (salvo que se haya previsto otro efecto en el mismo para el incumplimiento) y en el presente contrato, produce la caducidad de los derechos de los mismos si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Art. 1.579 del Código Civil.

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 8

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

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

GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

CLÁUSULA 9

Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable son a cargo del Asegurador, en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del Asegurado y/o del Tomador y/o del Beneficiario. Se excluye el reembolso de la remuneración del personal dependiente del Asegurado y/o del Tomador y/o del Beneficiario (Art. 1.614 C.C.).

REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO

CLÁUSULA 10

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 8

El Asegurado y/o el Tomador podrán hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño y serán por su cuenta los gastos de esa representación (Art. 1.613 C.C.).

VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR CLÁUSULA 11

El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del Asegurado, dentro de los treinta (30) días de recibida la información complementaria prevista para la denuncia del siniestro. La omisión de pronunciarse dentro del plazo importa aceptación. En caso de negativa, el Asegurador deberá enunciar todos los hechos en que se funde (Art. 1.597 C.C.).

El pago de la indemnización se hará dentro de los quince (15) días de finalizado el plazo previsto más arriba para que el Asegurador se pronuncie sobre el derecho del Asegurado (Art. 1.591 C.C.).

Es nulo el convenio que exonere al Asegurador de la responsabilidad por su mora (Art. 1.592 C.C.).

El Asegurador incurre en mora por el mero vencimiento de los plazos (Art. 1.593 C.C.).

RESCISIÓN UNILATERAL CLÁUSULA 12

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

Si el Asegurador ejerce el derecho a rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la Prima devengada por el tiempo transcurrido según las tarifas de corto plazo (Art. 1.562 C.C.).

MORA AUTOMÁTICA CLÁUSULA 13

Toda denuncia o declaración impuesta por esta póliza o por el Código Civil debe realizarse en el plazo fijado para el efecto. Las partes incurren en mora por el mero vencimiento del plazo (Art. 1.559 C.C.).



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros

Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

PRESCRIPCIÓN
CLÁUSULA 14

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un (1) año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible y para el caso de muerte o incapacidad, desde que el Beneficiario haya conocido la existencia del beneficio; pero en ningún caso excederá de tres (3) años desde el acaecimiento del siniestro (Art. 666 C.C.).

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES
CLÁUSULA 15

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en el Código Civil o en el presente contrato es el último declarado (Art. 1.560 C.C.).

USO DE LOS DERECHOS POR EL TOMADOR
CLÁUSULA 16

Cuando se encuentre en posesión de la póliza, el Tomador puede disponer a nombre propio de los derechos que resultan del contrato. Puede igualmente cobrar la indemnización, pero el Asegurador tiene el derecho de exigir que el Tomador acredite previamente el consentimiento del Asegurado, a menos que el Tomador demuestre que contrató por mandato de aquéllos o en razón de una obligación legal (Art. 1.567 C.C.).

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS
CLÁUSULA 17

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

PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN
CLÁUSULA 18

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza (Art. 1.560 C.C.).


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 10

**CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS
SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS,
OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES**

**COBERTURA
CLÁUSULA 1**

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

El Asegurador pagará al Beneficiario el capital asegurado estipulado en las Condiciones Particulares para las coberturas complementarias y opcionales en caso de que hayan sido contratadas:

- a) Incapacidad Total y Permanente.
- b) Beneficio de Accidente.
- c) Gastos de Sepelio.
- d) Protección Familiar.
- e) Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedades Terminales.
- f) Gastos Médicos.
- g) Trasplante.
- h) Enfermedades Graves.
- i) Muerte o Incapacidad permanente del Cónyuge.

El modo de cobertura es base ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en los Certificados Individuales durante la vigencia de la póliza).

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

**CONTRATO COMPLETO
CLÁUSULA 2**

Esta póliza, las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro presentadas por el Tomador y los Asegurados, respectivamente, el Registro de Asegurados y los Certificados Individuales de Cobertura que se expiden a los Asegurados, constituyen el contrato completo entre el Tomador, los Asegurados y el Asegurador.

**VIGENCIA DEL CONTRATO
CLÁUSULA 3**

Previo pago de la prima inicial correspondiente y una vez entregada la póliza al Tomador, este seguro entrará en vigor en la fecha de iniciación y caducará automáticamente, sin



Lic. Graciela Malagón
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros

Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

necesidad de comunicación expresa al respecto, en el día de su vencimiento, si no fuere previamente renovado.

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

RENOVACIÓN DEL CONTRATO
CLÁUSULA 4

Este contrato es renovable anualmente mediante el pago oportuno de la prima correspondiente. En cada renovación se aplicarán las primas en vigor del Asegurador en dicha fecha, de acuerdo con la edad alcanzada por el conjunto de los Asegurados.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO
CLÁUSULA 5

Son causas de terminación del contrato:

- a) El vencimiento de la póliza producida automáticamente en la fecha mencionada en la misma si no fuere previamente renovada.
- b) Cuando el número de Asegurados sea inferior a diez (10) personas, en cuyo caso el contrato caducará en forma automática.

PERSONAS ASEGURABLES
CLÁUSULA 6

A los efectos de este seguro se considerarán asegurables a todos los empleados y obreros que se encontraren al servicio activo del Tomador, así también a todas las personas que estén asociadas, adheridas, afiliadas o de algún modo formen parte integrante de asociaciones, agremiaciones, sindicatos, cooperativas u otro tipo de comunidades u organizaciones ligadas por un interés común.

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

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

Los empleados y obreros que en el futuro ingresen al servicio del Tomador podrán incorporarse de inmediato al Seguro, siempre que satisfagan los requisitos médicos y de asegurabilidad que exija el Asegurador.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 12

Podrán incorporarse al presente seguro en las mismas condiciones requeridas para los empleados y obreros, los directores y gerentes.

PERSONAS NO ASEGURABLES **CLÁUSULA 7**

De conformidad con el Art. 1.663 del Código Civil, no pueden asegurarse en el riesgo de muerte los interdictos y los menores de catorce (14) años de edad. Tampoco son asegurables por esta póliza los menores hasta los diez y ocho (18) años de edad ni las personas mayores de «completar edad en letras» («completar edad en números») años.

NÚMERO MÍNIMO DE ASEGURADOS **CLÁUSULA 8**

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

Si en determinado momento no se cumpliera esta condición, el presente contrato caducará automáticamente según lo establecido en el Inc. b) Cláusula 5 de estas Condiciones Particulares Específicas.

INGRESO AL SEGURO **CLÁUSULA 9**

Podrán ingresar al seguro todas las personas asegurables que sean mayores de diez y ocho (18) y menores de «completar edad en letras» («completar edad en números») años de edad y que presenten la correspondiente Solicitud de Seguro Individual por cuenta del Tomador.

El Tomador deberá suministrar al Asegurador la nómina completa de los Asegurados por medio de las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro o las planillas de declaración de altas, sin perjuicio del derecho que se reserva el Asegurador de rechazar el riesgo dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de tales documentos.

De acuerdo con la política de suscripción, el Asegurador podrá solicitar una Declaración de Salud y/o exámenes médicos.

DERECHO EN CASO DE SERVICIO MILITAR **CLÁUSULA 10**

Los Asegurados que deban cumplir con el servicio militar en tiempo de paz proseguirán en el seguro siempre que se continúen abonando las primas respectivas.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 13

Si no se acogieren a este derecho, podrán solicitar su reincorporación sin presentar las nuevas pruebas de asegurabilidad que pudiera solicitar el Asegurador para los que ingresen al seguro, dentro del término de treinta (30) días desde su reintegro activo al Tomador.

RESIDENCIA. RIESGOS NO CUBIERTOS

CLÁUSULA 11

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

El Asegurador no abonará la indemnización cuando el fallecimiento del Asegurado se produjera como consecuencia de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos).
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- e) Guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya. En caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- f) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte (suicidio) o tentativa de suicidio, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años por la misma deuda. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad del asegurado, el Asegurador no se libera (Art. 1670 C.C.).
- g) Acto ilícito provocado por el asegurado (Art. 1671 C.C.).
- h) Participación en empresa criminal, duelo o por aplicación legítima de la pena de muerte (Art. 1672 C.C.).
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.
- j) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- k) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro.
- l) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- m) La práctica o desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.

**Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 14

- n) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiese reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- o) Los accidentes causados por infracción grave del Asegurado o los Beneficiarios del seguro a las Leyes, Ordenanzas Municipales y Decretos relativos a la seguridad de las personas.
- p) Pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud. *[Obs. A ser incluido de acuerdo a la política de suscripción]*

INTERVENCION DEL CONTRATANTE

CLÁUSULA 12

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

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

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 edad que efectivamente corresponda y el Tomador será responsable por la diferencia que resulte.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE COBERTURA

CLÁUSULA 13

A solicitud del Tomador o Asegurador, el Asegurador emitirá un Certificado Individual de Cobertura para cada Asegurado, en el que constarán las prestaciones a las que tiene derecho y los datos establecidos por la normativa vigente de la Superintendencia de Seguros.

VIGENCIA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES

CLÁUSULA 14

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 doce (12) meses.

La vigencia de los Certificados Individuales correspondientes a las personas que ingresen posteriormente al seguro comenzará desde la fecha de recibo de la Solicitud del Tomador o de la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro, sin perjuicio del derecho que se


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

reserva el Asegurador de rechazar el riesgo dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de la solicitud respectiva.

SALIDA DEL SEGURO
CLÁUSULA 15

Las personas que se separen definitivamente del conjunto de Asegurados, ya sea por exclusión, renuncia, despido o jubilación, dejarán de estar aseguradas al momento de la exclusión, renuncia, despido o jubilación respectivos, quedando automáticamente nulo y sin ningún valor el correspondiente Certificado Individual de Cobertura.

En caso de cancelación de la presente póliza, todos los Certificados Individuales de Cobertura correspondientes a la misma caducarán automáticamente.

PRIMAS
CLÁUSULA 16

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

En cada renovación se calculará la tasa según la edad media alcanzada por el conjunto de Asegurados y ésta se aplicará durante el siguiente período. A esta tasa se le sumarán, si correspondiere, los recargos necesarios para la cobertura de los seguros complementarios, y los que exigieren las distintas ocupaciones.

A aquellos que ingresen con posterioridad a la fecha de inicio, o a los que se separen del conjunto de Asegurados durante el transcurso de un período anual, se les aplicará la tasa por meses completos de cobertura efectiva, depreciando las fracciones de meses.

PAGO DE PRIMA
CLÁUSULA 17

El pago de las primas de esta póliza podrá efectuarse en forma mensual, trimestral, semestral o anual.

Los cambios en la forma de pago de las primas originalmente convenidas se solicitarán por escrito.

CAMBIO DEL CONTRATANTE
CLÁUSULA 18

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 16

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

BENEFICIARIOS

CLÁUSULA 19

a) Designación:

La designación de Beneficiario o Beneficiarios se hará por escrito, en la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el Inc.

b) de esta cláusula.

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

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

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado si no hubiese otorgado testamento válido; si lo hubiese otorgado, se tendrán por designados a los herederos instituidos y a los legítimos. 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 surtirá efecto frente al Asegurador si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva y presenta esta póliza para que se efectúe en ella la anotación correspondiente.

Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado a la póliza, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que corresponden a la orden conjunta de los Beneficiarios anotados en la póliza y los designados con posterioridad



Lic. Graciela Muldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 17

mediante cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por el Asegurador hasta el momento de la consignación. El Asegurador quedará liberado en caso de pagar el capital asegurado a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

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

LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO

CLÁUSULA 20

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador efectuará el pago que corresponda conforme a lo establecido en el Art. 1.591 del Código Civil.

El Asegurador deberá recibir las siguientes pruebas: copia legalizada de la partida de defunción, declaración del médico que hubiere asistido al Asegurado o certificado de su muerte y declaración del Beneficiario, ambas declaraciones extendidas en formulario que suministrará el Asegurador. También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiere instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieren.

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

En casos de terremoto, naufragio, accidente aéreo o terrestre, incendio u otra catástrofe en que el Asegurado desapareciere y no quepa admitir razonablemente su supervivencia (Art. 63 C.C.), 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 21

Todo lo relativo a esta póliza será tratado por conducto del Tomador. El mismo está obligado a dar aviso de inmediato al Asegurador en los formularios que éste le suministre, de todos los ingresos y salidas de Asegurados, así como de las modificaciones de las sumas aseguradas, enviando al mismo tiempo las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro para las modificaciones necesarias.



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros

Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA
EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES
Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 18

Asimismo, deberá notificar al Asegurador los siniestros en caso de fallecimiento, incapacidad permanente y total, accidentes, gastos de sepelio, protección familiar, enfermedades terminales, trasplantes, enfermedades graves, y gastos médicos, si estos seguros complementarios estuvieren incluidos en la cobertura contratada.

Todas las comunicaciones y notificaciones que el Asegurador deba hacer a los Asegurados se considerarán válidas y completas cuando las remita por conducto del Tomador.

ERRORES ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA 22

Los errores administrativos que puedan producirse en los registros de este seguro no invalidarán un seguro en vigor ni continuarán uno ya terminado. Descubierto el error, se hará el reajuste correspondiente.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 19

SEGURO COMPLEMENTARIO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

DEFINICIÓN

CLÁUSULA 1

La Compañía concederá el beneficio que acuerda este seguro complementario al Asegurado cuyo estado de incapacidad total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia la actividad remunerativa que venían desempeñando al momento de sufrida la incapacidad total y permanente, siempre que tal estado sea una situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para ejercer su profesión y siempre que tal circunstancia haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de este seguro. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Sin perjuicio de otras causas, la Compañía reconocerá como casos de incapacidad 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 o accidente;
- 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.

RIESGOS EXCLUIDOS

CLÁUSULA 2

El Asegurador no abonará la indemnización cuando la incapacidad permanente del Asegurado se produjera como consecuencia de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos).
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 20

- e) Guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya. En caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- f) Tentativa de suicidio, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años por la misma deuda. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad del asegurado, el Asegurador no se libera (Art. 1670 C.C.).
- g) Acto ilícito provocado por el asegurado (Art. 1671 C.C.).
- h) Participación en empresa criminal, duelo o por aplicación legítima de la pena de muerte (Art. 1672 C.C.).
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.
- j) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- k) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro.
- l) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- m) La práctica o desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- n) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiese reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- o) Los accidentes causados por infracción grave del Asegurado o los Beneficiarios del seguro a las Leyes, Ordenanzas Municipales y Decretos relativos a la seguridad de las personas.

INDEMNIZACIONES

CLÁUSULA 3

Si el Asegurado sufre una incapacidad total y presumiblemente permanente que lo obligue a abandonar su empleo, ocupación o profesión, el Asegurador, una vez recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas y transcurrido el período de espera de ciento ochenta (180) días, abonará el capital asegurado para el caso de muerte.

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

El pago anticipado del capital asegurado en caso de incapacidad total y permanente dejará sin efecto la cobertura por fallecimiento y el seguro complementario de accidente en caso de ser contratado, quedando la presente póliza automáticamente nula y sin ningún valor.



Lic. Graciela Mallonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros

Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 21

DENUNCIA DEL SINIESTRO Y COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

CLÁUSULA 4

El Tomador y/o el Asegurado y/o el Beneficiario comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a la indemnización, salvo que se acrediten caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 1.589 y 1.590 C.C.).

También deberán suministrar al Asegurador las pruebas necesarias para la comprobación de las causas del siniestro, la forma en que se produjo y las consecuencias del mismo. Además, será necesaria la presentación del certificado de nacimiento del Asegurado, si su edad no hubiera sido comprobada anteriormente ante el Asegurador.

VALUACION POR PERITOS

CLÁUSULA 5

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

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (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 primer párrafo de esta cláusula, 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.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 6

El Asegurador dejará de cubrir la incapacidad total y permanente prevista 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 hubiere vencido.
- b) cuando a solicitud del Asegurado se declare nulo el presente seguro complementario.

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA
EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES
Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 22

- c) cuando el Asegurado a consecuencia de una incapacidad ya comprobada tuviera derecho al pago anticipado del capital asegurado correspondiente.
- d) por término de la cobertura principal.
- e) cuando el Asegurado cumpla los «completar número con letras» («completar en números») años de edad.



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS
Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 23

SEGURO COMPLEMENTARIO BENEFICIO POR ACCIDENTE

DEFINICIÓN

CLÁUSULA 1

El Asegurador cubre al Asegurado contra las consecuencias de los accidentes que pudieran ocurrirle, dentro de las condiciones que se especifican en el presente seguro complementario.

Se entiende por accidente, a los efectos de este Seguro Complementario, todo hecho que cause una lesión corporal que pueda ser determinada por médicos de una manera cierta al Asegurado, independiente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de un agente externo.

RIESGOS EXCLUIDOS

CLÁUSULA 2

La Compañía no pagará la indemnización, salvo pacto en contrario, cuando el accidente se produjera por alguna de las siguientes causas:

- a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos).
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- e) Guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya. En caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- f) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte (suicidio) o tentativa de suicidio, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años por la misma deuda. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad del asegurado, el Asegurador no se libera (Art. 1670 C.C.).
- g) Acto ilícito provocado por el asegurado (Art. 1671 C.C.).
- h) Participación en duelos y en desafíos o riñas, no considerándose como riñas, los casos de legítima defensa del asegurado o de sus familiares, así como la participación en empresa criminal, duelo o por aplicación legítima de la pena de muerte (Art. 1672 C.C.).
- i) Las acciones causadas por la acción de los rayos X, del radio o de cualquier otro elemento radioactivo, o acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 24

- j) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- k) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro.
- l) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- m) La práctica o desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- n) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiese reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- o) Los accidentes causados por infracción grave del Asegurado o los Beneficiarios del seguro a las Leyes, Ordenanzas Municipales y Decretos relativos a la seguridad de las personas, o por actos notoriamente peligrosos que no sean justificados por alguna necesidad, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- p) Salvo que sobrevengan a consecuencia de algún accidente cubierto por la presente póliza o del tratamiento de las lesiones por el producidas, no están cubiertas las enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por picaduras de insectos, salvo las especificadas en la Cláusula 3 de estas Condiciones Particulares Específicas.
- q) Salvo que sobrevengan a consecuencia de algún accidente cubierto por la presente póliza o del tratamiento de las lesiones por el producidas, exceptuando los casos contemplados en la Cláusula 3 de estas Condiciones Particulares Específicas, no están cubiertas la insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamientos y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, de psicopatías transitorias o permanentes, o de operaciones quirúrgicas o tratamientos.
- r) Los accidentes causados por vértigos, vahído, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que sobrevengan en estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante su vigencia, o en estado de ebriedad o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- s) Los accidentes derivados del uso de motocicleta y vehículos similares, de la navegación aérea realizada en líneas no sujetas a itinerario fijo.
- t) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico; por actos de guerra civil, internacional declarada o no e insurrecciones, y por tumultos populares, salvo que el Asegurado no participe en estos últimos como elemento activo.
- u) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia, o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros

Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Asimismo, se entiende que rigen para este Seguro Complementario las exclusiones establecidas en las Condiciones Particulares Específicas de la cobertura principal de la póliza.

INDEMNIZACIONES
CLÁUSULA 3

Si el Asegurado sufre un accidente de cuya consecuencia surja una incapacidad; el Asegurador, una vez recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas y tras un periodo de espera de ciento ochenta (180) días, abonará los siguientes porcentajes del Capital Máximo Asegurado por este Seguro Complementario para el Asegurado.

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

100%	Adicional a la cobertura principal, en caso de fallecimiento del Asegurado
100%	En caso de amputación de las dos manos o de los dos pies o de una mano y un pie.
100%	En caso de pérdida total de la visión de ambos ojos.
60%	En caso de amputación de brazo o mano derecha.
50%	En caso de amputación del brazo o mano izquierda.
40%	En caso de amputación de una pierna a la altura de la rodilla.
30%	En caso de amputación de un pie.
25%	En caso de pérdida completa de la visión de un ojo.
18%	En caso de amputación del dedo pulgar de la mano derecha.
16%	En caso de amputación del dedo pulgar de la mano izquierda.
14%	En caso de amputación del dedo índice de la mano derecha.
12%	En caso de amputación del dedo índice de la mano izquierda.
8%	En caso de amputación de cualquier otro dedo de la mano derecha.
6%	En caso de amputación de cualquier otro dedo de la mano izquierda.
5%	En caso de amputación de cualquier otro dedo del pie.

En caso de amputación de varios dedos, la indemnización será determinada sumando las cantidades correspondientes a cada uno de los dedos amputados.

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 26

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

INDEMNIZACIÓN MÁXIMA CLÁUSULA 4

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 del capital asegurado por el presente Seguro Complementario para el Asegurado.

Si el accidente fuera la causa directa de la muerte del Asegurado y ya se hubieran pagado al mismo indemnizaciones por el mismo accidente o por otros anteriores, el Asegurador abonará solamente el saldo hasta completar el capital máximo asegurado por este Seguro Complementario.

DENUNCIA DEL SINIESTRO Y COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE CLÁUSULA 5

El Tomador y/o el Asegurado y/o el Beneficiario comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a la indemnización, salvo que se acrediten caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 1.589 y 1.590 C.C.).

También deberán 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. Además, será necesaria la presentación del certificado de nacimiento del Asegurado, si su edad no hubiera sido comprobada anteriormente ante el Asegurador.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA CLÁUSULA 6

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

- a) por término de la cobertura principal.
- b) cuando la póliza determinante del presente Seguro Complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de alguna Prima o hubiere vencido.
- c) cuando a solicitud del Asegurado se declare nulo el presente Seguro Complementario.
- d) cuando el Asegurado a consecuencia de una incapacidad ya comprobada, tuviera derecho al pago anticipado del capital asegurado correspondiente.

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA
EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES
Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 27

e) cuando el Asegurado cumpla los «completar número con letras» («completar en números») años de edad.



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS
Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

SEGURO COMPLEMENTARIO
GASTOS DE SEPELIO

DESCRIPCIÓN
CLÁUSULA 1

Queda entendido y convenido que, en virtud del premio adicional correspondiente, el Asegurador cubrirá los gastos funerarios del Asegurado en caso de fallecimiento. El monto de la suma asegurada para esta cobertura se encuentra establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. El modo de cobertura es base ocurrencia.

EXCLUSIONES
CLÁUSULA 2

Se entiende que rigen para esta cobertura adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares Específicas del seguro principal de la póliza.

REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO
CLÁUSULA 3

El monto a resarcir por gastos de sepelio será para la persona, Beneficiaria o no, que pueda demostrar fehacientemente los gastos incurridos por el sepelio del Asegurado del presente seguro. Si en el plazo de noventa (90) días desde la fecha del deceso no existiese reclamo alguno por este concepto, el monto del capital asegurado para esta cobertura se adicionará al capital de la cobertura principal si correspondiere, y regirán las condiciones de dicha cobertura principal.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA
CLÁUSULA 4

La cobertura cesará por término de la cobertura principal.

CONDICIONES APLICABLES
CLÁUSULA 5

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


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

**SEGURO COMPLEMENTARIO
PROTECCIÓN FAMILIAR**

**RIESGOS CUBIERTOS
CLÁUSULA 1.**

Queda entendido y convenido que, en virtud del premio adicional correspondiente, el Asegurador cubrirá los gastos funerarios del cónyuge hasta los «completar número con letras» («completar en números»), años y/o hijos menores de dieciocho (18) años en caso de fallecimiento por todo accidente cubierto por el presente seguro, con indemnización de hasta la suma establecida en las Condiciones Particulares.

**EXCLUSIONES
CLÁUSULA 2.**

Se entiende que rigen para esta cobertura adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares Específicas del seguro principal de la póliza.

**REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO
CLÁUSULA 3.**

El monto a resarcir por gastos de sepelio, será otorgado a la persona que presente las facturas y/o boletas de venta originales que acrediten haber incurrido en tal gasto, en las cuales deben figurar nombre, domicilio y documento de identidad de la persona que realizó las erogaciones y los datos del cónyuge o hijo fallecido. Si existiere un remanente entre el monto asegurado y el monto efectivamente abonado luego de reembolsar los importes de las facturas mencionadas, se deberá otorgar al Asegurado titular o herederos legales. Si en el plazo de noventa (90) días desde la fecha del deceso no existiese reclamo alguno por este concepto, el monto del capital asegurado para esta cobertura se pagará al Asegurado titular o herederos legales.

**INDEMNIZACIÓN
CLÁUSULA 4.**

El monto indemnizado en virtud de este Seguro Complementario será independiente del capital asegurado a pagarse al fallecimiento del Asegurado titular.

**TERMINACION DEL CONTRATO
CLÁUSULA 5.**

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 30

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

- a) Al caducar la póliza.
- b) Cuando el cónyuge cumpliera los «completar número con letras» («completar en números») años de edad y los hijos cumplieran los dieciocho (18) años.
- c) Cuando se produjera el fallecimiento del titular de la presente póliza.
- d) Si el Asegurador procedió a la indemnización por incapacidad total permanente al Asegurado titular de la póliza.
- e) cuando la póliza determinante del presente seguro complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de la prima.
- f) cuando a solicitud del Asegurado se declare nulo el presente seguro complementario.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 6.

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


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 31

**SEGURO COMPLEMENTARIO
SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDADES TERMINALES**

**RIESGO ASEGURADO
CLÁUSULA 1.**

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cobertura cuando al Asegurado le sea diagnosticada, de acuerdo con los conocimientos médicos y científicos del momento del examen, una enfermedad incurable, de progresión rápida y en su fase terminal, con una esperanza de vida no superior a los doce (12) meses, siempre que la misma le hubiera sido diagnosticada por primera vez después de la fecha de vigencia de la póliza y antes de cumplir los «completar número con letras» («completar en números») años.

Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha anteriormente mencionada.

**INDEMNIZACIÓN
CLÁUSULA 2.**

Una vez recibida toda la información y/o documentación necesaria para comprobar la ocurrencia del evento cubierto bajo este Seguro Complementario, la Compañía abonará una porción del capital asegurado por muerte, dentro del plazo estipulado según leyes del Paraguay. El beneficio será establecido en las Condiciones Particulares como porcentaje del capital asegurado de muerte y no podrá superar el monto máximo allí fijado. Dicho porcentaje de capital asegurado por muerte será como máximo del cincuenta por ciento (50%).

**REDUCCIÓN DE LOS VALORES DE LA PÓLIZA
CLÁUSULA 3.**

Este beneficio constituye un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte y/o incapacidad total permanente del Asegurado. El monto indemnizado en virtud de este Seguro Complementario será deducido del capital asegurado a pagarse al fallecimiento y/o incapacidad total y permanente del Asegurado.

**PERIODO DE CARENCIA
CLÁUSULA 4.**

La Compañía establece un periodo de carencia de noventa (90) días a contar desde la Fecha de Inicio de Vigencia. En caso de que la cobertura sea renovada de manera ininterrumpida, no se aplicará el periodo de carencia para las sucesivas renovaciones.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 32

Así sólo tendrá validez para la obtención del beneficio correspondiente, el primer diagnóstico, emitido después de transcurrido dicho plazo.

RIESGOS NO CUBIERTOS

CLÁUSULA 5.

La Compañía no anticipará ninguna indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio del Asegurado o lesiones auto infringidas.
- b) Abuso de alcohol y/o drogas.
- c) Uso de estupefacientes y/o narcóticos y/o estimulantes; salvo en caso de prescripción médica.
- d) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- e) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- f) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las que el Asegurado padeciera con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este Seguro Complementario.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cobertura complementaria las exclusiones de la cobertura principal de la presente póliza.

DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

CLÁUSULA 6.

Son cargas del Asegurado o Tomador;

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad terminal.
- b) Proveer pruebas satisfactorias a la Compañía de su enfermedad terminal y que la expectativa de vida del Asegurado sea de doce (12) meses o menos desde el día de la presentación de la solicitud del Beneficiario. Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su esposa, ni un miembro cercano de su familia, ni una persona que conviva con él. Asimismo, se requiere que el Asegurado recurra para tratamiento de su enfermedad terminal, a un establecimiento asistencial (sanatorio, hospital, clínica, instituto, policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Departamental o Nacional, y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gasto a cargo de ésta.

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA
EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES
Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 33

PLAZO DE PRUEBA

CLÁUSULA 7.

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere la cláusula 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 la Cláusula 6 no resultan concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico

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

VALUACIÓN POR PERITOS

CLÁUSULA 8.

Si existieran divergencias entre el Asegurado y la Compañía sobre la existencia de la enfermedad, las mismas deberán ser dilucidadas por dos (2) médicos designados, uno (1) por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo, para el caso de divergencia. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercer perito, este nombramiento lo hará la Secretaria de Estado de Salud Pública de la Nación o lo equivalente en República del Paraguay.

Los médicos designados por las partes deberán presentar informe dentro de los treinta (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 la otra, o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa intimación a la otra parte, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los terceros serán pagados por la parte que pierda el fallo.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 9.

La cobertura prevista en este seguro complementario, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede este seguro complementario.
- b) Al extinguirse la póliza y/o seguro complementario.

**Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

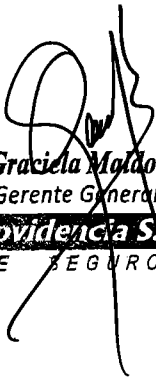
Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 34

- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla «completar número con letras» («completar en números») años de edad.
- d) Cuando la póliza determinante del presente seguro complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de alguna prima o hubiere vencido.
- e) Cuando a solicitud del Asegurado se declara nulo el presente seguro complementario.

CONDICIONES APLICABLES
CLÁUSULA 7

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


 **Llc. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 35

SEGURO COMPLEMENTARIO GASTOS MÉDICOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTES

DEFINICIÓN CLÁUSULA 1

Queda entendido y convenido que en virtud del premio adicional correspondiente, el Asegurador amplía la cobertura de la póliza para cubrir las sumas incurridas por Asistencia Médica motivadas por todo accidente cubierto por la presente cobertura complementaria, ocurrido dentro de los límites establecidos en la cláusula de las Condiciones Particulares Específicas, hasta el porcentaje de la cobertura principal de fallecimiento establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual.

Los gastos que la Compañía tomará a su cargo serán los honorarios médicos, el costo de la internación, el de los productos farmacéuticos, estudios clínicos, laboratoriales y estudios por imágenes y radiografías, pero no los gastos de viaje y estadías en balnearios o termas o de convalecencia ni por suministro de aparatos ortopédicos, lentes, media y fajas de goma, prótesis y obturaciones dentales.

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

EXCLUSIONES CLÁUSULA 2

La presente cobertura complementaria no cubre las lesiones del Asegurado que ocurran a consecuencia de:

- 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.
- 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.
- 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.



Lic. Graciela Malanado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros

Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 36

- 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 drogas o alucinógenos. 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 regular).
- g) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- h) Los gastos amparados en este adicional no serán pagaderos en caso de que los accidentes sean en motocicleta, salvo pacto en contrario.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cobertura complementaria las exclusiones de la cobertura principal de la presente póliza.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA CLÁUSULA 3

Esta cobertura complementaria es parte integrante y accesoria de la cobertura 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 cobertura complementaria en los siguientes casos:

- a) Por terminación anticipada de la cobertura principal.
- b) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de la cobertura complementaria de incapacidad permanente, en caso de haber sido contratado.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla «completar número con letras» («completar en números») años de edad.
- d) Cuando la póliza determinante del presente seguro complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de la prima.
- e) Cuando a solicitud del Asegurado se declare nulo el presente seguro complementario.

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.

AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTE ADICIONAL CLÁUSULA 4


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Providencia S.A. de Seguros

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

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

Asimismo, deberá presentar a el 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 este seguro complementario 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 a el Asegurador 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 solicite para efectos de determinar y verificar las lesiones originadas en el accidente. El costo de éstos será a cargo del Asegurador.

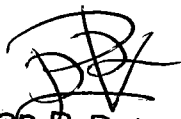
PAGO DE SINIESTRO
CLÁUSULA 5

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.

CONDICIONES APLICABLES
CLÁUSULA 6

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


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 38

SEGURO COMPLEMENTARIO TRASPLANTE

DESCRIPCIÓN CLÁUSULA 1

El Asegurador de acuerdo con las definiciones contenidas en el presente seguro complementario, 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 *[completar con letras]* *[(completar con números)]* días después del diagnóstico de la enfermedad que sugiera o recomiende el trasplante de órganos, de acuerdo con los términos definidos en la Cláusula 4 del presente seguro complementario 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 la Cláusula 4 del presente seguro complementario 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.

EXCLUSIONES CLÁUSULA 2

El Asegurador no efectuará pago alguno cuando el trasplante de órganos, tal como se define en la cláusula 4 del presente seguro complementario 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

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 39

- 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 manifestadas 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 de la cláusula 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 con la cláusula 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 la cláusula 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.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cobertura complementaria las exclusiones de la cobertura principal de la presente póliza.

LIMITACIONES

CLÁUSULA 3

- a. Limitación temporal: los Beneficios estipulados en la presente cobertura de anticipo entrarán en vigencia después de que haya transcurrido noventa (90) días, contados a partir de iniciada la vigencia de la póliza.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 40

- b. Edad aceptable: esta cobertura solo podrá asegurarse a personas en edades comprendidas desde los dieciocho (18) años y hasta los «completar número con letras» («completar en números»). años.
- c. Pago único: en las Condiciones Particulares se establecerá la suma asegurada. 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.

DEFINICIONES

CLÁUSULA 4

- 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.

REDUCCION DEL CAPITAL ASEGURADO

CLÁUSULA 5


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 41

El pago de esta cobertura complementaria pondrá término a ésta, y reducirá el capital asegurado de la cobertura principal (muerte) establecido en las Condiciones del Certificado Individual, quedando el remanente como su suma asegurada para dicha cobertura principal de muerte.

Sin embargo, el Asegurador después de transcurridos ciento ochenta (180) días contados desde el pago del beneficio de esta cobertura de anticipo y siempre que la póliza se encuentre vigente y el Asegurado esté vivo, podrá solicitar el aumento de la suma asegurada de la cobertura principal. El Asegurador podrá exigir el informe del o de los médicos tratantes, sobre el estado de evolución del Asegurado de manera que el asesor médico de aquel, pueda dictaminar las nuevas condiciones técnicas y económicas de asegurabilidad.

ESTIPULACIONES GENERALES

CLÁUSULA 6

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.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 7

Esta cobertura complementaria es parte integrante y accesoria de la cobertura 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 cobertura complementaria en los siguientes casos:

- a) Por terminación anticipada de la cobertura principal.
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla «completar número con letras» («completar en números») años de edad.
- c) Cuando la póliza determinante del presente seguro complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de la prima.
- d) Cuando a solicitud del Asegurado se declare nulo el presente seguro complementario.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Providencia S.A. de Seguros

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 42

SEGURO COMPLEMENTARIO MUERTE O INCAPACIDAD PERMANENTE DEL CONYUGE

RIESGOS CUBIERTOS

CLÁUSULA 1.

Queda entendido y convenido que, en virtud del premio adicional correspondiente, el Asegurador cubrirá la muerte o incapacidad total o parcial permanente por el presente seguro del cónyuge del Asegurado hasta los «completar número con letras» («completar en números») años, con indemnización de hasta la suma establecida en las Condiciones Particulares.

EXCLUSIONES

CLÁUSULA 2.

Se entiende que rigen para esta cobertura adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares Específicas del seguro principal de la póliza.

INDEMNIZACIÓN

CLÁUSULA 3.

El monto indemnizado en virtud de este Seguro Complementario será independiente del capital asegurado a pagarse al fallecimiento del Asegurado titular.

TERMINACION DEL SEGURO COMPLEMENTARIO

CLÁUSULA 4.

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

- g) Al caducar la póliza.
- h) Cuando el cónyuge cumpliera los «completar número con letras» («completar en números») años de edad
- i) Cuando se produjera el fallecimiento del titular de la presente póliza o de su cónyuge.
- j) Si el Asegurador procedió a la indemnización por incapacidad total permanente al Asegurado titular de la póliza.
- k) Si el Asegurador procedió a la indemnización por incapacidad total permanente del Cónyuge del Titular.
- l) Cuando la póliza determinante del presente Seguro Complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de alguna prima o hubiere vencido.
- m) Cuando a solicitud del Asegurado se declara nulo el presente Seguro Complementario

**Lic. Graciela Mattonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros

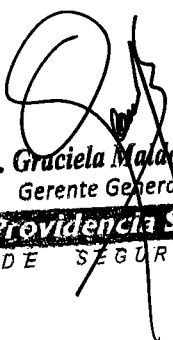

Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

CONDICIONES APLICABLES
CLÁUSULA 5.

Los aspectos no enunciados en la presente cobertura complementaria se regirán por las condiciones de la cobertura principal de fallecimiento e incapacidad total o parcial permanente del Asegurado titular.



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS



Juan F. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

**SEGURO COMPLEMENTARIO
ENFERMEDADES GRAVES**

**RIESGOS CUBIERTOS
CLÁUSULA 1**

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda este seguro complementario cuando el Asegurado padezca exclusivamente alguna de las Enfermedades Graves descriptas a continuación, siempre y cuando se verifiquen los requisitos exigidos por la presente cobertura:

a) **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos normales, que afecte al Asegurado por primera vez. El tumor debe ser primario en el órgano detectado.

El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida y confirmado por un informe anatómopatológico suscripto por especialista. El término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin.

Se excluyen:

- cualquier etapa CIN (neoplasia intraepitelial cervical)
- cualquier tumor pre-maligno
- cualquier cáncer no invasivo (cáncer in situ)
- el cáncer de próstata en estadio 1 (T1a, 1b, 1c)
- carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas
- melanoma maligno estadio IA (T1a N0 M0)
- cualquier tumor maligno en presencia de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana.

b) **Cirugía de Arterias Coronarias (By Pass):** La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos (2) o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arteriocoronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Se excluyen:

- la angioplastia
- cualquier otros procedimiento intra-arterial
- cirugía por toracotomía mínima.

c) **Infarto al corazón (infarto al Miocardio):** Muerte de una parte del músculo cardíaco como



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

1. Una historia de dolor torácico típico.
2. Historia clínica que revele sintomatología de isquemia miocárdica.
3. Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG.
4. Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Se excluyen:

- El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T.
- Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable).
- Infarto de miocardio silente.

En todos los casos se abonará la indemnización ante las pruebas pertinentes de los daños producidos con un mínimo de seis (6) semanas posteriores al hecho, siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida.

- d) **Derrame e Infarto Cerebral:** Cualquier suceso cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas permanentes y que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia o embolización proveniente de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos y por resultados de tomografía axial computada de cerebro o por resonancia magnética de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses después de su diagnóstico.

Se excluyen:

- Accidente Isquémico Transitorio (TIA)
- Daño traumático del cerebro
- Infartos lacunares sin déficit neurológico
- Síntomas neurológicos secundarios a migraña.

En todos los casos se abonará la indemnización ante las pruebas neurológicas y de diagnóstico por imágenes de los daños producidos con un mínimo de tres (3) meses posteriores al hecho, siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida.

- e) **Reemplazo de Válvula del Corazón:** Reemplazo quirúrgico de una (1) o más válvulas cardíacas por válvulas artificiales. Esto incluye el reemplazo de válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar por válvulas artificiales, debido a una estenosis o insuficiencia o a la combinación de ambos factores. La realización de la cirugía de reemplazo valvular debe ser confirmada por un especialista. Están excluidas: la reparación de válvulas cardíacas, valvulotomías y valvuloplastias.

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 46

BENEFICIO CLÁUSULA 2

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de alguna de las enfermedades descriptas en la cláusula anterior, abonará al Asegurado el capital asegurado previsto en las Condiciones Particulares de esta cobertura.

Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades iniciadas o diagnosticadas por primera vez luego de transcurrido el período de carencia previsto en la presente cobertura y en tanto la cobertura principal se encuentre vigente. Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha anteriormente mencionada. Para el caso de Derrame Cerebral se comenzará a abonar una vez que se compruebe el mismo, luego del lapso de tres (3) meses.

Efectuada la diagnosis de alguna enfermedad cubierta por esta cobertura, el capital asegurado por muerte no podrá aumentarse posteriormente por ninguna causa, incluso en el caso de incrementos masivos para todo el resto del grupo asegurado.

CARÁCTER DEL BENEFICIO CLÁUSULA 3

El beneficio acordado por esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza, y en consecuencia, la Aseguradora no hará deducción alguna del capital asegurado a pagarse por esta cláusula al abonar cualquier otro beneficio, en caso de que un mismo evento genere otras indemnizaciones.

A partir del momento en que el Asegurado haya percibido el beneficio que concede esta cláusula, la cobertura que otorga la misma cesará, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si hubiere, del seguro principal.

CARENCIAS CLÁUSULA 4

La cobertura de cada Asegurado bajo este seguro complementario se iniciará luego de transcurrido un período de carencia, con pago de premios, contados desde la fecha de Inicio de Vigencia de cada Certificado Individual o de la presente cobertura, si ésta última fuera posterior.

Los períodos de carencias a aplicar en cada caso serán los siguientes:

- a) Falla Renal (Enfermedad Renal en etapa final): noventa (90) días.
- b) SIDA: VIH debido a transfusión de sangre: cero (0) días.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 47

c) Resto de enfermedades: sesenta (60) días.

Dichos períodos de carencia no serán aplicables en los casos en que la afección cubierta se origine en un accidente.

Los referidos períodos de carencia deberán cumplirse cada vez que el Asegurado ingrese al seguro, independientemente que el citado Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior.

No se encuentran cubiertos bajo esta cobertura los diagnósticos de enfermedades producidos durante dichos períodos de carencia.

COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD

CLÁUSULA 5

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, corresponde al Asegurado:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad dentro de los treinta (30) días de diagnosticada la misma, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar a la Aseguradora el diagnóstico de su enfermedad, confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuado y certificado por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el propio Asegurado, ni su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio, ni un pariente del mismo de hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

PLAZOS DE PRUEBA

CLÁUSULA 6

La Aseguradora dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación por parte de la Aseguradora dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

VALUACIÓN POR PERITOS

CLÁUSULA 7


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 48

Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la apreciación de la situación del Asegurado, la misma será analizada por dos (2) médicos designados, uno (1) por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días de su designación y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días de su designación.

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 en el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

VINCULACIÓN CON LA COBERTURA PRINCIPAL

CLÁUSULA 8

Esta cobertura está subordinada a las Condiciones Generales de la cobertura principal, y mantendrá plena vigencia en tanto aquella se encuentre también vigente o el Tomador/Asegurado no soliciten expresamente su finalización o se den las condiciones previstas en la cláusula 10.

Las extraprimas de esta cláusula adicional serán pagaderas en las mismas oportunidades y en formas que las previstas en la póliza principal.

RIESGOS NO CUBIERTOS

CLÁUSULA 9

Además de los riesgos no cubiertos bajo la cobertura principal, la Aseguradora no abonará los beneficios de esta cláusula cuando el siniestro se produzca como consecuencia de:

- a) Someterse a intervenciones quirúrgicas ilícitas;
- b) Utilización de medicamentos no aprobados por el Ministerio de Salud o autoridad competente;
- c) Someterse a tratamiento en establecimientos asistenciales no habilitados para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico de enfermedades padecidas por el Asegurado.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 10


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA
EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES
Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 49

La cobertura prevista en este seguro complementario, cesará, en las siguientes circunstancias:

- a) Al caducar la póliza y/o el Certificado Individual por cualquier causa;
- b) Por rescisión del presente seguro complementario;
- c) Por la percepción del beneficio que acuerda este seguro complementario;
- d) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla los «completar número con letras» («completar en números») años de edad.
- e) Por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador.
- f) Cuando la póliza determinante del presente Seguro Complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de alguna prima o hubiere vencido.
- g) Cuando a solicitud del Asegurado se declara nulo el presente Seguro Complementario

En los casos de los incisos d) y e), la Aseguradora procederá a la devolución de la prima correspondiente al riesgo no corrido.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 50

RÉGIMEN DE COBRANZAS DE PREMIOS

1. El premio del seguro debe pagarse en el domicilio del Asegurador o en el lugar que se conviniere fehacientemente entre el mismo y el Tomador, sin que esta obligación pueda entenderse dispensada por reclamos o cobros de premios que por cualquier conducto y ocasión realice u obtenga el Asegurador en tanto existan saldos pendientes.
2. Si a cualquier vencimiento de las cuotas establecidas no fuese abonado su importe, la cobertura del riesgo quedará automáticamente suspendida desde los treinta (30) días de ese mismo vencimiento y la mora se producirá por el solo vencimiento del plazo, la que operará de pleno derecho sin necesidad de protesto o interpelación judicial o extrajudicial.
3. La cobertura suspendida podrá rehabilitarse mediante el pago del premio adeudado, quedando a favor del Asegurador y en carácter de penalidad para el Tomador (o Asegurado) el importe del premio correspondiente al periodo transcurrido sin cobertura. La rehabilitación de la cobertura estará sujeta a la aceptación de la Compañía y solo surtirá efecto una vez que la Compañía manifieste su conformidad por escrito; en un plazo máximo de tres (3) días hábiles. En caso de que la Compañía no se pronuncie dentro del referido plazo, o si manifestara su conformidad por escrito, la cobertura quedará inmediatamente habilitada. Aun cuando la cobertura sea restablecida, el Asegurador no es responsable por el siniestro ocurrido durante el plazo en que dicha cobertura estuvo suspendida.
4. Las disposiciones mencionadas son también aplicables a los premios adicionales por endosos o suplementos de póliza.
5. Si el Tomador (o Asegurado) opta por la rescisión del contrato, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido según las tarifas de corto plazo que se transcriben a continuación:

TARIFARIO DE PERIODO CORTO

Si el Tomador opta por la rescisión del contrato, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 1562 C.C.).

Cuando se contraten seguros por un término menor al de un (1) año (corto plazo), si el Asegurado opta por la rescisión del contrato, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido según las siguientes tarifas de corto plazo (Art. 1.562 C.C.).



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Providencia S.A. de Seguros

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

TABLA DE PERIODO CORTO

Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%
1	15,20	62	29,40	123	43,60	184	57,90	245	72,10	306	86,30
2	15,50	63	29,70	124	43,90	185	58,10	246	72,30	307	86,50
3	15,70	64	29,90	125	44,10	186	58,30	247	72,50	308	86,70
4	15,90	65	30,10	126	44,30	187	58,60	248	72,80	309	87,00
5	16,20	66	30,40	127	44,60	188	58,80	249	73,00	310	87,20
6	16,40	67	30,60	128	44,80	189	59,00	250	73,20	311	87,40
7	16,40	68	30,80	129	45,00	190	59,30	251	73,50	312	87,70
8	16,90	69	31,10	130	45,30	191	59,50	252	73,70	313	87,90
9	17,10	70	31,30	131	45,50	192	59,70	253	73,90	314	88,10
10	17,30	71	31,50	132	45,70	193	59,90	254	74,20	315	88,40
11	17,60	72	31,80	133	46,00	194	60,20	255	74,40	316	88,60
12	17,80	73	32,00	134	46,20	195	60,40	256	74,60	317	88,80
13	18,00	74	32,20	135	46,40	196	60,60	257	74,90	318	89,10
14	18,30	75	32,50	136	46,70	197	60,90	258	75,10	319	89,30
15	18,50	76	32,70	137	46,90	198	61,10	259	75,30	320	89,50
16	18,70	77	32,90	138	47,10	199	61,30	260	75,60	321	89,80
17	19,00	78	33,20	139	47,40	200	61,60	261	75,80	322	90,00
18	19,20	79	33,40	140	47,60	201	61,80	262	76,00	323	90,20
19	19,40	80	33,60	141	47,80	202	62,00	263	76,30	324	90,50
20	19,70	81	33,90	142	48,10	203	62,30	264	76,50	325	90,70
21	19,90	82	34,10	143	48,30	204	62,50	265	76,70	326	90,90
22	20,10	83	34,30	144	48,50	205	62,70	266	77,00	327	91,20
23	20,40	84	34,60	145	48,80	206	63,00	267	77,20	328	91,40
24	20,60	85	34,80	146	49,00	207	63,20	268	77,40	329	91,60
25	20,80	86	35,00	147	49,20	208	63,40	269	77,70	330	91,90
26	21,10	87	35,30	148	49,50	209	63,70	270	77,90	331	92,10
27	21,30	88	35,50	149	49,70	210	63,90	271	78,10	332	92,30
28	21,50	89	35,70	150	49,90	211	64,10	272	78,30	333	92,60
29	21,80	90	36,00	151	50,20	212	64,40	273	78,60	334	92,80
30	22,00	91	36,20	152	50,40	213	64,60	274	78,80	335	93,00
31	22,20	92	36,40	153	50,60	214	64,80	275	79,00	336	93,30
32	22,50	93	36,70	154	50,90	215	65,10	276	79,30	337	93,50
33	22,70	94	36,90	155	51,10	216	65,30	277	79,50	338	93,70
34	22,90	95	37,10	156	51,30	217	65,50	278	79,70	339	94,00
35	23,20	96	37,40	157	51,60	218	65,80	279	80,00	340	94,20
36	23,40	97	37,60	158	51,80	219	66,00	280	80,20	341	94,40
37	23,60	98	37,80	159	52,00	220	66,20	281	80,40	342	94,70
38	23,90	99	38,10	160	52,30	221	66,50	282	80,70	343	94,90

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%
39	24,10	100	38,30	161	52,50	222	66,70	283	80,90	344	95,10
40	24,30	101	38,50	162	52,70	223	66,90	284	81,10	345	95,40
41	24,50	102	38,80	163	53,00	224	67,20	285	81,40	346	95,60
42	24,80	103	39,00	164	53,20	225	67,40	286	81,60	347	95,80
43	25,00	104	39,20	165	53,40	226	67,60	287	81,80	348	96,00
44	25,20	105	39,50	166	53,70	227	67,90	288	82,10	349	96,30
45	25,50	106	39,70	167	53,90	228	68,10	289	82,30	350	96,50
46	25,70	107	39,90	168	54,10	229	68,30	290	82,50	351	96,70
47	25,90	108	40,20	169	54,40	230	68,60	291	82,80	352	97,00
48	26,20	109	40,40	170	54,60	231	68,80	292	83,00	353	97,20
49	26,40	110	40,60	171	54,80	232	69,00	293	83,20	354	97,40
50	26,60	111	40,90	172	55,10	233	69,30	294	83,50	355	97,70
51	26,90	112	41,10	173	55,30	234	69,50	295	83,70	356	97,90
52	27,10	113	41,30	174	55,50	235	69,70	296	83,90	357	98,10
53	27,30	114	41,60	175	55,80	236	70,00	297	84,20	358	98,40
54	27,60	115	41,80	176	56,00	237	70,20	298	84,40	359	98,60
55	27,80	116	42,00	177	56,20	238	70,40	299	84,60	360	98,80
56	28,00	117	42,20	178	56,50	239	70,70	300	84,90	361	99,10
57	28,30	118	42,50	179	56,70	240	70,90	301	85,10	362	99,30
58	28,50	119	42,70	180	56,90	241	71,10	302	85,30	363	99,50
59	28,70	120	42,90	181	57,20	242	71,40	303	85,60	364	99,80
60	29,00	121	43,20	182	57,40	243	71,60	304	85,80	365	100,00
61	29,20	122	43,40	183	57,60	244	71,80	305	86,00		

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

ENDOSO N°1
COBERTURA DE SUICIDIO

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo dispuesto en el inciso f) de la CLÁUSULA 11 de las Condiciones Particulares de esta póliza, esta Compañía consiente en ampliar la cobertura para cubrir el riesgo de muerte cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte (suicidio) desde que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante «completar en letras» («completar en números») año(s) por la misma deuda.

ENDOSO N°2
COBERTURA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares de esta póliza, esta Compañía consiente en ampliar la cobertura para cubrir el riesgo de muerte causada por enfermedades o condiciones médicas preexistentes, entendiendo por tales las que hayan sido diagnosticadas o conocidas; o que debieron ser conocidas por el Asegurado; con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura, o a la fecha de incorporación del Asegurado, según corresponda.

ENDOSO N°3
PARA COBERTURA EN EL USO DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS SIMILARES

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares Específicas de esta póliza, esta Compañía consiente en ampliar la cobertura para cubrir los riesgo de muerte, incapacidad permanente, gastos médicos, gastos de sepelio y/o renta diaria por hospitalización, según correspondieren, por el uso de motocicletas o vehículos similares como medio de transporte habitual, excluyéndose cuando el asegurado participe en competencias profesionales y/o deportivas, hasta la suma máxima indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y/o Certificado Individual de Cobertura.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

ENDOSO N°4
PARA COBERTURA DE NAVEGACIÓN AEREA REALIZADA EN LINEAS NO SUJETAS A ITINERARIO FIJO

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares Específicas de esta póliza, esta Compañía consiente en ampliar la cobertura para cubrir los riesgos de muerte e incapacidad permanente o parcial, para vuelos en líneas no sujetas a itinerario fijo, hasta la suma máxima indicada en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual de la póliza.

ENDOSO N°5
ENDOSO PARA SEGUNDA OPINIÓN MEDICA

Si el Asegurado requiere, la Compañía cubrirá el costo de una segunda consulta de opinión y diagnóstico por un médico especialista en caso de intervención quirúrgica o enfermedad grave. Si las opiniones del primer y segundo médico consultados fueran diferentes, se consultará a un tercer especialista para tomar la decisión de la intervención quirúrgica.

El costo de las consultas para el segundo y tercer diagnóstico será cubierto por la Compañía en su totalidad (al 100%) hasta los límites especificados en las Condiciones Particulares.

ENDOSO N°6
AMPLIACIÓN DE COBERTURA PRINCIPAL

Queda entendido y convenido, que contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares Específicas de esta póliza, esta Compañía consiente en ampliar la cobertura para cubrir los hechos indicados en el inciso «completar en letras» de la Cláusula 11 de dichas Condiciones Particulares Específicas.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

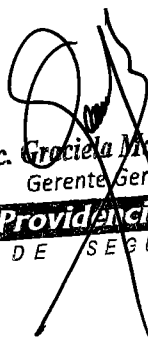
Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA
EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES
Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

ENDOSO N° 7

AMPLIACIÓN DE COBERTURAS ADICIONALES

Queda entendido y convenido, que contrariamente a lo dispuesto en las condiciones del Seguro Complementario de «completar» de esta póliza, esta Compañía consiente en ampliar la cobertura para cubrir los hechos indicados en el inciso «completar en letras» de la Cláusula «completar en número» de dicho Seguro Complementario.



Lic. Grotiela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS



Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

CONDICIONES PARTICULARES – CARÁTULA



Providencia S.A.

PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS
Avda. Venezuela 1543, Asunción
Tel: (021) 201.378 / 9
www.providenciaseguros.com.py

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS,
OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES
CONDICIONES PARTICULARES**

Póliza Nro. XX.0104.XXXXXX.XXX	Sección/Modalidad 0104 – (VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES)		
R.U.C. o C.I.	Tomador		
Domicilio:		Localidad:	
Lugar y Fecha de Emisión 00/00/0000	Vigencia Desde las 12 Hs. del 00/00/0000	Vigencia Hasta las 12 Hs. del 00/00/0000	Plazo en días

Entre **PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS**, en adelante el ‘Asegurador’ y quien precedentemente se designa con el nombre de “Tomador” o “Contratante” conforme a la Propuesta presentada, celebran un Contrato de Seguro sujeto a las Condiciones Particulares, Particulares Específicas y Condiciones Generales Comunes convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buena fe y que se anexan a la presente Póliza formando parte integrante de la misma.

OBJETO DEL SEGURO Y/O RIESGO CUBIERTO

De conformidad a las Condiciones Generales Comunes y a las Particulares Específicas de esta Póliza, aplicables al presente caso y a las Condiciones Particulares que a continuación se expresan, **PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS** asegura por cuenta y riesgo de quien corresponda lo siguiente:

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada
Fallecimiento Obs. En caso de pago por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, esta cobertura queda extinguida.	



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros

Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada
Incapacidad Total y Permanente Obs. En caso de pago por la cobertura de Fallecimiento, esta cobertura queda extinguida.	
Beneficio por Accidente Obs. En caso de fallecimiento por accidente, se abona la indemnización por esta cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Gastos de Sepelio Obs. En caso de fallecimiento, se abona la indemnización por esta cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Protección Familiar Obs. Se abona la indemnización por esta cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Anticipo Suma asegurada por enfermedades terminales Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Gastos médicos a consecuencia de accidentes Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Trasplante Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Enfermedades Graves Obs. Esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.	
Muerte o Incapacidad Permanente del Cónyuge Obs. Esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.	

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés:	
Costo del financiamiento:	
COSTO FINAL:	

DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Monto financiado:	
Tasa de interés:	X%
Vencimientos	
Fecha:	Monto:


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

La Compañía establece un periodo de carencia de: a) noventa (90) días para la cobertura de Suma asegurada por enfermedad terminal b) ciento ochenta (180) para la cobertura de Trasplante c) cero (0) a noventa (90) días dependiendo de la enfermedad para la cobertura de Enfermedades Graves.
Forman Parte integrantes de esta Póliza la(s) Cobertura(s) Básica(s): Adicional(es) de cobertura: y Endoso(s)
Cuando el texto de la Póliza difiere 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 Código Civil).
Esta Compañía 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 inscrito en el Plan de Seguro registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el Código según Resolución N°..... de fecha
La copia facsimilar actualizada del modelo de póliza inscrito en el Registro Público de Modelos de Pólizas con todos sus componentes se encuentra en www.providenciaseguros.com.py /...{información a completar}
La presente póliza consta de ... hojas
Agente: N° Matrícula: Domicilio: Ciudad: Teléfono:
PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS reconoce expresamente las firmas digitales obrantes en la Póliza de Seguros a ser emitidas, con las obligaciones inherentes a las mismas, el valor jurídico y los efectos legales pertinentes al uso de las mismas, así como el código encriptado que otorga una seguridad absoluta a la misma.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

3. Modelo de Certificado Individual



Providencia S.A.

PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS
Avda. Venezuela 1543, Asunción
Tel: (021) 201.378 / 9
www.providenciaseguros.com.py

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS,
OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES**

Póliza N°:	00.0104.0000.00	Cert. N°:	00	Vigencia:	00/00/0000 al00/00/0000
Asegurado:	Xxxxxxxxxxxxxx	Fecha de Nac.:	00/00/0000	Cedula de Identidad N°:	00000000000
Tomador:					

BENERICIARIO (S):
PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS, en adelante el Asegurador, asegura a: xxxxxxxxxxxxxxxx (en adelante denominado el Asegurado) por un Capital de Gs. 000000000, de acuerdo con las Condiciones Particulares Especificas y Generales Comunes. Si durante la vigencia de este Seguro y mientras el Asegurado se encuentre comprendido en el mismo ocurriese su fallecimiento, el importe del Capital se abonará a: El o los Beneficiarios designados en la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro. O a cualquier Beneficiario posteriormente designado salvo que la designación sea a título oneroso o en su defecto, a los herederos legales o albaceas del Asegurado, luego de recibidas y aceptadas las correspondientes pruebas del fallecimiento. Asimismo, si a consecuencia de un accidente debidamente comprobado el Asegurado sufre alguna de las perdidas anatómicas previstas en la Póliza, se le abonarán las indemnizaciones que correspondan. El Asegurador adquiere las anteriores obligaciones en consideración a las declaraciones del Asegurado que constan tanto en la Solicitud del Seguro como en el Informe del Medico Examinador o en el formulario de Declaración de Salud que substituye al examen médico, al pago de Primas correspondientes y de acuerdo con las disposiciones legales.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Asimismo, si mediante las mismas circunstancias el Asegurado quedare incapacitado en forma total y permanente, se le abonarán las indemnizaciones que correspondan.

En fe de todo lo cual, **PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS** otorga este Certificado Individual de Incorporación al Seguro en Asunción - Paraguay, a los días del mes de del año.....

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada
Fallecimiento Obs. En caso de pago por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, esta cobertura queda extinguida.	
Incapacidad Total y Permanente Obs. En caso de pago por la cobertura de Fallecimiento, esta cobertura queda extinguida.	
Beneficio por Accidente Obs. En caso de fallecimiento por accidente, se abona la indemnización por esta cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Gastos de Sepelio Obs. En caso de fallecimiento, se abona la indemnización por esta cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Protección Familiar Obs. Se abona la indemnización por esta cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Anticipo Suma asegurada por enfermedades terminales Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Gastos médicos a consecuencia de accidentes Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Trasplante Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Enfermedades Graves Obs. Esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.	
Muerte o Incapacidad Permanente del Cónyuge Obs. Esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.	


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés:	
Costo del financiamiento:	
COSTO FINAL:	

DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Monto financiado:	
Tasa de interés:	X%
Vencimientos	
Fecha:	Monto:

La Compañía establece un periodo de carencia de: a) noventa (90) días para la cobertura de Suma asegurada por enfermedad terminal b) ciento ochenta (180) para la cobertura de Trasplante c) cero (0) a noventa (90) días dependiendo de la enfermedad para la cobertura de Enfermedades Graves.
La copia facsimilar actualizada del modelo de póliza inscrito en el Registro Público de Modelos de Pólizas con todos sus componentes se encuentra en www.providenciaseguros.com.py /...{información a completar}
PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS reconoce expresamente las firmas digitales obrantes en la Póliza de Seguros a ser emitidas, con las obligaciones inherentes a las mismas, el valor jurídico y los efectos legales pertinentes al uso de las mismas, así como el código encriptado que otorga una seguridad absoluta a la misma.
ERRORES ADMINISTRATIVOS Los errores administrativos que puedan producirse en los registros de este seguro no invalidarán un seguro en vigor ni continuarán uno ya terminado. Descubierto el error, se hará el reajuste correspondiente.

COBERTURA

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

El Asegurador pagará al Beneficiario el capital asegurado estipulado en las Condiciones Particulares para las coberturas complementarias y opcionales en caso que hayan sido contratadas:

- a) Incapacidad Total y Permanente.
- b) Beneficio de Accidente.
- c) Gastos de Sepelio.
- d) Protección Familiar.
- e) Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedades Terminales.
- f) Gastos Médicos.

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 62

- g) Trasplante.
- h) Enfermedades Graves.
- i) Muerte o Incapacidad permanente del Cónyuge.

El modo de cobertura es base ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en los Certificados Individuales durante la vigencia de la póliza). Se aplican restricciones y exclusiones que se detallan en la presente póliza.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía concederá el beneficio que acuerda este Seguro Complementario al Asegurado cuyo estado de incapacidad total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado sea una situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para ejercer su profesión y siempre que tal circunstancia haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de este seguro. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

DE ACCIDENTES

El Asegurador cubre al Asegurado contra las consecuencias de los accidentes que pudieran ocurrirle, dentro de las condiciones que se especifican en el seguro complementario. Se entiende por accidente, a los efectos de esta cobertura, todo hecho que cause una herida o lesión corporal de origen traumático, que proceda de una causa mecánica, imprevista, exterior y violenta, e independiente de la voluntad del Asegurado o de terceros.

GASTOS DE SEPELIO

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará la suma asegurada para este amparo únicamente para sufragar los gastos funerarios. El monto de la suma asegurada para esta cobertura se encuentra establecida en los Certificados Individuales.

PROTECCIÓN FAMILIAR

El Asegurador cubrirá los gastos funerarios del cónyuge hasta los «completar número con letras» («completar en números»), años y/o hijos menores de dieciocho (18) años en caso de fallecimiento por todo accidente cubierto por el presente seguro, con indemnización de hasta la suma establecida en las Condiciones Particulares.

SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cobertura cuando al Asegurado le sea diagnosticada, de acuerdo con los conocimientos médicos y científicos del momento del examen, una enfermedad incurable, de progresión rápida y en su fase terminal, con una esperanza de vida no superior a los doce (12) meses, siempre que la misma le hubiera sido


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 63

diagnosticada por primera vez después de la fecha de vigencia de la póliza y antes de cumplir los «completar número con letras» («completar en números») años.

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES

El Asegurador amplía la cobertura de la póliza para cubrir las sumas incurridas por Asistencia Médica motivadas por todo accidente cubierto por la presente cobertura complementaria, ocurrido dentro de los límites establecidos en la cláusula de las Condiciones Particulares Específicas, hasta el porcentaje de la cobertura principal de fallecimiento establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual

TRASPLANTE

El Asegurador de acuerdo con las definiciones contenidas en el presente seguro complementario, 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 requisitos de dicha cobertura.

MUERTE O INCAPACIDAD PERMANENTE DEL CÓNYUGE

Queda entendido y convenido que, en virtud del premio adicional correspondiente, el Asegurador cubrirá la muerte o incapacidad total o parcial permanente del cónyuge del Asegurado hasta los «completar número con letras» («completar en números») años, con indemnización de hasta la suma establecida en las Condiciones Particulares.

ENFERMEDADES GRAVES

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda este seguro complementario cuando el Asegurado padezca exclusivamente alguna de las Enfermedades Graves descriptas a continuación, siempre y cuando se verifiquen los requisitos exigidos por la presente cobertura

PERSONAS ASEGURABLES

A los efectos de este seguro, se considerarán asegurables a todos los empleados y obreros que se encontraren al servicio activo del Tomador, así también a todas las personas que estén asociadas, adheridas, afiliadas o de algún modo formen parte integrante de asociaciones, agremiaciones, sindicatos, cooperativas u otro tipo de comunidades u organizaciones ligadas por un interés común.

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

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

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 64

Los empleados y obreros que en el futuro ingresen al servicio del Tomador podrán incorporarse de inmediato al Seguro, siempre que satisfagan los requisitos médicos y de asegurabilidad que exija el Asegurador.

Podrán incorporarse al presente seguro, en las mismas condiciones requeridas para los empleados y obreros, los directores y gerentes.

PERSONAS NO ASEGURABLES

De conformidad con el Art. 1.663 del Código Civil, no pueden asegurarse en el riesgo de muerte los interdictos y los menores de catorce (14) años de edad. Tampoco son asegurables por esta Póliza los menores hasta los diez y ocho (18) años de edad ni las personas mayores de «completar edad en letras» («completar edad en números») años.

EXCLUSIONES

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

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

- a) participación como conductor o integrante de equipos en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos).
- b) intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- d) intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- e) guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya. En caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia dictarán las autoridades competentes.
- f) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte (suicidio) o tentativa de suicidio, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años por la misma deuda. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad del asegurado, el Asegurador no se libera (Art. 1670 C.C.).
- g) acto ilícito provocado por el Asegurado (Art. 1.671 C.C.).
- h) participación en empresa criminal, duelo o por aplicación legítima de la pena de muerte (Art. 1.672 C.C.).
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.
- j) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- k) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro.

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Pág. 65

- l) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- m) La práctica o desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- n) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiese reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- o) Los accidentes causados por infracción grave del Asegurado o los Beneficiarios del seguro a las Leyes, Ordenanzas Municipales y Decretos relativos a la seguridad de las personas.
- p) Pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud. *[Obs. A ser incluido de acuerdo a la política de suscripción]*


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

4. Modelo de Propuesta



Providencia S.A.

PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS
Avda. Venezuela 1543, Asunción
Tel: (021) 201.378 / 9
www.providenciaseguros.com.py

PROPUESTA DE SEGUROS
SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS,
OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES

Seguro Nuevo	☐	Renovación	☐	N° Propuesta	
Póliza N°		Endoso		Vigencia	Desde:.....Hasta:.....

Sírvase extender una póliza de **Seguro de Vida Colectivo para Empleados, Obreros, Asociaciones y Comunidades**, de acuerdo con los siguientes datos:

NOMBRES Y APELLIDOS / O RAZON SOCIAL:	
C.I. / R.U.C Nro.:	FECHA DE NACIMIENTO:
PROFESION:	LUGAR DE TRABAJO:
DIRECCION PARTICULAR:	CIUDAD:
DIRECCION COMERCIAL:	CIUDAD:
TELEFONOS:	E - MAIL

Ocupación de las personas a **Administrativos**:.....
asegurar (indique número por **Obreros**:.....
ocupación) **Servicios Generales**:.....

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada
Fallecimiento Obs. En caso de pago por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, esta cobertura queda extinguida.	
Incapacidad Total y Permanente Obs. En caso de pago por la cobertura de Fallecimiento, esta cobertura queda extinguida.	
Beneficio por Accidente Obs. En caso de fallecimiento por accidente, se abona la indemnización por esta cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Gastos de Sepelio Obs. En caso de fallecimiento, se abona la indemnización por esta	



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros

Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada
cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Protección Familiar Obs. Se abona la indemnización por esta cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Suma asegurada por enfermedades terminales Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Gastos médicos a consecuencia de accidentes Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Trasplante Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Enfermedades Graves Obs. Esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.	
Muerte o Incapacidad Permanente del Cónyuge Obs. Esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.	

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés:	
Costo del financiamiento:	
COSTO FINAL:	

DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Monto financiado:	
Tasa de interés:	X%
Vencimientos	
Fecha:	Monto:

La Compañía establece un periodo de carencia de:

- a) noventa (90) días para la cobertura de Suma asegurada por enfermedad terminal
- b) ciento ochenta (180) para la cobertura de Trasplante
- c) cero (0) a noventa (90) días dependiendo de la enfermedad para la cobertura de Enfermedades Graves.

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).

 **Lic. Griselda Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

El Asegurado por este mismo acto solicita:

☐ La póliza convencional (impresa) y asume el costo adicional de impresión de \$xxxx.

☐ La póliza electrónica con firma digital y recibir los términos de contratación al correo electrónico:

En caso de elegir la opción de póliza electrónica con firma digital, recibirá un link de acceso a la descarga, donde usted tendrá disponible todos los documentos de su póliza en formato PDF. Esta conexión quedara registrada con la fecha y hora de su acceso para su seguridad.

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 pagos de primas de seguros, cantidad y monto de reclamos realizados así como mi (nuestra) calidad moral como Asegurado(s), ya sea por escrito por procedimientos informáticos, a fin de poder contar con los elementos de juicio y análisis necesarios. Esta autorización se extiende a fin de que pueda proveerse la información a terceros interesados. Además, nos comprometemos a proveer las documentaciones solicitadas por la Compañía con relación a la apertura de expediente de identificación al cliente, la Declaración sobre el origen de los Fondos y a las documentaciones que se deberán presentar para pagos por daños patrimoniales en virtud de la Póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación de conformidad a la Resolución N°71/2019 de la SEPRELAD.

El Asegurado por este mismo acto, y sin necesidad de requisito o formalidad alguna, autoriza a PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS. en forma expresa e irrevocable o para que en caso de atraso, cualquiera fuere la causa, a partir de los sesenta (60) días de atraso, sea con el objeto de este contrato o cualquier otra deuda pendiente que tenga con PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS incluya sus datos personales o razón social que representa, en el registro general de morosos INFORMCONF, o la de otra entidad especializada en servicios de información, esta autorización se extiende a fin de que pueda proveerse la información a terceros interesados una vez cancelada la deuda en capital, gasto e interés, la eliminación de dicho registro se realizará conforme a los dispuesto en la ley 1682/2001.

De conformidad con las Condiciones Generales Comunes impresas en las pólizas del Asegurado, y con todo lo expresado más arriba, solicito se me expida una póliza de seguros.


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Convengo que esta propuesta, una vez aceptada por el Asegurador, pase a formar parte del contrato. Asumo la responsabilidad de pagar todos los importes originados por la emisión de la póliza, impuestos, recargos y demás gastos detallados en la liquidación, así como el importe de la prima hasta el día de su anulación o cancelación, sirviendo la presente de suficiente documento de reconocimiento de deuda.

.....
Firma del Agente

.....
Firma del Tomador

Lugar, fecha


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.



Providencia S.A.

PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS
Avda. Venezuela 1543, Asunción
Tel: (021) 201.378 / 9
www.providenciaseguros.com.py

Vigencia

Plazo:...	Desde:.....
	Hasta:.....

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

Solicito a **PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS** la incorporación de:.....
Al Seguro de Vida Colectivo contratado por.....
en un todo de acuerdo con las Condiciones de la Póliza emitida a nombre de éste.
Capital Asegurado..... Son

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido:
Domicilio: Barrio:
Ciudad: Tel.
Cédula de Identidad N°:
Lugar y Fecha de Nacimiento:
Fecha de Ingreso al servicio principal:.....

Denuncia de otros Seguros de Vida Colectivos:..... Compañía:

DECLARACIONES DE SALUD

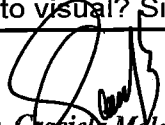
¿Ejerce ocupaciones o realiza manipulaciones peligrosas o experimentos de Laboratorio?
Si... No...

Detallar:

¿Tiene o ha sufrido alguna enfermedad peligrosa o como consecuencia de experimentos de Laboratorio?. Si... No...

Detallar:

¿Algún defecto visual? Si...No... ¿Algún defecto físico? Si:...No:...


 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

¿Sordera total o parcial? Si:...No:...

¿Tiene, ha tenido o le fue rechazada alguna Solicitud para un Seguro similar a este?
Si:...No:...

Detallar:

Indique además:

Estatura_____ Peso_____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S):

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NAC.	C.I. N°	PARENTESCO	% ASIGNADO

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada
Fallecimiento Obs. En caso de pago por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, esta cobertura queda extinguida.	
Incapacidad Total y Permanente Obs. En caso de pago por la cobertura de Fallecimiento, esta cobertura queda extinguida.	
Beneficio por Accidente Obs. En caso de fallecimiento por accidente, se abona la indemnización por esta cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Gastos de Sepelio Obs. En caso de fallecimiento, se abona la indemnización por esta cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Protección Familiar Obs. Se abona la indemnización por esta cobertura en adición a la de fallecimiento.	
Suma asegurada por enfermedades terminales Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Gastos médicos a consecuencia de accidentes	

 **Lic. Graciela Maldonado**
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS

Providencia S.A. de Seguros


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Trasplante Obs. Se abona la indemnización como un anticipo de la indemnización prevista en caso de fallecimiento.	
Enfermedades Graves Obs. Esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.	
Muerte o Incapacidad Permanente del Cónyuge Obs. Esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.	

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés	
Costo del Financiamiento:	
COSTO FINAL:	

DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Monto financiado:	
Tasa de interés	X%
Vencimientos	
Fecha:	Monto:

La Compañía establece un periodo de carencia de:
a) noventa (90) días para la cobertura de Suma asegurada por enfermedad terminal
b) ciento ochenta (180) para la cobertura de Trasplante
c) cero (0) a noventa (90) días dependiendo de la enfermedad para la cobertura de Enfermedades Graves.

Cuando el texto de la Póliza difiere 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. 1.556 C.C.).

Declaro bajo fe de juramento que las informaciones y respuestas anteriores son completas y verídicas y que forman parte integrante de la Póliza en caso de emitirse, por lo que acepto que cualquier omisión voluntaria o declaración falsa exonere al Asegurador del pago de la Indemnización.

(Lugar y Fecha)



Lic. Graciela Maldonado

Gerente General

Providencia S.A.

DE SEGUROS

Firma del Asegurado



Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Providencia S.A. de Seguros

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA
EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES
Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.

Confirmamos la autenticidad de los datos que anteceden y que el firmante forma parte de nuestro personal.

(Lugar y Fecha)



Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS, OBREROS, ASOCIACIONES Y COMUNIDADES.

Código de Inscripción N°61-VC.0002.



Providencia S.A.

PROVIDENCIA S.A. DE SEGUROS
Avda. Venezuela 1543, Asunción
Tel: (021) 201.378 / 9
www.providenciaseguros.com.py

REGISTRO DE ASEGURADOS

Tomador:

Póliza N°:

Certificado N°	Asegurado	Edad	Capital asegurado	Prima	Beneficiarios

El Asegurador adquiere las anteriores obligaciones en consideración a las declaraciones del Contratante y de los Asegurados que constan tanto en la solicitud del Contratante como en las solicitudes individuales de incorporación al seguro de cada Asegurado, en los formularios de declaración de salud de los mismos o en los informes del médico examinador, cuando los hubiere, al pago de las primas que se detallan en las Condiciones Particulares y de acuerdo a las disposiciones legales.

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


Lic. Graciela Maldonado
Gerente General
Providencia S.A.
DE SEGUROS


Juan P. Palacios
Abogado
Mat. N° 24.375