



SECCION VIDA INDIVIDUAL
SEGURO VIDA MÁXIMA (INDIVIDUAL TEMPORAL)

DECLARACIÓN DE SALUD



Av. Irrazabal y Ruta VI
Encarnación - Paraguay
Tel.: (071) 203700 - 203667 - 200250/1
Fax: (071) 206640

SECCION VIDA INDIVIDUAL- VIDA MÁXIMA
DATOS DEL ASEGURADO

Form fields for personal data: Nombre y Apellido, Domicilio Particular, Ciudad, Tel. o Cel., Domicilio Comercial, Cédula de Identidad Nº, Nacionalidad, Lugar y Fecha de Nacimiento, Profesión u Ocupación, Estado Civil.

DECLARACION DE SALUD

Edad: Sexo: [ ] Fem [ ] Masc Peso: Altura:

- 1. ¿Ha habido entre sus familiares directos casos de hipertensión, enfermedades cardiacas o circulatorias, diabéticos cáncer o enfermedades hereditarias? [ ] Si [ ] No
En caso de ser su respuesta afirmativa: ¿Cuáles? ¿Quién?
2. ¿Tiene actualmente algún problema de salud? [ ] Si [ ] No
En caso de ser su respuesta afirmativa: ¿Cuál?
3. ¿Su capacidad de trabajo está reducida? [ ] Si [ ] No
En caso de ser su respuesta afirmativa: ¿Motivo? ¿Desde cuando?
4. ¿Durante los últimos 5 años, ha estado incapacitado para trabajar durante más de 3 semanas? [ ] Si [ ] No
En caso de ser su respuesta afirmativa: ¿Cuándo? ¿Por qué?
5. ¿Ha presentado o está presentando alguna solicitud de Seguro de Vida? [ ] Si [ ] No
En caso de ser su respuesta afirmativa: ¿En qué Compañía? ¿Capital asegurado?
En caso haya sido aplazada, rechazada o aceptada con sobreprima. Favor especificar.



**DECLARACION DE SALUD**

6. ¿Sufre o ha sufrido alguna de las enfermedades o trastornos siguientes?
- a) Afecciones cardiovasculares: ¿hipertensión arterial, arteriosclerosis, coronariopatía, defectos cardiacos congénitos, insuficiencia cardiaca, arritmia, infarto, palpitaciones, angina de pecho, flebitis, várices?  Si  No
  - b) Afecciones respiratorias: ¿ronquera crónica, bronquitis crónica, asma, enfisema, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar?  Si  No
  - c) Afecciones urinarias o genitales: ¿enfermedades de los riñones, de la uretra, vejiga, próstata, cálculos, presencia de sangre, azúcar o proteína en la orina, enfermedades venéreas?  Si  No
  - d) Afecciones del sistema inmunitario o infecciosas (como: SIDA, infecciones HIV, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis). Enfermedades tropicales (como: malaria, dengue, enfermedad de Chagas)  Si  No
  - e) ¿Endocrinas o metabólicas (ejemplo: diabetes, bocio, hiperlipidemia, hiperuricemia)?  Si  No
  - f) ¿Gastrointestinales (ejemplo: úlcera péptica, dispepsia, colitis, hernia)?  Si  No
  - g) ¿Del hígado, páncreas, vías biliares (ejemplo: hepatitis, cirrosis, litiasis)?  Si  No
  - h) ¿Neurológicas y mentales (ejemplo: epilepsia, ACV, parálisis, neurosis, psicosis, depresiones, tentativas de suicidio)?  Si  No
  - i) ¿Músculo-esqueléticas (ejemplo: curvaturas de la columna, reumatismo, artritis, gota, hernia discal, lumbago, ciática)?  Si  No
  - j) ¿Enfermedades de los ojos u oídos?  Si  No
  - k) ¿Enfermedades de la piel (ejemplo: eczema, alergias, nevus, tumores, etc.)?  Si  No
  - l) ¿Discapacidad física? ¿Enfermedades profesionales?  Si  No
  - m) ¿Diagnóstico o sospecha de algún tipo de cáncer o tumor?  Si  No

En caso de ser alguna de sus respuestas afirmativa: Favor aclarar ¿Cuáles, Cuándo, Duración y Médico Tratante?

-----  
 -----  
 -----

7. Cuestionario para Mujeres. En caso de ser Hombre pasar a la sección 8.
- a) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica (ovarios, útero o de mama)?  Si  No
  - b) ¿Está embarazada?  Si  No

En caso de ser alguna de sus respuestas afirmativa: Favor aclarar ¿Cuáles, Cuándo, Duración y Médico Tratante?

-----  
 -----

- 8. ¿Ha sido examinado, tratado, operado en algún hospital o cualquier tipo de establecimiento sanitario?  Si  No
- 9. ¿Tiene Ud. que ser hospitalizado próximamente? ¿Le han prescrito alguna operación?  Si  No
- 10. ¿Ha sido sometido a algún examen radiológico o tratamiento con radiaciones?  Si  No
- 11. ¿Le han hecho o recomendado alguna vez exámenes especiales como electrocardiogramas, ecocardiogramas, angiografía, electroencefalograma, resonancia magnética?. ¿Ecografía, estudio de isótopos radioactivos?  Si  No
- 12. ¿Práctica Deportes?  Si  No

En caso de ser su respuesta afirmativa: ¿Cuál/Cuáles? ¿Con qué frecuencia?

*[Handwritten signature and initials in blue ink]*



**DECLARACION DE SALUD**

13. ¿Fuma?  Si  No Cantidad Daria:  
14. ¿Consume bebidas alcohólicas?  Si  No Frecuencia:  
15. ¿Toma Medicamentos?  Si  No

En caso de ser su respuesta afirmativa: ¿Cuál/Cuáles? ¿Motivo?

16. ¿Ha consultado últimamente a algún médico?  Si  No

En caso de ser su respuesta afirmativa: ¿Motivo? ¿Cuándo? ¿Nombre del médico?

17. ¿Qué médico conoce mejor su estado de salud? Nombre y Datos de Contacto

Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas arriba formuladas y no haber ocultado nada. Autorizo a los médicos y a todas las personas consultadas por la Compañía a darle a ésta o a su servicio médico todas las informaciones solicitadas relacionadas con el contrato de seguro.

-----  
**Firma del Solicitante**

-----  
**Lugar y Fecha**

**La Declaración de Salud forma parte integrante de la Propuesta de Seguros.**

  
REGIONAL SEGUROS  
**Marcelo Garay**  
Gerente Técnico

  
REGIONAL SEGUROS  
**Jorge Castelvi**  
Gerente General



**SECCION VIDA INDIVIDUAL  
SEGURO VIDA MÁXIMA (INDIVIDUAL TEMPORAL)**

**CONDICIONES PARTICULARES**

**MODELO CON PRIMA UNICA**



Av. Irazabal y Ruta VI  
Encarnación – Paraguay  
Tel.: (071) 203700 – 203667 – 200250/1  
Fax: (071) 206640

**SECCION VIDA INDIVIDUAL– VIDA MÁXIMA**

<b>CONDICIONES PARTICULARES</b>				<b>Código de Seguridad:</b>	
Póliza Nro.:		Sección/Sub Sección:			
Documento:		Asegurado o Tomador:			
Domicilio:			Localidad:		
Fecha de Emisión:	Vigencia desde las 12:00 hs. De	Vigencia hasta las 12:00 hs. De	Plazo en días:	Capital Máximo Asegurado Gs.:	
<p>Entre REGIONAL S.A. DE SEGUROS en adelante el "Asegurador" y quien precedentemente se designa con el nombre de "Asegurado o Tomador", conforme la propuesta presentada, celebran un Contrato de seguro sujeto a las Condiciones Generales y Particulares convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buen fé y que anexas a la presente Póliza formando parte integrante de la misma.</p>					
Cuadro de Liq. Del Costo Final Gs.		Las Condiciones Generales, las Particulares y Particulares Especificas que forman parte de ésta póliza, se encuentran a disposición en el sitio Web de la empresa : <a href="http://www.regionalseguros.com.py">www.regionalseguros.com.py</a>			
<b>Prima I.V.A.</b>		<p>Quando el texto de la Póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el "Asegurado o Tomador" si no se reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. (Artículo 1556 del Código Civil).</p>			
<b>Premio</b>					
<p>Esta Compañía esta autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros según Res. N° 10 de Fecha 15-03-1994</p> <p>El texto de esta Póliza ha sido registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el Código Nro. Res. N° Fecha:</p>		Emitido en ENCARNACIÓN, de de			
<p>Agente: Matricula:      Tel:</p>		<b>REGIONAL S.A. DE SEGUROS</b>			

**REGIONAL SEGUROS**  
**Marcelo Garay**  
 Gerente Técnico

**REGIONAL SEGUROS**  
**Jorge Castelvi**  
 Gerente General



Póliza Nro.  
Condiciones Particulares - Continuación - Anexo Nro. 1  
Asegurado o Tomador:

Código de Seguridad:

**OBJETO DEL SEGURO Y/O RIESGO CUBIERTO  
DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS**

Asegurado:  
Fecha de Nacimiento:

RIESGO CUBIERTO	SUMA ASEGURADA
Muerte	
Invalidez e Incapacidad Total y Permanente	
Muerte Accidental	
Anticipo de suma asegurada por enfermedad terminal	
Anticipo de suma asegurada por trasplante de órganos	
Gastos de Sepelio	
<b>TOTAL SUMA ASEGURADA</b>	

Documento firmado digitalmente mediante certificado suministrador por OPENCODE S.A. y emitido por la Autoridad de Certificación CODE 100 S.A., habilitada por el Ministerio de Industria y Comercio, siguiendo lo establecido en la Ley Nro. 4610 de Firma Digital y Comercio Electrónico.  
Autorización de la SS.SG N°..... /..... de fecha..... de..... de 2017.

  
REGIONAL SEGUROS  
**Marcelo Garay**  
Gerente Técnico

  
REGIONAL SEGUROS  
**Jorge Castelvi**  
Gerente General



**SECCION VIDA INDIVIDUAL  
SEGURO VIDA MÁXIMA (INDIVIDUAL TEMPORAL)**

**CONDICIONES PARTICULARES**

**MODELO CON PRIMAS ANUALES**



Av. Irazabal y Ruta VI  
Encarnación – Paraguay  
Tel.: (071) 203700 – 203667 – 200250/1  
Fax: (071) 206640

**SECCION VIDA INDIVIDUAL– VIDA MÁXIMA**

<b>CONDICIONES PARTICULARES</b>				<b>Código de Seguridad:</b>	
Póliza Nro.:		Sección/Sub Sección:			
Documento:		Asegurado o Tomador:			
Domicilio:			Localidad:		
Fecha de Emisión:	Vigencia desde las 12:00 hs. De	Vigencia hasta las 12:00 hs. De	Plazo en días:	Capital Máximo Asegurado Gs.:	
<p>Entre REGIONAL S.A. DE SEGUROS en adelante el "Asegurador" y quien precedentemente se designa con el nombre de "Asegurado o Tomador", conforme la propuesta presentada, celebran un Contrato de seguro sujeto a las Condiciones Generales y Particulares convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buen fé y que anexan a la presente Póliza formando parte integrante de la misma.</p>					
Cuadro de Liq. Del Costo Final Gs.		Las Condiciones Generales, las Particulares y Particulares Especificas que forman parte de ésta póliza, se encuentran a disposición en el sitio Web de la empresa : <a href="http://www.regionalseguros.com.py">www.regionalseguros.com.py</a>			
<b>Prima Anual</b>		<p>Quando el texto de la Póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el "Asegurado o Tomador" si no se reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. (Artículo 1556 del Código Civil).</p>			
<b>I.V.A.</b>					
<b>Premio Anual</b>					
<b>Cantidad de Cuotas: # (letras)</b>		Emitido en ENCARNACIÓN, de de			
Esta Compañía esta autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros según Res. Nº 10 de Fecha 15-03-1994		<b>REGIONAL S.A. DE SEGUROS</b>			
El texto de esta Póliza ha sido registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el Código Nro. Res. Nº Fecha:					
Agente:					
Matricula:                      Tel:					

**REGIONAL SEGUROS**  
**Marcelo Garay**  
 Gerente Técnico

**REGIONAL SEGUROS**  
**Jorge Castelvi**  
 Gerente General



Póliza Nro.  
Condiciones Particulares - Continuación - Anexo Nro. 1  
Asegurado o Tomador:

Código de Seguridad:

**OBJETO DEL SEGURO Y/O RIESGO CUBIERTO  
DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS**

Asegurado:  
Fecha de Nacimiento:

RIESGO CUBIERTO	SUMA ASEGURADA
Muerte	
Invalidez e Incapacidad Total y Permanente	
Muerte Accidental	
Anticipo de suma asegurada por enfermedad terminal	
Anticipo de suma asegurada por trasplante de órganos	
Gastos de Sepelio	
<b>TOTAL SUMA ASEGURADA</b>	

Documento firmado digitalmente mediante certificado suministrador por OPENCODE S.A. y emitido por la Autoridad de Certificación CODE 100 S.A., habilitada por el Ministerio de Industria y Comercio, siguiendo lo establecido en la Ley Nro. 4610 de Firma Digital y Comercio Electrónico.  
Autorización de la SS.SG N°..... /..... de fecha..... de..... de 2017.

REGIONAL SEGUROS  
**Marcelo Garay**  
Gerente Técnico

REGIONAL SEGUROS  
**Jorge Castelvi**  
Gerente General



**SECCION VIDA INDIVIDUAL  
SEGURO VIDA MÁXIMA (INDIVIDUAL TEMPORAL)**

**CONDICIONES GENERALES COMUNES**

**LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES**

**CLAUSULA 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 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.

**DENUNCIA DE SINIESTRO**

**CLAUSULA 2**

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

También está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin. (Art. 1589 C.C.).

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

**VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR**

**CLAUSULA 3**

El pago de la indemnización se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro (Art. 1591 C.C.).

**RETICENCIA Y FALSA DECLARACIÓN**

**CLAUSULA 4**

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

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los (3) tres meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art. 1549 Código Civil).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Art. 1549 del Código Civil, el Asegurador puede pedir la nulidad del contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 1550 Código Civil).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los periodos transcurridos y del periodo en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 1552 Código Civil).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 1553 Código Civil).

## **RESCISIÓN CLAUSULA 5**

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique 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 de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

La Rescisión por Siniestro Parcial se registrá por el Art. 1594 del Código Civil.

## **PAGO DE LA PRIMA CLAUSULA 6**

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

En todos los casos en que el Asegurado reciba indemnización por el daño o la pérdida, deberá pagar la prima íntegra (Art. 1574 Código Civil).

## **FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE CLAUSULA 7**

El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, sólo está facultado para recibir propuestas, entregar instrumentos emitidos por el Asegurador referentes a contratos o sus prórrogas y aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo del Asegurador.

Para representar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para actuar en su nombre (Art. 1595 y 1596 Código Civil).

## **AGRAVACIÓN DEL RIESGO CLAUSULA 8**



REGIONAL SEGUROS  
Jorge Castelvi  
Gerente General



El Tomador está obligado a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Art. 1580 C.C.).

Toda agravación del riesgo que, si hubiese existido al tiempo de la celebración del contrato, habría impedido éste o modificado sus condiciones, es causa de rescisión del seguro (Art. 1581 C.C.).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Tomador, la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el plazo de (7) siete días, deberá notificar su decisión de rescindir el contrato (Art. 1582 C.C.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador, o si éste debió permitirlo o provocarlo por razones ajenas a su voluntad, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir el contrato dentro del plazo de un (1) mes, y con preaviso de siete (7) días. Se aplicará el Artículo 1582 del Código Civil si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.

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

- a) el Tomador incurra en la omisión o demora sin culpa o negligencia; y
- b) el Asegurador conozca o debiera conocer la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia (Art. 1583 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
- a) en caso contrario, a percibir la prima por el periodo de seguro en curso (Art. 1584 C.C.)

Cuando el asegurado ha denunciado erróneamente un riesgo más grave, tiene derecho a la rectificación de la prima por los períodos anteriores a la denuncia del error, de acuerdo con la tarifa aplicable al tiempo de la celebración del contrato.

Cuando el riesgo ha disminuido, el asegurado tiene derecho al reajuste de la prima por los períodos posteriores, de acuerdo a la tarifa aplicable al tiempo de la denuncia de la disminución. (Art.1577 C.C.)

## **CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS.**

### **CLAUSULA 9**

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por el Código Civil (salvo que se haya previsto otro efecto en el mismo para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Art. 1579 del Código Civil.

## **VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO**

### **CLAUSULA 10**

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.

REGIONAL SEGUROS

REGIONAL SEGUROS

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 testimonio o juramento permitido por las leyes procesales.

El asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado, dentro de los treinta días de recibida la información complementaria prevista para la denuncia del siniestro. La omisión de pronunciarse importa aceptación. En caso de negativa, deberá enunciar todos los hechos en que se funde. (Art.1597 Código Civil)

**GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR  
CLAUSULA 11**

Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable son a cargo del Asegurador, en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del Asegurado. Se excluye el reembolso de la remuneración del personal dependiente del Asegurado (Art. 1614 Código Civil).

**REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO  
CLAUSULA 12**

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

**MORA AUTOMÁTICA  
CLAUSULA 13**

Toda denuncia o declaración impuesta por esta póliza o por el Código Civil debe realizarse en el plazo fijado para el efecto (Art. 1559 Código Civil).

**PRESCRIPCIÓN  
CLAUSULA 14**

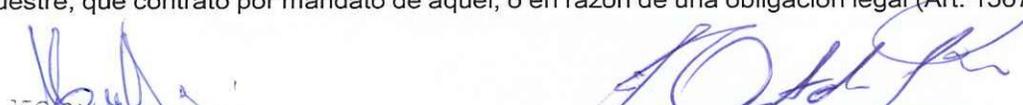
Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible y para el caso de muerte o invalidez, desde que el beneficiario haya conocido la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el acaecimiento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

**DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES  
CLAUSULA 15**

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

**USO DE LOS DERECHOS POR EL TOMADOR O ASEGURADO  
CLAUSULA 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 aquél, o en razón de una obligación legal (Art. 1567 Código Civil).





**CÓMPUTO DE LOS PLAZOS**  
**CLAUSULA 17**

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

**PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN**  
**CLAUSULA 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. 1560 Código Civil).

\*\*\*\*\*

  
REGIONAL SEGUROS  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico

  
REGIONAL SEGUROS  
Jorge Castelvi  
Gerente General



**SECCION VIDA INDIVIDUAL  
SEGURO VIDA MÁXIMA (INDIVIDUAL TEMPORAL)**

**CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS**

**CONTRATO COMPLETO**

**CLAUSULA 1**

Esta Póliza, la Propuesta de Seguro presentada por el Tomador y/o el Asegurado, respectivamente, constituyen el Contrato Completo entre el Asegurador, el Tomador y/o el Asegurado.

**RIESGO CUBIERTO**

**CLAUSULA 2**

El Asegurador indemnizará en caso de fallecimiento del Asegurado; y si hubiere contratado los seguros complementarios de Incapacidad, Accidentes Anticipo por Enfermedad Terminal, Trasplante de Órganos y/o Gastos de Sepelio, indemnizará también en los casos en que el Asegurado quedare incapacitado en forma total y permanente, o si a consecuencia de un accidente, debidamente comprobado por autoridad competente, sufre alguna de las pérdidas anatómicas previstas en la póliza, o si le es diagnosticada una enfermedad terminal de acuerdo a las condiciones de dicha cobertura, o requiera el trasplante de un órgano de acuerdo a las condiciones de dicha cobertura, o en caso de fallecimiento habiendo adquirido la cobertura de Gastos de Sepelio.

**PERSONAS ASEGURABLES**

**CLAUSULA 3**

A los efectos de este Seguro, se considerarán asegurables a todas las Personas físicas a partir de los diez y ocho (18) años de edad hasta los ochenta (80) años de edad.

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

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

De acuerdo a la política de suscripción, la Compañía de Seguros podrá requerir Declaración de Salud y/o Exámenes Médicos.

**PERSONAS NO ASEGURABLES**

**CLAUSULA 4**

De conformidad con el Artículo 1663 del Código Civil no pueden asegurarse en el riesgo de muerte los interdictos y los menores de catorce (14) años de edad.

**VIGENCIA DEL CONTRATO**

**CLAUSULA 5**

**REGIONAL SEGUROS**  
Jorge Castelvi

Previo pago de la prima inicial correspondiente y una vez entregada la Póliza al Contratante, 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.

La duración máxima de la póliza será de (40) cuarenta años.

### **TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

#### **CLAUSULA 6**

Son causas de terminación del Contrato:

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

De acuerdo al Art.1673 del Código Civil, transcurridos tres años desde la celebración del contrato y hallándose el asegurado al día en el pago de las primas, podrá en cualquier momento exigir, de acuerdo con los planes técnicos aprobados por la autoridad de contralor:

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

Cuando en el caso del artículo 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.1674 Código Civil)

### **CAPITAL ASEGURADO**

#### **CLAUSULA 7**

Se determina y se encuentra consignado en la respectiva Propuesta de Seguro y en la Condiciones Particulares de la Póliza.

### **PAGO DE PRIMA**

#### **CLAUSULA 8**

El pago de las primas de esta Póliza podrá efectuarse en forma mensual, anual o en un pago único. En todos los casos debe ser de manera adelantada.

Los cambios en la forma de pago de las primas originalmente convenidas se solicitarán por escrito, a más tardar dentro del plazo de gracia concedido para el pago de la prima cuya forma de pago se desea modificar.



REGIONAL SEGUROS



## **PLAZO DE GRACIA**

### **CLAUSULA 9**

El Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima, contados desde la fecha en que vence cada una.

Para el pago de la primera prima, el plazo de gracia se contará desde la emisión de la Póliza o desde la fecha de iniciación de la vigencia de la misma, según cuál de las dos (2) fechas sea posterior.

Vencido dicho plazo, el Asegurador podrá rescindir el Contrato dando aviso al Contratante por carta certificada, telegrama colacionado o nota con autenticación simple.

Si durante el plazo de gracia; o si vencido dicho plazo el Asegurador no opto por rescindir el contrato, se produjera el fallecimiento de cualquier Asegurado, se deducirá del importe a abonar por tal causa, la prima vencida impaga correspondiente a los meses en que estuvo en mora ese Asegurado.

Una vez vencido el plazo de gracia, se entenderá, a todo efecto, que la vigencia de la Póliza no ha sufrido interrupción en su continuidad, si el Asegurador hubiere aceptado el pago con posterioridad.

Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de la prima, el asegurador tendrá derecho al cobro de la prima única, o a la prima del período en curso. (Art. 1575 Código Civil).

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

## **DERECHO EN CASO DE SERVICIO MILITAR**

### **CLAUSULA 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 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 Contratante.

## **INTERVENCIÓN DEL CONTRATANTE**

### **CLAUSULA 11**

El Contratante 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.

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

## **CAMBIO DEL CONTRATANTE**

### **CLAUSULA 12**

En caso de cambio del Contratante de esta Póliza, el Asegurador se reserva el derecho de rescindir el contrato dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de dicho cambio. Las obligaciones del Asegurador terminarán treinta (30) días después de haber sido notificada la rescisión



por escrito, al nuevo Contratante. El Asegurador reembolsará a los Asegurados o al Contratante la prima correspondiente al riesgo no corrido, según quien sea el que haya pagado la prima.

## **EDADES**

### **CLAUSULA 13**

Los límites de edad fijados por el Asegurador para la aceptación de los riesgos son de diez y ocho (18) años como mínimo y de sesenta y cinco (65) años como máximo. La edad del Asegurado deberá constar en la respectiva Propuesta de Seguro. La edad deberá ser comprobada en cualquier momento con la documentación correspondiente, pero dicha comprobación será imprescindible para efectuar el pago de la suma asegurada.

## **CESIONES**

### **CLAUSULA 14**

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

## **BENEFICIARIOS**

### **CLAUSULA 15**

La designación del beneficiario o de los beneficiarios se hará por escrito, en la Propuesta del Seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el Art.1681 del Código Civil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO**  
**CLAUSULA 16**

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador efectuará el pago que corresponda conforme lo establecido en el artículo 1591 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 Cód. Civil), se abonará la indemnización contra presentación de la declaración judicial de su muerte. Pero si posteriormente apareciera el Asegurado o se tuviese noticia cierta de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada.

**PROVOCACIÓN DEL SINIESTRO**  
**CLAUSULA 17**

Pierde todo el derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado por un acto ilícito (Art. 1671 Cód. Civil).



REGIONAL SEGUROS  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico

\*\*\*\*\*



REGIONAL SEGUROS  
Jorge Castelvi  
Gerente General



**SECCION VIDA INDIVIDUAL  
SEGURO VIDA MÁXIMA (INDIVIDUAL TEMPORAL)**

**CLAUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

**RIESGO CUBIERTO**

**CLAUSULA 1**

Si el Asegurado sufre, antes de cumplir los sesenta (65) años de edad, 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 tras un 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, la Póliza quedará automáticamente nula y sin ningún valor.

**RESIDENCIA – OCUPACIÓN - VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS – PÉRDIDA DE DERECHOS A INDEMNIZACIÓN**

**CLAUSULA 2**

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

**CLAUSULA 3**

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, dictarán las autoridades competentes;
- f) Suicidio o tentativa de suicidio. Cuando el asegurado se ha dado voluntariamente la muerte, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad, el asegurador no se libera.
- g) Acto ilícito provocado por el Asegurado;
- h) Participación en empresa criminal, duelo o por aplicación legítima de la pena de muerte (Art. 1672 CC);
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.



**EDADES**  
**CLAUSULA 4**

Los límites de edad fijados por el Asegurador para la aceptación de los riesgos son de diez y ocho (18) años como mínimo y de sesenta y cinco (65) años como máximo. La edad de cada Asegurado deberá constar en la respectiva Propuesta de Seguro.

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

**PROVOCACIÓN DEL SINIESTRO**  
**CLAUSULA 5**

Pierde todo el derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado por un acto ilícito (Art. 1671 Cód. Civil).

  
REGIONAL SEGUROS  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico

\*\*\*\*\*

  
REGIONAL SEGUROS  
Jorge Castelvi  
Gerente General



**SECCION VIDA INDIVIDUAL  
SEGURO VIDA MÁXIMA (INDIVIDUAL TEMPORAL)**

**SEGURO COMPLEMENTARIO DE ACCIDENTES  
(DOBLE INDEMNIZACION Y DESMEMBRAMIENTO)**

**DEFINICIÓN**

**CLAUSULA 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**

**CLAUSULA 2**

Quedan excluidos los accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado, los originados por su estado de embriaguez o perturbación mental, los determinados por suicidio o tentativa de suicidio, los originados por haber tomado parte en huelga, motín o tumulto popular, los determinados directa o indirectamente por actos de guerra civil o internacional (Con o sin declaración); revolución, insurrección, rebelión o invasión, los originados por haber tomado parte en carreras de cualquier naturaleza, ya sea como piloto, conductor o acompañante; los resultados de duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente; por violación de cualquier Ley, por asesinato, por ascensiones aéreas, salvo el caso en que el Asegurado viajara como pasajero en líneas de tráfico regular de navegación aérea de pasajeros; por operaciones submarinas o los producidos por enfermedades mentales o corporales de cualquier naturaleza.

Los derivados de accidentes en motocicletas (salvo pacto en contrario).

**INDEMNIZACIONES**

**CLAUSULA 3**

Si algún Asegurado sufiere, antes de cumplir los sesenta (65) años de edad, un accidente de cuya consecuencia surja una incapacidad total y presumiblemente permanente; 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 ese Asegurado, adicional a la cobertura principal.

En 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.

100 % En caso de fallecimiento del Asegurado pagadero a los beneficiarios designados.



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 dominante.
50%	En caso de amputación del brazo o mano no dominante.
40%	En caso de amputación de una pierna a la altura de la rodilla.
30%	En caso de amputación de un pie.
30%	En caso de pérdida completa de la visión de un ojo.
18%	En caso de amputación del dedo pulgar de la mano dominante.
16%	En caso de amputación del dedo pulgar de la mano no dominante.
14%	En caso de amputación del dedo índice de la mano dominante.
12%	En caso de amputación del dedo índice de la mano no dominante.
8%	En caso de amputación de cualquier otro dedo de la mano dominante.
6%	En caso de amputación de cualquier otro dedo de la mano no dominante.
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.

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  
CLAUSULA 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 ese Asegurado.

Si el Accidente fuera la causa directa de la muerte del Asegurado, y ya se hubiera pagado el 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  
CLAUSULA 5**

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

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



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

**TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**  
**CLAUSULA 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 fracción de prima o hubiere vencido.
- c) Cuando a solicitud del Asegurado se declara 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.
- e) Cuando el Asegurado cumpla los (65) sesenta y cinco años de edad.

En los casos b), c) y d) se rebajará de las primas que deberán pagarse con posterioridad a la fecha de anulación del presente Seguro Complementario, el importe a la Extra-Prima anual para cubrir este riesgo.

  
REGIONAL SEGUROS  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico

\*\*\*\*\*

  
REGIONAL SEGUROS  
Jorge Castelvi  
Gerente General



**SECCION VIDA INDIVIDUAL  
SEGURO VIDA MÁXIMA (INDIVIDUAL TEMPORAL)**

**SEGURO COMPLEMENTARIO  
ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL**

**RIESGO CUBIERTO  
CLAUSULA 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 hubiere sido diagnosticada por primera vez después de la fecha de vigencia inicial de la Póliza y antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad.

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.

**BENEFICIO  
CLAUSULA 2**

Una vez recibida toda la información y/o documentación necesaria para comprobar la ocurrencia del evento cubierto bajo esta cláusula, la Compañía abonará al Asegurado una porción del capital asegurado por muerte, dentro del plazo estipulado según leyes de 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 del capital asegurado por muerte será como máximo del 50%.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO  
CLAUSULA 3**

Este beneficio constituye un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte del Asegurado. El monto indemnizado en virtud de esta cláusula será deducido del capital asegurado a pagarse al fallecimiento del Asegurado.

**PERIODO DE CARENCIA  
CLAUSULA 4**

La Compañía establece un período de carencia de 90 días a contar desde la Fecha de Inicio de Vigencia. Así sólo tendrá validez para la obtención del Beneficio correspondiente, el primer diagnóstico, emitido después de transcurrido dicho plazo.

**RIESGOS NO CUBIERTOS  
CLAUSULA 5**

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

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



- a) Tentativa de suicidio del Asegurado o lesiones auto infringidas;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, y siempre que el Contratante sea beneficiario del mismo; o en caso de accidente si es provocada por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol y/o drogas;
- f) Uso de estupefacientes y/o narcóticos y/o estimulantes; salvo en caso de prescripción médica;
- g) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- h) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular, o intervención en otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- i) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- j) Competir en pruebas de pericia y /o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas;
- k) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- l) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y /o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y /o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- m) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva;
- n) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las que el Asegurado padeciere con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional.

#### **DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL**

##### **CLAUSULA 6**

Son cargas del Asegurado o del 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 beneficio. 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 requerirá que el Asegurado recurra para el 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, Provincial, 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 exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gasto a cargo de ésta.

#### **PLAZO DE PRUEBA**

##### **CLAUSULA 7**

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el artículo 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 resultaran 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 CLAUSULA 8**

Si existieran divergencias entre el Asegurado y la Compañía sobre la existencia o persistencia de la invalidez y/o su carácter de total y/o permanente del Asegurado, las mismas deberán ser dilucidadas por dos 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. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercer perito, este nombramiento lo hará la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación o lo equivalente en República del Paraguay.

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 párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

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

### **TERMINACIÓN DE LA COBERTURA CLAUSULA 9**

La cobertura prevista en esta cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) a partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula;
- b) al extinguirse la póliza y/o cláusula adicional;
- c) a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;



REGIONAL SEGUROS  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico

\*\*\*\*\*



REGIONAL SEGUROS  
Jorge Castelvi  
Gerente General



**SECCION VIDA INDIVIDUAL  
SEGURO VIDA MÁXIMA (INDIVIDUAL TEMPORAL)**

**SEGURO COMPLEMENTARIO  
ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR TRASPLANTE DE ORGANOS**

**RIESGOS CUBIERTOS**

**CLAUSULA 1**

La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula, al Asegurado que por diagnóstico médico, deba realizarse alguno de los trasplantes definidos en el Art. N ° 4 de la presente cobertura adicional, siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez, con posterioridad al periodo de carencia estipulado para la presente cláusula, y antes de la Fecha de Fin de Vigencia de la Cobertura.

Se consideran asegurables a los efectos de esta cláusula adicional, las personas que posean entre 18 y 65 años de edad.

**BENEFICIO**

**CLAUSULA 2**

La Compañía, una vez recibida la documentación probatoria detallada en Cláusula 6 "Requisitos para la Validez del Diagnóstico y Plazo de Prueba" y luego de verificado el diagnóstico y la realización de la operación quirúrgica, acuerda otorgar la Suma Asegurada contratada para la presente Cobertura. El importe de esta Suma Asegurada, se halla detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

**CLAUSULA 3**

El Beneficio provisto por esta cláusula es adicional e independiente a la Suma Asegurada por Fallecimiento contratada para la Cobertura Básica. Por lo cual el pago del presente beneficio, no modifica el importe contratado por la Cobertura Básica en caso de Fallecimiento vigente a la fecha de la indemnización.

El presente Beneficio se pagará una sola vez, aunque el mismo u otros trasplantes cubiertos se manifiesten con posterioridad. En ningún caso se abonará por la cobertura prevista en la presente cláusula un capital superior a la Suma Asegurada Máxima para esta cobertura.

**TRASPLANTES CUBIERTOS**

**CLAUSULA 4**

La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula, en caso de diagnosticarse al Asegurado la necesidad de realizarse alguno de los siguientes trasplantes, siempre que la operación se haya concretado fehacientemente:

- Corazón y Pulmón;
- Corazón;
- Pulmón;
- Hígado;
- Páncreas;
- Riñón;

  
**REGIONAL SEGUROS**  
Jorge Castelvi  
Gerente General



- Médula Ósea;
- Córnea

#### **FORMA DE PAGO DEL BENEFICIO CLAUSULA 5**

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibidas las pruebas requeridas y comprobado el evento cubierto por esta Cláusula, abonará el Beneficio estipulado en las condiciones Particulares de la póliza.

En caso de que el Asegurado fallezca dentro de este período, y en virtud del carácter de ésta cláusula, la Compañía indemnizará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza para el evento cubierto.

#### **REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO Y PLAZO DE PRUEBA CLAUSULA 6**

Para que la denuncia del siniestro sea considerada como válida, se requiere la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del especialista que asistió al Asegurado, acompañado con documentación respaldatoria del diagnóstico, originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio. Tal documentación deberá ser presentada dentro de los noventa (90) días de la fecha de determinación del diagnóstico definitivo en las oficinas de la Compañía; salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Así mismo, el Asegurado deberá autorizar a la Compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes que la Compañía solicite -cuyo número nunca será superior a tres, siendo los mismos de distinta índole- a efectos de determinar y verificar la efectividad de la enfermedad.

El costo de los exámenes será a cargo de la Compañía.

El plazo máximo para la comprobación del diagnóstico será de quince (15) días, lapso dentro del cual la Compañía informará al Asegurado -en el caso de resultar necesario- la extensión del plazo a otros treinta días para la comprobación del diagnóstico.

Si la Compañía no se expidiere dentro de los treinta (30) días, resultarán de aplicación las disposiciones establecidas en la Ley.

#### **VALUACIÓN DE PERITOS CLAUSULA 7**

En caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días.

En caso de divergencia, ambos médicos designarán dentro de los 8 días, un tercer perito médico, el que deberá expedirse dentro del plazo de 15 días a ser contados desde la fecha 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.

*[Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page, including a circular stamp with the text 'REGIONAL SEGUROS']*



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, salvo el caso de equidistancia en que será abonado por las partes en igual proporción.

### **RIESGOS NO CUBIERTOS**

#### **CLAUSULA 8**

Se excluyen de esta cobertura los accidentes que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en las Condiciones Particulares Específicas de esta póliza.

Adicionalmente quedan excluidos de la cobertura brindada por esta cláusula los trasplantes originados directa o indirectamente por:

- a) Enfermedades pre existentes, entendiéndose por tales las que el Asegurado padeciere con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional.
- b) Los intentos de suicidio o lesiones auto infringidas.
- c) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
- d) O relativas al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o a la condición de HIV positivo.

### **PERÍODO DE CARENIA**

#### **CLAUSULA 9**

La Compañía establece un período de carencia de 120 días a contar desde la Fecha de Inicio de Vigencia. Así sólo tendrá validez para la obtención del Beneficio correspondiente, el primer diagnóstico, emitido después de transcurrido dicho plazo.

En caso de que se diagnostique y se realice la intervención quirúrgica al Asegurado durante el período de carencia, la Compañía devolverá las primas cobradas en concepto de esta Cláusula Adicional.

El período de carencia no será aplicable si la causa que diera origen a alguno de los trasplantes enunciados en la presente cláusula, fuere un accidente.

### **INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

#### **CLAUSULA 10**

Se define como fecha de inicio de esta cobertura, al día posterior a la fecha de finalización del período de carencia estipulado en las Condiciones Particulares. El plazo de carencia se contará desde la fecha de emisión de la presente Cláusula Adicional.

La Cobertura prevista por esta cláusula cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) A partir del momento en que la Compañía hubiese pagado, por aplicación de esta cláusula adicional, el 100% del beneficio correspondiente a la misma.
- b) Por cualquiera de las causas de terminación de la cobertura básica
- c) A partir de la fecha correspondiente a la primera fracción considerada para el pago de las primas, en que el Asegurado alcance los sesenta y cinco (65) años de edad a los efectos del seguro.
- d) Por solicitud expresa del Tomador de la cancelación de esta cobertura adicional. La solicitud de cancelación deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía.



e) Si la póliza cubre el riesgo de Incapacidad Total y Permanente, a partir de la fecha en que el Asegurado queda comprendido en sus beneficios, salvo que la Incapacidad Total y Permanente haya sido producida a consecuencia de un evento cubierto por esta cláusula adicional.

En los casos a), c), d) y e), se deducirá de las primas futuras la extra prima correspondiente a la presente cobertura.

  
REGIONAL SEGUROS  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico

\*\*\*\*\*  
  
REGIONAL SEGUROS  
Jorge Castelvi  
Gerente General

**SECCION VIDA INDIVIDUAL  
SEGURO VIDA MÁXIMA (INDIVIDUAL TEMPORAL)**

**SEGURO COMPLEMENTARIO  
GASTOS DE SEPELIO**

**DESCRIPCIÓN  
CLAUSULA 1**

En caso de fallecimiento del asegurado, según lo definido en la cobertura básica de este condicionado, 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 las condiciones particulares.

**EXCLUSIONES  
CLAUSULA 2**

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

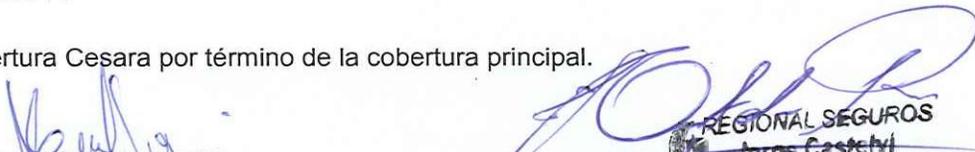
- a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos).
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión 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, dictarán las autoridades competentes.
- f) Suicidio o tentativa de suicidio. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad, el Asegurador no se libera.
- g) Acto ilícito provocado por el beneficiario del Asegurado.
- h) Participación en empresa criminal, duelo o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.

**REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO  
CLAUSULA 3**

El monto a resarcir por Gastos de Sepelio, será para la persona que pueda demostrar fehacientemente los gastos incurridos por el Sepelio del titular del presente seguro. Si en el plazo de 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 y regirán las condiciones de dicha cobertura principal.

**TERMINACIÓN DE LA COBERTURA  
CLAUSULA 4**

La Cobertura Cesara por término de la cobertura principal.



REGIONAL SEGUROS  
Juan Castelli



**CONDICIONES APLICABLES**

**CLAUSULA 5**

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

  
REGIONAL SEGUROS  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico

\*\*\*\*\*

  
REGIONAL SEGUROS  
Jorge Castelvi  
Gerente General