

Visión: Ser una institución técnica e independiente que desarrolle una gestión eficiente y creíble, basada en la excelencia de sus talentos y reconocida en el ámbito nacional e internacional, orientada a preservar el valor de la moneda y la eficacia, integridad y estabilidad del sistema financiero.



NOTA SS. SG. Nº 285/2022

Asunción, 5 de mayo de 2022

Señora
CATALINA JARA, presidente
ITAÚ SEGUROS PARAGUAY SA
Presente

De nuestra consideración.

Nos dirigimos a usted en atención a la nota de fecha 12 de abril de 2022, remitida vía correo electrónico (recibida por este medio conforme al “Comunicado sobre entrega y seguimiento de expedientes”, de fecha 29 de setiembre de 2021, emitido por el Banco Central del Paraguay) y recepcionada en fecha 18 de abril de 2022, por la cual solicita “Número de Resolución por el cual se registra la actualización” del plan de seguro denominado: “Seguro Vida Colectivo para Empleados, Obreros, Asociaciones y Comunidades”¹, admitido en fecha 24 de febrero de 2022.

Al respecto, sobre la base del marco normativo de la Res. SS.SG. Nº 238/19 de f/ 22.11.2019 «Modificación de la Res. SS.SG. Nº 215/17 “Registro de Planes de Seguro y Emisión de Instrumentos de Cobertura – Pautas Generales”, comunicamos que las modificaciones del mencionado plan de seguro han sido incorporadas al Registro Público de Planes de Seguro a nombre de la empresa. No obstante, el análisis de éste continuará su curso por parte del área correspondiente, quedando la solicitud presentada en fecha 24 de febrero de 2022 sujeta al artículo 61, inciso h) de la Ley Nº 827/96 “De Seguros”, Obligaciones y Atribuciones, que establece que la Autoridad de Control “... *mediante resolución fundada, podrá eliminar de sus registros los modelos ya inscriptos o disponer su modificación. ...*”.

Los detalles sobre la incorporación al Registro Público de Planes de Seguro se exponen en el siguiente cuadro:

¹ Código de expediente asignado: EXP-2022-001944

Visión: Ser una institución técnica e independiente que desarrolle una gestión eficiente y creíble, basada en la excelencia de sus talentos y reconocida en el ámbito nacional e internacional, orientada a preservar el valor de la moneda y la eficacia, integridad y estabilidad del sistema financiero.



NOTA SS. SG. N° 285/2022

REGISTRO IDENTIFICADOR DE PLAN DE SEGURO

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

Atentamente.

Intendente de Estudios Técnicos

Superintendente de Seguros

EXP-2022-003931

Misión: Preservar y velar por la estabilidad del valor de la moneda y promover la eficacia, integridad y estabilidad del sistema financiero, para colaborar con el bienestar del país.

ItaúSeguros

Asunción, 18 de febrero de 2022

Señora:

María Graciela Mora de Talavera
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS
BANCO CENTRAL DEL PARAGUAY
Avda. Federación Rusa y Augusto Roa Bastos
PRESENTE

Referencia: Plan Seguro Vida Colectivo para Empleados, Obreros, Asociaciones y Comunidades.
Modificación. Código de inscripción 61-VC.0003

Nos dirigimos a Usted y por su digno intermedio a quien pudiese corresponder, en nombre y representación de Itaú Seguros Paraguay S.A (anteriormente Providencia S.A de Seguros), con el objeto de presentar, y solicitar la modificación del Plan “Seguro Vida Colectivo para Empleados, Obreros, Asociaciones y Comunidades”, para su aprobación y registro respectivo. El plan actualmente está registrado con Código de Inscripción N°: 61-VC.0003.

El funcionario de la Compañía que nos representa y actúa de contraparte en las gestiones de aprobación y registro del Plan que se adjunta es Ibere Ferreira Lobo con los siguientes datos de contacto emisión@itauseguros.com.py; Tel (0986) 600.155.-

Asimismo, declaramos en carácter de Declaración Jurada que hemos tomado todas las providencias necesarias que garanticen que el modelo de instrumento de cobertura se encuentra enmarcado bajo todas las pautas solicitadas de conformidad con el Artículo 61 inciso h) de la Ley 827/96; a la Resolución SS.SG. N° 215/17 de fecha 28 de diciembre de 2017 – REGISTRO DE PLANES DE SEGURO Y EMISION DE INSTRUMENTO DE COBERTURA – PAUTAS GENERALES y sus anexos; como así también sus modificatorias la Resolución SS.SG N° 238/2019 y la Resolución SS.SG N°181/2020 y demás disposiciones aplicables, que la misma no se opone a normas legales y reglamentarias vigentes dictadas por la Superintendencia de Seguros.

Sin otro particular y aguardando una resolución favorable a nuestra solicitud, aprovechamos la oportunidad para saludarle muy atentamente.



Catalina Jara
Presidente
Itaú Seguros Paraguay S.A.



Ibere Ferreira
Director titular
Itaú Seguros Paraguay S.A.

Asunción, 18 de febrero de 2022.

Señora

MARIA GRACIELA MORA, Superintendente
Superintendencia de Seguros
Banco Central del Paraguay.
PRESENTE.

Referencia: Plan Seguro Vida Colectivo para Empleados, Obreros, Asociaciones y Comunidades. Modificación. Código de inscripción 61-VC.0003

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su digno intermedio a quien corresponda, a fin de comunicar el parecer jurídico con relación al Plan Seguro Vida Colectivo para Empleados, Obreros, Asociaciones y Comunidades Modificación. Código de inscripción 61-VC.0003 de la compañía Itaú Seguros Paraguay S.A (anteriormente Providencia S.A de Seguros). Revisados los documentos en cumplimiento de la Resolución SS.SG N° 215/2017 y sus modificatorias la Resolución SS.SG N° 238/2019 y la Resolución SS.SG N°181/2020, la Ley 827/96, el Código Civil Paraguayo y demás disposiciones aplicables, el presente Plan de Seguro no se contrapone a lo dispuesto en dichas normas.

Asimismo, me pongo a disposición para atender las consultas que requieran sobre el referido Plan pudiendo contactar al teléfono celular 0981 464 045.

Quedo a disposición para lo que pudiere corresponder y aprovecho la oportunidad para saludarla muy atentamente.



Esmilee Estigarribia Larrea.

Abogada.

Matricula CSJ N° 36.403.

Esmilee R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

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

Modificación.
Código de Inscripción N°61-VC.0003

1. Descripción de las modificaciones..... 1

2. Modelo Cláusula modificatorias..... 2

3. Modelo modificadorio de Propuesta 12

4. Nota Técnica 42

El presente plan consta de 48 páginas.

1. Descripción de las modificaciones

Al plan de Seguro Vida Colectivo para Empleados, Obreros, Asociaciones y Comunidades inscripto bajo el Código N°61-VC.0003 se incorporan las siguientes modificaciones:

- 1. Se extiende el plazo de vigencia de la póliza colectiva entre el tomador y la aseguradora hasta cinco (5) años. La cobertura para cada certificado individual es de hasta un (1) año, computado desde la fecha de adhesión del asegurado.
- 2. Se actualiza el texto de renovación del contrato y terminación del contrato.
- 3. Se agrega Cláusula Cancelación Automática
- 4. Se modifica el alcance de personas asegurables.
- 5. Se agrega la cobertura complementaria y opcional de Renta Diaria por Hospitalización,

Por tanto, se realizan las siguientes modificaciones al plan:

- 1. Modificación de la Descripción del plan - 1.4 Duración de la cobertura y procedimiento para anulación anticipada.
- 2. Exclusión de las cláusulas 9 y 10 de las Condiciones Generales Comunes por corresponder a normas sobre seguros patrimoniales.
- 3. Modificación de cláusulas de las Condiciones Particulares Específicas:
 - (i). Cláusula 3. Vigencia del Contrato.
 - (ii). Cláusula 4. Renovación del Contrato.
 - (iii). Adecuación del Régimen de Cobranzas.
 - (iv). Cláusula 5. Terminación del Contrato.
 - (v). Cláusula 6. Personas asegurables.
 - (vi). Cláusula 10. Derecho en caso de servicio militar.
 - (vii). Cláusula 12. Intervención del contratante.
 - (viii). Cláusula 23. Cancelación Automática
- 4. Modificación de las cláusulas del Seguro Complementario Muerte o Incapacidad Permanente del Cónyuge. Se modifica el texto para adecuarlo a la cobertura principal.
- 5. Modificación de las cláusulas del Seguro Complementario Enfermedades graves. Se modifica el texto para adecuarlo a la cobertura principal.
- 6. Incorporación del Seguro Complementario de Renta Diaria por Hospitalización.
 - (i). Adecuación de las Condiciones Particulares.
 - (ii). Adecuación del Certificado Individual.
 - (iii). Adecuación de la Propuesta.
 - (iv). Adecuación de la Solicitud Individual.
 - (v). Incorporación de Nota Técnica.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmitce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

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

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 2

2. Modelo Cláusulas modificatorias

2.1 Descripción del Plan – 1.4 Duración de la cobertura y procedimiento para anulación anticipada

Se extiende el plazo de vigencia de la póliza colectiva entre el tomador y la aseguradora hasta cinco (5) años. La cobertura para cada certificado individual es de hasta un (1) año, computado desde la fecha de adhesión del asegurado.

Transcurridos tres años desde la celebración del contrato y hallándose el Asegurado al día en el pago de la prima, podrá exigir:

- a) la conversión del seguro en otro saldado por una suma reducida o de plazo menor; o
- b) la rescisión con el pago de una suma determinada (Art. 1.673 C.C.).

Cuando en el caso precedente, el Asegurado interrumpa el pago de las primas sin manifestar opción entre las soluciones consignadas, dentro de un mes de interpelado por el Asegurador, el contrato se convertirá automáticamente en un seguro saldado por una suma reducida (Art. 1.674 C.C.).

Cuando el Asegurador se libera por cualquier causa después de transcurridos tres (3) años, no adeudará prestación alguna, salvo el valor de rescate.

2.2 Modificación de cláusulas de las Condiciones Particulares Específicas

CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS

VIGENCIA DEL CONTRATO

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

Se extiende el plazo de vigencia de la póliza colectiva entre el tomador y la aseguradora hasta cinco (5) años. La cobertura para cada certificado individual es de hasta un (1) año, computado desde la fecha de adhesión del asegurado.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

RENOVACION DEL CONTRATO
CLAUSULA 4

A falta de manifestación en contrario, este contrato es renovable por única vez por igual periodo de tiempo a partir de la fecha de fin de vigencia indicada en las Condiciones Particulares.

De igual forma, las coberturas individuales son renovables por única vez por igual periodo de tiempo a partir de la fecha de fin de vigencia indicada en los respectivos certificados individuales de cobertura.

En la 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
CLAUSULA 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.
- c) Cuando el Tomador se halla en mora por más de sesenta (60) días en el pago de la prima única o de las cuotas pactadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

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, clientes de este y 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, se considerarán asegurables después de transcurridas dos (2) semanas de la fecha de reincorporación a sus tareas.


JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE


IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR


Esnilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 4

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 o de su cliente, 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.

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.

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 a las actividades laborales.

INTERVENCION DEL CONTRATANTE

CLÁUSULA 12

El tomador deberá 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 al Asegurado, 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.

CANCELACION AUTOMATICA

CLAUSULA 23

Queda establecida que la cobertura quedará suspendida y el seguro quedará cancelado de manera automática y sin necesidad de formalidad alguna, cuando el asegurado se halla en mora por más de Sesenta (60) días calendarios pago de la prima única o de las cuotas pactas.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

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

7 (siete)

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 5

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 y 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.

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 y permanente del Asegurado titular.

SEGURO COMPLEMENTARIO ENFERMEDADES GRAVES

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 10

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, asociación o comunidad aglutinada por el seguro contratado.
 - 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.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilde R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

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

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

2.3. Incorporación del seguro complementario – Renta diaria por hospitalización.

SEGURO COMPLEMENTARIO
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

RIESGOS CUBIERTOS

CLÁUSULA 1

El Asegurador, en virtud de una prima adicional, abonará una renta diaria al Asegurado por el periodo en que permanezca hospitalizado como consecuencia directa de un accidente cubierto bajo esta Póliza, ya sea para someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud. El monto de la indemnización diaria y el plazo máximo de días a ser indemnizados (considerando dentro de dicho plazo el deducible) serán establecidos en las Condiciones Particulares.

El beneficio descrito anteriormente aplica para cada accidente una vez transcurrido el periodo de espera y el deducible estipulado en las Condiciones Particulares.

Si, con anterioridad del accidente, el Asegurado hubiera sufrido otro u otros accidentes cubiertos por la Póliza y ocurridos durante su vigencia, el Asegurado solo responderá en el futuro por el remanente de la suma asegurada.

DEDUCIBLES

CLÁUSULA 2

En caso de que el Asegurado requiera hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico, se aplicará un deducible establecido en las Condiciones Particulares de días de estancia hospitalaria continua en el hospital por cada accidente amparado, es decir, quedarán excluidas las horas de hospitalización establecidas en las Condiciones Particulares. Dicho deducible opera por secuencia de horas continuas, considerando las recaídas como un mismo evento.

CANTIDAD DE HOSPITALIZACIONES A SER CUBIERTAS. PERIODO DE CARENCIA

CLÁUSULA 3

El número máximo de padecimientos a cubrir para cada Asegurado será establecido en las Condiciones Particulares.

Entre cada atención médica hospitalaria como consecuencia de un accidente deberán transcurrir al menos noventa (90) días naturales de espera, siempre y cuando no tenga relación con el padecimiento previo.


JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE


IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR


Esmeralda R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 7

EXCLUSIONES

CLÁUSULA 4

Este seguro no ampara y, por consiguiente, la indemnización no será pagada si la hospitalización se produjere como consecuencia de:

- a) Las exclusiones contempladas en la CLAUSULA 11 de RESIDENCIA. RIESGOS NO CUBIERTOS de la cobertura principal.
- b) Accidentes que no ameritaron hospitalización.
- c) Tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.
- d) Tratamiento médico o quirúrgico de accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol.
- e) Intento de suicidio.
- f) Enfermedades mentales, nerviosas o seniles, tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estrés, bulimia, anorexia, estados de depresión psíquica nerviosa o Alzheimer.
- g) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones, excepto aquellos para los que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por la Póliza.
- h) Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso, salvo que sea para mantener con vida a un paciente en estado grave producto de un accidente.
- i) Consumo, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.
- j) Tratamientos médicos o quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía o hipermetropía.
- k) Tratamientos ambulatorios.
- l) Atención médica en el servicio de urgencias del hospital.
- m) Padecimientos congénitos.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 5

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

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

CONDICIONES PARTICULARES – CARÁTULA



ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A.
Av. Santa Teresa y Herminio Maldonado
Torres del Paseo 2
Asunción - Paraguay
www.itauseguros.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 **ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A.**, 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, **ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A.** asegura por cuenta y riesgo de quien corresponda lo siguiente:



JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE



IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR



Esmitce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

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

11 (once)

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

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.	
Renta Diaria por Hospitalización Obs. Esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.	

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

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

12 (doce)

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

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.
d) noventa (90) días para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.
Deducible
Se establece un deducible de XX horas por evento para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.

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.itauseguros.com.py /...{información a completar}

La presente póliza consta de ... hojas

Agente: N° Matrícula:
Domicilio: Ciudad: Teléfono:

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

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

13 (trece)

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 11

ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A. reconoce expresamente las firmas digitales, electrónicas o facsimilares 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.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

3. Modelo modificadorio de Certificado Individual

Itaúseguros

ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A.
Av. Santa Teresa y Herminio Maldonado
Torres del Paseo 2
Asunción - Paraguay
www.itauseguros.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):	
ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A., en adelante el Asegurador, asegura a: xxxxxxxxxxxxxxxx (en adelante denominado el Asegurado) por un Capital de Gs. 000000000, de acuerdo con las Condiciones Particulares Específicas 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.



JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE



IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR



Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

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.

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, **ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A.** 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.	

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

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada
Muerte o Incapacidad Permanente del Cónyuge Obs. Esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.	
Renta Diaria por Hospitalización 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.
- d) noventa (90) días para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.

Deducible

Se establece un deducible de XX horas por evento para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Queda establecida que la cobertura quedará suspendida y el seguro quedará cancelado de manera automática y sin necesidad de formalidad alguna, cuando el Asegurado se halla en mora por más de Sesenta (60) días calendarios pago de la prima única o de las cuotas pactas.

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.itauseguros.com.py /...{información a completar}


JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE


IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR


Esmitce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 15

ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A. reconoce expresamente las firmas digitales, electrónicas o, facsimilares 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 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.
- j) Renta Diaria por Hospitalización

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

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Emilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 16

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 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

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmitce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 17

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

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

El Asegurador, en virtud de una prima adicional, abonará una renta diaria al Asegurado por el periodo en que permanezca hospitalizado como consecuencia directa de un accidente cubierto bajo esta Póliza, ya sea para someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud.

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, clientes de este y, empleados y obreros que se encontraren a su servicio activo; 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, 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.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmeralda R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 18

Los empleados y obreros que en el futuro ingresen al servicio del Tomador o de su cliente, 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:

- 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).
- intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- 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.
- 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.).
- acto ilícito provocado por el Asegurado (Art. 1.671 C.C.).
- participación en empresa criminal, duelo o por aplicación legítima de la pena de muerte (Art. 1.672 C.C.).
- Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Emilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 19

- 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 pudiere 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]*

Exclusiones para la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización

Adicionalmente a las exclusiones contempladas precedentemente, se excluyen:

- a) Accidentes que no ameritaron hospitalización.
- b) Tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.
- c) Tratamiento médico o quirúrgico de accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol.
- d) Intento de suicidio.
- e) Enfermedades mentales, nerviosas o seniles, tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estrés, bulimia, anorexia, estados de depresión psíquica nerviosa o Alzheimer.
- f) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones, excepto aquellos para los que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por la Póliza.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce E. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

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

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

4. Modelo modificadorio de Propuesta



ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A.
Av. Santa Teresa y Herminio Maldonado
Torres del Paseo 2
Asunción – Paraguay
www.itauseguros.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

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.	


JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE


IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR


Emilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada
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 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.	
Renta Diaria por Hospitalización 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:

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

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.
- d) noventa (90) días para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.

Deducible

Se establece un deducible de XX horas por evento para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.

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).

El Tomador por este mismo acto solicita:

☐ La póliza con firma facsimilar.

Igualmente podrá acceder a verificar su póliza en el portal de la página web, para acceder deberá contar con un correo electrónico en el 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.

☐ 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, podrá acceder a verificar su póliza en el portal de la página web y también 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.

PROTECCIÓN DE DATOS. En cumplimiento de la Ley N° 6534/20 “De Protección de Datos Personales Crediticios” o la que regule esta materia en el futuro, y la Política de Privacidad disponible en el portal web de la Aseguradora, manifiesto expresamente mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales para todos los fines descriptos a continuación. Acepto que la Aseguradora trate mis datos personales con las siguientes finalidades:



JARA LOPEZ CATALINA DELICIA
PRESIDENTE



IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR



Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

a) contratar, mantener y seguir el cumplimiento de los contratos de los productos y servicios que tenga con la Aseguradora, evaluando para ello, cuando sea preciso, mi solvencia y riesgo crediticio;

b) verificar mi identidad, solvencia económica, situación patrimonial, cumplimiento de mis obligaciones comerciales y tributarias;

c) desarrollar acciones comerciales en general (incluyendo encuestas), y en particular, ofrecerme y/o recomendarme productos y servicios de la Aseguradora y/o empresas de su grupo empresarial (locales o extranjeras), que puedan resultar de mi interés, teniendo en cuenta los que haya contratado en el pasado;

d) comunicar los datos personales a reguladores, entidades del Grupo empresarial de la Aseguradora, colaboradores y/o participadas para el cumplimiento de obligaciones regulatorias y el desarrollo de acciones comerciales sobre sus productos y servicios, generales o personalizadas, por cualquier medio;

e) otorgar acceso a terceros proveedores de servicios de la Aseguradora y que tratan los referidos datos en nombre y por cuenta de la Aseguradora como consecuencia de la ejecución del contrato de prestación de servicios que la Aseguradora mantiene con los mismos,

f) tratar o comunicar mis datos personales a terceros, incluyendo a reguladores o entidades públicas, sean o no empresas de nuestro Grupo Empresarial, para prevenir, investigar y/o descubrir el fraude o cualquier otro motivo fundado por reguladores o entidades públicas, tratamiento que se realiza en base al interés legítimo que mantiene la Aseguradora, y tratar mis datos para cumplir las obligaciones legales y fiscales que resulten aplicables, tales como la prevención de Lavado de Dinero o Bienes y financiación del terrorismo.

Las finalidades así individualizadas son meramente referenciales, sin representar una lista taxativa. Si hay cambios en las finalidades para el tratamiento de datos personales que no sean compatibles con el presente consentimiento otorgado, la Aseguradora te comunicará con anticipación sobre los cambios en la finalidad, y podrás revocar tu consentimiento, si no estás de acuerdo con los cambios. Finalmente, la Aseguradora te informa que tenés la potestad de ejercer tus derechos de acceso, actualización, rectificación, supresión, oposición y portabilidad de tus datos personales, así mismo, también tenés el derecho de revocar el presente consentimiento de forma expresa y a título gratuito. Cuando nos facilites datos personales de terceros, tales como codeudores, garantes; endosantes; Representantes legales (apoderados); Beneficiarios de pólizas de seguros; deudores de clientes (por ejemplo, en caso de concurso); accionistas de sociedades; representantes de una persona jurídica (que puede ser un cliente o un proveedor). Recordá informar a dichas personas que proporcionaste sus datos para que tratamos su información personal y remitirles nuestra Política de Privacidad.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Emilio R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Por medio de este contrato la Aseguradora cuenta con suficiente mandato en los términos del Art. 917 Inc. “a” del Código Civil, para que por propia cuenta o a través de empresas especializadas en tratamiento de datos crediticios (Equifax, Criterion u otras) pueda recabar y/o proporcionar información en plaza referente a datos personales, situación patrimonial, solvencia económica, o cumplimiento de cualquier obligación comercial que pudieras tener.

Igualmente, la Aseguradora podrá verificar, confirmar y/o certificar los datos que suministres a los efectos de contar con los elementos de juicio y análisis necesarios para concederte los servicios que podes gestionar ante la Aseguradora. Puedo solicitar a la Aseguradora una copia de dichos informes previa solicitud. Asimismo, la Aseguradora podrá comunicar a terceros o incluir tu nombre en los registros o empresas que traten datos crediticios y tengan base de datos e informaciones sobre clientes morosos, cuando surjan atrasos de pagos en plazos superiores a los establecidos en la legislación nacional. La eliminación de tales datos de dichos registros se realizará de acuerdo con los términos establecidos en la ley vigente que regula esta materia.

Por medio de este contrato, autorizo a la Aseguradora a dar informaciones mías a terceros (incluyendo a otras entidades del Grupo Itaú y reguladores). En estos supuestos, la Aseguradora podrá comunicar, incluyendo, pero no limitando: a) Si operas con la Aseguradora, b) la antigüedad que tenés como cliente, c) si tenés seguros vigentes, y/o d) si tenés primas pendientes de pago; así como informaciones que hayas solicitado y/o autorizado a que sean brindadas. La Aseguradora cuenta con la facultad de acceder y/u obtener directamente de la Subsecretaría de Estado de Tributación (S.E.T.) tu Certificado de Cumplimiento Tributario, Certificado de Cumplimiento Tributario en Controversia, o Constancia de No ser Contribuyente, todas las veces que la Aseguradora estime conveniente, y/o si se encuentra obligada a ello. En el caso de un Certificado de Cumplimiento Tributario en Controversia, deberás atender y resolver esa situación ante la Administración Tributaria. En este caso, la Aseguradora queda liberada de cualquier responsabilidad emergente de los actos realizados por el mismo.

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


JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE


IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR


Esnilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

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 ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A. 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 ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A. 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 y, con todo lo expresado más arriba, solicito se me expida una póliza de seguros.

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



JARA LOPEZ, CATALINA-DELICIA
PRESIDENTE



IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR



Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.



ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A.
Av. Santa Teresa y Herminio Maldonado
Torres del Paseo 2
Asunción - Paraguay
www.itauseguros.com.py

Modelo “A”

Vigencia
Desde: _____
Hasta: _____
Plazo: _____

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

Solicito a ITAU SEGUROS PARAGUAY S.A. mi incorporación. Al Seguro de Vida Colectivo contratado por.....en un todo de acuerdo con las Condiciones de la Póliza emitida a nombre de éste.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido:	_____	
Domicilio Particular:	_____	Ciudad: _____
Domicilio Comercial:	_____	Ciudad: _____
Cédula de Identidad N°:	_____	Nacionalidad: _____
Lugar y Fecha de Nacimiento:	_____	
Profesión u Ocupación:	_____	Estado Civil: _____

Edad de ingreso: de xx hasta xx años y xx días
Edad de salida: xx años y xx días.

Precios en xxx xx cuotas fijas sin entrega inicial y con cobertura por un año con renovación automática.

Coberturas Principales

- Fallecimiento
- Incapacidad total y permanente por Enfermedad
- Anticipo de xx% de la Suma Asegurada de Muerte en caso de diagnóstico de Enfermedad Terminal.
- Reembolso de Gastos de Sepelio para el Titular hasta xxx

Marque con una “x” cruz la cobertura de su elección.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Suma Asegurada	xx cuotas de	Suma Asegurada	xx cuotas de

Coberturas Opcionales
Diagnostico por enfermedades graves: Cáncer, Cirugía de Arterias Coronarias (By Pass), Infarto al Corazón; Derrame e Infarto Cerebral; Reemplazo de Válvula del Corazón

Suma Asegurada	xx cuotas de	Suma Asegurada	xx cuotas de

Coberturas Opcionales
Protección familiar de Sepelio – Conyugue hasta los xx años y hasta x hijos menores de xx años
☐ Rembolso de Gastos de Sepelio para Cónyuge y x hijos de xxxxxx cada, en xx cuotas de xxxxxxxx

Coberturas Opcionales
Muerte o Incapacidad total y Permanente del Cónyuge

☐ Suma Asegurada ☐ xx cuotas de

☐ Suma Asegurada ☐ xx cuotas de

Coberturas Opcionales (Información Interna: estas coberturas se reflejarán cuando la Aseguradora opte por comercializar)

Beneficio por Accidente

Suma Asegurada	xx cuotas de	Suma Asegurada	xx cuotas de

Gastos Médicos a Consecuencia de Accidentes

Suma Asegurada	xx cuotas de	Suma Asegurada	xx cuotas de

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Trasplante

Suma Asegurada xx cuotas de

☐

Suma Asegurada xx cuotas de

☐

Renta Diaria por Hospitalización

Suma Asegurada xx cuotas de

☐

Suma Asegurada xx cuotas de

☐

Costo Final

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO		DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Prima:		Monto financiado:	
I.V.A. s/ Prima:		Tasa de interés	X%
Premio:		Vencimientos	
		Fecha:	Monto:
Interés por financiamiento:			
I.V.A. s/ Interés			
Costo del Financiamiento:			
COSTO FINAL:			

BENEFICIARIOS

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

Marque con una "X" (cruz) si opta por designar a sus herederos legales como beneficiarios de la póliza de vida contratada: ☐

DECLARACION DE SALUD

¿Usa medicamentos continuos, todos los días o periódicos, para el tratamiento o el seguimiento de alguna enfermedad?

Cual	Motivo

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Emilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

Ha sido tratado, en algún momento de su vida, o ha tenido alguna indicación conocida de:

Pregunta	SI	NO
A) Enfermedades respiratorias como: asma, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema.		
B) Enfermedades cardíacas (enfermedad cardiovascular) como: infarto, enfermedad coronaria, problemas de válvulas cardíacas, hipertensión, accidente cerebrovascular, insuficiencia arterial, trombosis?		
C) Tumores malignos (cáncer)?		
D) Enfermedades neurológicas o psiquiátricas como esclerosis múltiple, epilepsia, parálisis/plegia, enfermedad de la neurona motora, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, psicosis, esquizofrenia, depresión, alcoholismo, adicción a las drogas, intento de suicidio?		

En caso de que algún Ítem sea afirmativo, se deberá adjuntar el informe médico (diagnóstico y el estado clínico).-

Declaro haber leído el cuestionario que antecede y que las repuestas son verdaderas y como tales las reconozco, aun cuando no estuvieran escritas de mi puño y letra. Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, hacen nulo el seguro.

Importante

CANCELACIÓN AUTOMATICA

Queda establecida que la cobertura quedará suspendida y el seguro quedará cancelado de manera automática y sin necesidad de formalidad alguna, cuando el asegurado se halla en mora por más de Sesenta (60) días calendarios pago de la prima única o de las cuotas pactas.

Exclusiones para cobertura principal. El Asegurador no abonará la indemnización cuando el fallecimiento se produjera a consecuencia de:

- a) participación como conductor o integrante de equipos en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción.
- 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.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Itaú Seguros Paraguay S.A.

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

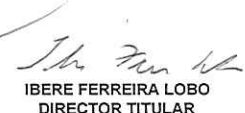
- e) guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya. En caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia dictarán las autoridades competentes.
- f) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte (suicidio) o 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.
- 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.
- 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 pudiere reclamar 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

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.).

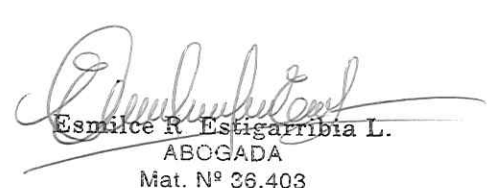
PROTECCIÓN DE DATOS. En cumplimiento de la Ley N° 6534/20 “De Protección de Datos Personales Crediticios” o la que regule esta materia en el futuro, y la Política de Privacidad disponible en el portal web de la Aseguradora, manifiesto expresamente mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales para todos los fines descriptos a continuación. Acepto que la Aseguradora trate mis datos personales con las siguientes finalidades:
a) contratar, mantener y seguir el cumplimiento de los contratos de los productos y servicios que tenga con la Aseguradora, evaluando para ello, cuando sea preciso, mi solvencia y riesgo crediticio;



JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE



IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR



Esmitce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

- b) verificar mi identidad, solvencia económica, situación patrimonial, cumplimiento de mis obligaciones comerciales y tributarias;
- c) desarrollar acciones comerciales en general (incluyendo encuestas), y en particular, ofrecerme y/o recomendarme productos y servicios de la Aseguradora y/o empresas de su grupo empresarial (locales o extranjeras), que puedan resultar de mi interés, teniendo en cuenta los que haya contratado en el pasado;
- d) comunicar los datos personales a reguladores, entidades del Grupo empresarial de la Aseguradora, colaboradores y/o participadas para el cumplimiento de obligaciones regulatorias y el desarrollo de acciones comerciales sobre sus productos y servicios, generales o personalizadas, por cualquier medio;
- e) otorgar acceso a terceros proveedores de servicios de la Aseguradora y que tratan los referidos datos en nombre y por cuenta de la Aseguradora como consecuencia de la ejecución del contrato de prestación de servicios que la Aseguradora mantiene con los mismos,
- f) tratar o comunicar mis datos personales a terceros, incluyendo a reguladores o entidades públicas, sean o no empresas de nuestro Grupo Empresarial, para prevenir, investigar y/o descubrir el fraude o cualquier otro motivo fundado por reguladores o entidades públicas, tratamiento que se realiza en base al interés legítimo que mantiene la Aseguradora, y tratar mis datos para cumplir las obligaciones legales y fiscales que resulten aplicables, tales como la prevención de Lavado de Dinero o Bienes y financiación del terrorismo.

Las finalidades así individualizadas son meramente referenciales, sin representar una lista taxativa. Si hay cambios en las finalidades para el tratamiento de datos personales que no sean compatibles con el presente consentimiento otorgado, la Aseguradora te comunicará con anticipación sobre los cambios en la finalidad, y podrás revocar tu consentimiento, si no estás de acuerdo con los cambios. Finalmente, la Aseguradora te informa que tenés la potestad de ejercer tus derechos de acceso, actualización, rectificación, supresión, oposición y portabilidad de tus datos personales, así mismo, también tenés el derecho de revocar el presente consentimiento de forma expresa y a título gratuito. Cuando nos facilites datos personales de terceros, tales como codeudores, garantes; endosantes; Representantes legales (apoderados); Beneficiarios de pólizas de seguros; deudores de clientes (por ejemplo, en caso de concurso); accionistas de sociedades; representantes de una persona jurídica (que puede ser un cliente o un proveedor). Recordá informar a dichas personas que proporcionaste sus datos para que tratamos su información personal y remitirles nuestra Política de Privacidad.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

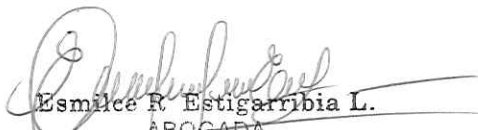
Por medio de este contrato la Aseguradora cuenta con suficiente mandato en los términos del Art. 917 Inc. “a” del Código Civil, para que por propia cuenta o a través de empresas especializadas en tratamiento de datos crediticios (Equifax, Criterion u otras) pueda recabar y/o proporcionar información en plaza referente a datos personales, situación patrimonial, solvencia económica, o cumplimiento de cualquier obligación comercial que pudieras tener. Igualmente, la Aseguradora podrá verificar, confirmar y/o certificar los datos que suministres a los efectos de contar con los elementos de juicio y análisis necesarios para concederte los servicios que puedes gestionar ante la Aseguradora. Puedo solicitar a la Aseguradora una copia de dichos informes previa solicitud. Asimismo, la Aseguradora podrá comunicar a terceros o incluir tu nombre en los registros o empresas que traten datos crediticios y tengan base de datos e informaciones sobre clientes morosos, cuando surjan atrasos de pagos en plazos superiores a los establecidos en la legislación nacional. La eliminación de tales datos de dichos registros se realizará de acuerdo con los términos establecidos en la ley vigente que regula esta materia.

Por medio de este contrato, autorizo a la Aseguradora a dar informaciones mías a terceros (incluyendo a otras entidades del Grupo Itaú y reguladores). En estos supuestos, la Aseguradora podrá comunicar, incluyendo, pero no limitando: a) Si operas con la Aseguradora, b) la antigüedad que tenés como cliente, c) si tenés seguros vigentes, y/o d) si tenés primas pendientes de pago; así como informaciones que hayas solicitado y/o autorizado a que sean brindadas. La Aseguradora cuenta con la facultad de acceder y/u obtener directamente de la Subsecretaría de Estado de Tributación (S.E.T.) tu Certificado de Cumplimiento Tributario, Certificado de Cumplimiento Tributario en Controversia, o Constancia de No ser Contribuyente, todas las veces que la Aseguradora estime conveniente, y/o si se encuentra obligada a ello. En el caso de un Certificado de Cumplimiento Tributario en Controversia, deberás atender y resolver esa situación ante la Administración Tributaria. En este caso, la Aseguradora queda liberada de cualquier responsabilidad emergente de los actos realizados por el mismo.

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


JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE


IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR


Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

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 ITAU SEGUROS S.A. en forma expresa e irrevocable o para que en caso de atraso, cualquiera fuere la causa, a partir de los sesenta (90) días de atraso, sea con el objeto de este contrato o cualquier otra deuda pendiente que tenga con ITAU SEGUROS S.A. 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.

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.

Reconozco la contratación de la cobertura citada anteriormente, y autorizo la renovación automática al vencimiento por única vez por igual periodo de tiempo a partir de la fecha de fin de vigencia.

Itaú Seguros Paraguay SA.: informa que todas las solicitudes de seguros son analizadas por riesgo de forma previa a la aceptación del Riesgo. La misma se rige por políticas internas, en línea con la normativa de Seguros y de prevención de lavado de dinero.

De conformidad con las Condiciones Generales Comunes y, con todo lo expresado más arriba, solicito se me expida el certificado de cobertura individual de adhesión a la póliza de seguros.

Convengo que esta solicitud, 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.

(Lugar y Fecha)

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

Firma del Asegurado

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

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

36 (treinta y seis)

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003



ITAÚ SEGUROS PARAGUAY S.A.
Av. Santa Teresa y Herminio Maldonado
Torres del Paseo 2
Asunción - Paraguay
www.itauseguros.com.py

Modelo “B”

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

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

Marque con una “x” cruz la cobertura de su elección.

Capital Asegurado	xx cuotas de	Premio	Contado
☐ _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____

Solicito a ITAU SEGUROS PARAGUAY S.A. mi incorporación. Al Seguro de Vida Colectivo contratado por.....en un todo de acuerdo con las Condiciones de la Póliza emitida a nombre de éste.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido:	_____	Ciudad:	_____
Domicilio Particular:	_____	Ciudad:	_____
Domicilio Comercial:	_____	Nacionalidad:	_____
Cédula de Identidad N°:	_____		_____
Lugar y Fecha de Nacimiento:	_____		_____
Profesión u Ocupación:	_____	Estado Civil:	_____

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmélice R. Estigarribia L.
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

BENEFICIARIOS

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

Marque con una "X" (cruz) si opta por designar a sus herederos legales como ☐ beneficiarios de la póliza de vida contratada:

DECLARACION DE SALUD

- A) ¿Sufre Ud. actualmente o ha sufrido en el pasado algún malestar físico, enfermedad que le haya obligado a consultar al médico? (En caso afirmativo, señale fecha, causa y consecuencia)

() SI () NO Especificar:_____
- B) ¿Goza Ud. en este momento de absoluta buena salud?

() SI () NO Especificar:_____
- C) Estatura:_____ Peso:_____ Presión Arterial:_____
- D) ¿Ha estado Ud. trabajando activamente durante los últimos dos meses?

() SI () NO Especificar:_____

Declaro haber leído el cuestionario que antecede y que las repuestas son verdaderas y como tales las reconozco, aun cuando no estuvieran escritas de mi puño y letra. Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, hacen nulo el seguro.



JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE



IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR



Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

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

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

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 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.	
Renta Diaria por Hospitalización Obs. Esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.	

JARA LOPEZ CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Es milce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

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

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

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.
- d) noventa (90) días para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.

Deducible

Se establece un deducible de XX horas por evento para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.

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.).

CANCELACIÓN AUTOMATICA

Queda establecida que la cobertura quedará suspendida y el seguro quedará cancelado de manera automática y sin necesidad de formalidad alguna, cuando el asegurado se halla en mora por más de Sesenta (60) días calendarios pago de la prima única o de las cuotas pactas.


JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE


IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR


Esmeralda R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 38

PROTECCIÓN DE DATOS. En cumplimiento de la Ley N° 6534/20 "De Protección de Datos Personales Crediticios" o la que regule esta materia en el futuro, y la Política de Privacidad disponible en el portal web de la Aseguradora, manifiesto expresamente mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales para todos los fines descriptos a continuación. Acepto que la Aseguradora trate mis datos personales con las siguientes finalidades:

- a) contratar, mantener y seguir el cumplimiento de los contratos de los productos y servicios que tenga con la Aseguradora, evaluando para ello, cuando sea preciso, mi solvencia y riesgo crediticio;
- b) verificar mi identidad, solvencia económica, situación patrimonial, cumplimiento de mis obligaciones comerciales y tributarias;
- c) desarrollar acciones comerciales en general (incluyendo encuestas), y en particular, ofrecerme y/o recomendarme productos y servicios de la Aseguradora y/o empresas de su grupo empresarial (locales o extranjeras), que puedan resultar de mi interés, teniendo en cuenta los que haya contratado en el pasado;
- d) comunicar los datos personales a reguladores, entidades del Grupo empresarial de la Aseguradora, colaboradores y/o participadas para el cumplimiento de obligaciones regulatorias y el desarrollo de acciones comerciales sobre sus productos y servicios, generales o personalizadas, por cualquier medio;
- e) otorgar acceso a terceros proveedores de servicios de la Aseguradora y que tratan los referidos datos en nombre y por cuenta de la Aseguradora como consecuencia de la ejecución del contrato de prestación de servicios que la Aseguradora mantiene con los mismos,
- f) tratar o comunicar mis datos personales a terceros, incluyendo a reguladores o entidades públicas, sean o no empresas de nuestro Grupo Empresarial, para prevenir, investigar y/o descubrir el fraude o cualquier otro motivo fundado por reguladores o entidades públicas, tratamiento que se realiza en base al interés legítimo que mantiene la Aseguradora, y tratar mis datos para cumplir las obligaciones legales y fiscales que resulten aplicables, tales como la prevención de Lavado de Dinero o Bienes y financiación del terrorismo.

Las finalidades así individualizadas son meramente referenciales, sin representar una lista taxativa. Si hay cambios en las finalidades para el tratamiento de datos personales que no sean compatibles con el presente consentimiento otorgado, la Aseguradora te comunicará con anticipación sobre los cambios en la finalidad, y podrás revocar tu consentimiento, si no estás de acuerdo con los cambios. Finalmente, la Aseguradora te informa que tenés la potestad de ejercer tus derechos de acceso, actualización, rectificación, supresión, oposición y portabilidad de tus datos personales, así mismo, también tenés el derecho de revocar el presente consentimiento de forma expresa y a

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Itaú Seguros Paraguay S.A.

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 39

título gratuito. Cuando nos facilites datos personales de terceros, tales como codeudores, garantes; endosantes; Representantes legales (apoderados); Beneficiarios de pólizas de seguros; deudores de clientes (por ejemplo, en caso de concurso); accionistas de sociedades; representantes de una persona jurídica (que puede ser un cliente o un proveedor). Recordá informar a dichas personas que proporcionaste sus datos para que tratamos su información personal y remitirles nuestra Política de Privacidad.

Por medio de este contrato la Aseguradora cuenta con suficiente mandato en los términos del Art. 917 Inc. "a" del Código Civil, para que por propia cuenta o a través de empresas especializadas en tratamiento de datos crediticios (Equifax, Criterion u otras) pueda recabar y/o proporcionar información en plaza referente a datos personales, situación patrimonial, solvencia económica, o cumplimiento de cualquier obligación comercial que pudieras tener. Igualmente, la Aseguradora podrá verificar, confirmar y/o certificar los datos que suministres a los efectos de contar con los elementos de juicio y análisis necesarios para concederte los servicios que podes gestionar ante la Aseguradora. Puedo solicitar a la Aseguradora una copia de dichos informes previa solicitud. Asimismo, la Aseguradora podrá comunicar a terceros o incluir tu nombre en los registros o empresas que traten datos crediticios y tengan base de datos e informaciones sobre clientes morosos, cuando surjan atrasos de pagos en plazos superiores a los establecidos en la legislación nacional. La eliminación de tales datos de dichos registros se realizará de acuerdo con los términos establecidos en la ley vigente que regula esta materia.

Por medio de este contrato, autorizo a la Aseguradora a dar informaciones más a terceros (incluyendo a otras entidades del Grupo Itaú y reguladores). En estos supuestos, la Aseguradora podrá comunicar, incluyendo, pero no limitando: a) Si operas con la Aseguradora, b) la antigüedad que tenés como cliente, c) si tenés seguros vigentes, y/o d) si tenés primas pendientes de pago; así como informaciones que hayas solicitado y/o autorizado a que sean brindadas. La Aseguradora cuenta con la facultad de acceder y/u obtener directamente de la Subsecretaría de Estado de Tributación (S.E.T.) tu Certificado de Cumplimiento Tributario, Certificado de Cumplimiento Tributario en Controversia, o Constancia de No ser Contribuyente, todas las veces que la Aseguradora estime conveniente, y/o si se encuentra obligada a ello. En el caso de un Certificado de Cumplimiento Tributario en Controversia, deberás atender y resolver esa situación ante la Administración Tributaria. En este caso, la Aseguradora queda liberada de cualquier responsabilidad emergente de los actos realizados por el mismo.

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Autorizo (a) a la Aseguradora a solicitar y recabar de la Superintendencia de Bancos del Banco Central del Paraguay información mía, a través de la red de comunicación financiera contenida en la Central de Información, y (b) al Banco Central del Paraguay a

través de la Superintendencia de Seguros a brindar información mía, contenida en la Central de la Información. Autorizo bajo mi completa responsabilidad y renunciando a cualquier reclamo judicial o extrajudicial por las informaciones suministradas, declarando que estoy en pleno conocimiento del riesgo que implica la provisión de tales informaciones vía telefónica o correo electrónico. 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.

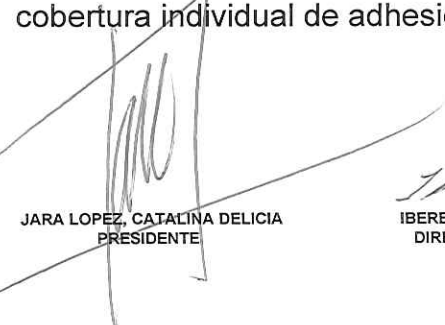
El Asegurado por este mismo acto, y sin necesidad de requisito o formalidad alguna, autoriza a ITAU SEGUROS S.A. en forma expresa e irrevocable o para que en caso de atraso, cualquiera fuere la causa, a partir de los sesenta (90) días de atraso, sea con el objeto de este contrato o cualquier otra deuda pendiente que tenga con ITAU SEGUROS S.A. 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.

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.

Reconozco la contratación de la cobertura citada anteriormente, y autorizo la renovación automática al vencimiento por única vez por igual periodo de tiempo a partir de la fecha de fin de vigencia.

Itaú Seguros Paraguay SA.: informa que todas las solicitudes de seguros son analizadas por riesgo de forma previa a la aceptación del Riesgo. La misma se rige por políticas internas, en línea con la normativa de Seguros y de prevención de lavado de dinero-

De conformidad con las Condiciones Generales Comunes impresas en las pólizas del Asegurador, y con todo lo expresado más arriba, solicito se me expida el certificado de cobertura individual de adhesión a la póliza de seguros.


JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE


IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR


Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

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

43 (cuarenta y tres)

Modificación.

Código de Inscripción N°61-VC.0003

Pág. 41

Convengo que esta solicitud, 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.

(Lugar y Fecha)

Firma del Asegurado

JARA LOPEZ, CATALINA DELICIA
PRESIDENTE

IBERE FERREIRA LOBO
DIRECTOR TITULAR

Esmilce R. Estigarribia L.
ABOGADA
Mat. N° 36.403

Itaú Seguros Paraguay S.A.