

SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA
ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES

Descripción	pág. 1
Modelo Póliza	pág. 9
Modelo de Certificado Individual	pág. 33
Modelo de Solicitud de Seguro	pág. 38
Modelo de Declaración de Salud	pág. 42
Nómina de Miembros de Asoc.y/o Comunidades	pág. 46
Tabla de tarifa de corto plazo	pág. 47
Nota Técnica	pág. 49

Página 1 de 72

4 (corto)

DESCRIPCIÓN DEL PLAN

a) Objetivo del Plan

El **Seguro de Vida Colectivo para Asociaciones y/o Comunidades**, es un seguro de Vida Colectivo de corto plazo que brinda una protección financiera al plantel que conforman los miembros de Asociaciones y/o Comunidades y familiares de éstos, en caso de fallecimiento del asegurado.

También prevé las coberturas complementarias de:

- Invalidez Total y Permanente;
- Anticipo de suma asegurada por Diagnóstico de Enfermedades Graves; y
- Accidentes (doble indemnización por muerte accidental o por pérdida de miembros por accidentes)

y las coberturas adicionales de:

- Reintegro de gastos de sepelio; y
- Renta Diaria por Hospitalización por accidente

siempre y cuando ello ocurra dentro del periodo de vigencia de la póliza, hasta el monto máximo establecido como Capital Asegurado en las Condiciones Particulares y en el Certificado Individual emitido a cada asegurado.

b) Definición de los riesgos que serán cubiertos

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

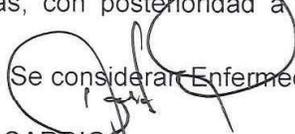
Fallecimiento: A efectos de este seguro, se entiende por fallecimiento la cesación de vida del asegurado, por cualquier causa que no esté explícitamente excluida en este contrato de seguro.

Lesión corporal: Es la lesión que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que afecta a la integridad física del asegurado.

Incapacidad Total y Permanente: A efectos de este seguro, se entiende por Incapacidad Total y Permanente la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total ineptitud de éste que le obliga a abandonar su empleo, ocupación o profesión remunerada que ejercía a la fecha de contratar el seguro siempre que tales circunstancias hayan continuado ininterrumpidas por seis (6) meses como mínimo. 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. Es condición expresa para la aplicación de esta cobertura que la Incapacidad se produzca por lesiones o enfermedades contraídas, con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

Enfermedades Graves: Se consideran Enfermedades Graves:

- CÁNCER
- INFARTO DE MIOCARDIO
- ENFERMEDAD CORONARIA DE MÚLTIPLES VASOS



- ESTADIO FINAL DE ENFERMEDAD RENAL
- ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (APOPLEJÍA)
- PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES
- ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Accidente: Se entenderá por accidente cubierto por la presente póliza toda lesión corporal sufrida por el asegurado por la acción súbita, involuntaria, fortuita y violenta de una fuerza externa.

OTRAS DEFINICIONES:

Capital asegurado: Es la suma máxima pactada con la compañía de seguros para el caso de Fallecimiento, Incapacidad Total y Permanente y/o Accidentes. En el caso de que el asegurado recibiere Diagnóstico de Enfermedad Grave durante la vigencia de la póliza, el capital asegurado es el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares.

Certificado Individual: Es el documento en el que se hacen constar los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía respecto del seguro contratado. El Asegurador enviará los Certificados Individuales al Tomador, y este último entregará a cada asegurado.

Reclamación: Es el acto de reportar un siniestro a la compañía de seguros, solicitando el beneficio al que se tenga derecho emergente del contrato de seguro.

Siniestro: Realización de la eventualidad prevista en el contrato de seguro que da origen al pago de la indemnización.

Póliza Madre: Es el acuerdo celebrado entre el Asegurador y el Contratante o Tomador, constituyendo parte del mismo las Condiciones Generales Comunes, las Condiciones Específicas y las Condiciones Particulares.

Prima o Prima de Tarifa: Es el costo del seguro mediante el cual la Compañía protege el capital asegurado a favor del asegurado y/o beneficiario, en caso de Fallecimiento, Incapacidad Total y Permanente del asegurado, Diagnóstico de Enfermedades Graves, o Accidentes (doble indemnización por muerte accidental o por pérdida de miembros por accidentes) durante la vigencia de la póliza.

c) Definiciones de las Partes del contrato

- **Asegurador.** Es la compañía aseguradora que emite la póliza madre y el Certificado Individual a cada asegurado y asume el riesgo de las coberturas amparadas en la póliza.
- **Contratante o Tomador:** Es la institución que contrata el seguro con el asegurador.
- **Asegurado:** Es la persona identificada en el Certificado Individual como tal, sobre la que recaen los riesgos cubiertos en la Póliza.
- **Beneficiario:** El(los) beneficiario(s) de cada asegurado es(son) la(s) persona(s) designada(s) como tal en la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro y en cada Certificado Individual.

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

La Compañía Aseguradora emitirá al Tomador una póliza madre con vigencia anual y un Certificado Individual a cada Asegurado.

El **plazo de vigencia** normal de este seguro es de un año, pudiendo, no obstante, contratarse por un período distinto al mismo. No obstante, cualquiera de las partes podrá rescindir las coberturas en forma anticipada.



Todas las notificaciones entre el Asegurador y el Asegurado se dirigirán a los respectivos domicilios consignados en los Certificados Individuales de la póliza o a los que posteriormente se declaren.

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

En caso de anulaciones anticipadas, el Asegurador calculará el saldo de anulación de la siguiente forma:

- si el Asegurador decide rescindir la póliza, el saldo de anulación es proporcional al plazo no corrido.
- si el Asegurado opta por la rescisión, el saldo de anulación es la diferencia entre el costo total y la tarifa de corto plazo inscripto, según el plazo transcurrido.

La tarifa de corto plazo forma parte integrante de la presente póliza y estará libre y sin restricción a disposición del asegurado, en la siguiente dirección electrónica: <http://www.aesaseguros.com.py>

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

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

El Asegurador emitirá al Tomador, una póliza madre, con vigencia anual, y emitirá un certificado individual para cada asegurado.

El Tomador proporcionará las solicitudes individuales de incorporación de cada Asegurado de acuerdo a la planilla de declaración más abajo descrita.

Nombre Apellido	N° Doc	Fecha Nacim.	Dirección	N° Tel.	Suma Asegurada

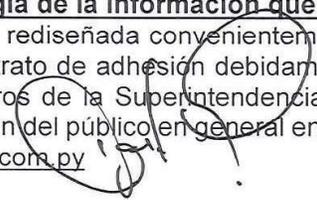
Las partes componentes del modelo de póliza se utilizan en forma complementaria.

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

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

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

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



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

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

i.1.1) Los riesgos cubiertos:

- Condiciones Particulares (pág. 9)
- Cláusula 2) de las Condiciones Específicas, Cobertura Básica de Fallecimiento
- Artículo 1, Condiciones Específicas, Cobertura Complementaria de Incapacidad Total y Permanente
- Artículo 1, Condiciones Específicas, Cobertura Complementaria de Anticipo de Suma Asegurada por Diagnóstico de Enfermedades Graves
- Artículo 1, Condiciones Específicas, Cobertura Complementaria de Accidentes

i.1.2) Medida de la prestación: Primer riesgo absoluto

- Condiciones Particulares (pág. 10)

i.1.3) Modos de coberturas: Base ocurrencia

- Condiciones Particulares (pág. 10)

i.1.4) Formas de coparticipación del asegurado. Periodo de espera y Carencia.

- Condiciones Particulares (pág. 10)

i.1.5) Las personas, los riesgos o los bienes no susceptibles de indemnización (exclusiones).

- Cláusula 2) de las Condiciones Específicas – Cob. Básica de Fallecimiento.
- Artículo 2) de las Condiciones Específicas – Seguro Complementario de Incapacidad Total y Permanente.
- Artículo 5) de las Condiciones Específicas – Seguro Complementario de Anticipo de Suma Asegurada por Diagnóstico de Enfermedades Graves.
- Artículo 2) de las Condiciones Específicas – Seguro Complementario de Accidentes

i.1.6) Las obligaciones del asegurador y del asegurado, del tomador y los beneficiarios.

- Cláusulas 19), 21), y 24) de las Condiciones Específicas, Cobertura Básica de Fallecimiento.
- Artículo 4) de las Condiciones Específicas, Seguro Complementario de Anticipo de Suma Asegurada por Diagnóstico de Enfermedades Graves.
- Artículo 5) de las Condiciones Específicas, Seguro Complementario de Accidentes.

i.1.7) El momento en que se acuerda la configuración del siniestro, así como los procedimientos a seguir.

- Cláusulas 24) de las Condiciones Específicas, Cobertura Básica de Fallecimiento.
- Artículo 4) de las Condiciones Específicas, Seguro Complementario de Anticipo de Suma Asegurada por Diagnóstico de Enfermedades Graves.
- Artículo 5) de las Condiciones Específicas, Seguro Complementario de Accidentes.

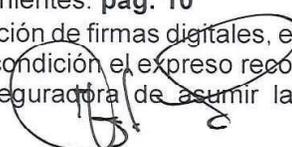


- i.1.8) Determinación explícita de toda la documentación necesaria para la pronunciaci3n en el momento del reclamo.
- **Cláusulas 24) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica de Fallecimiento.**
 - **Artículo 4) de las Condiciones Específicas, Seguro Complementario de Anticipo de Suma Asegurada por Diagn3stico de Enfermedades Graves.**
 - **Artículo 5) de las Condiciones Específicas, Seguro Complementario de Accidentes.**
- i.1.9) Metodología de aplicaci3n de las tarifas de corto plazo, y otros relacionados, para los casos de rescisi3n del contrato a opci3n del asegurado.
- **Cláusulas 13) de las Condiciones Específicas.**
 - **Pág. 44, Tabla de Tarifas de Corto Plazo.**
- i.1.10) Elementos puestos a disposici3n del asegurado para la revisi3n y el control del derecho que le asiste a éste en caso de rescisi3n de seguros sobre la vida que requieran la constituci3n de Reservas Matemáticas.
- **No aplica. El plan de seguro no contempla Reservas Matemáticas.**
- i.1.11) En caso de seguros sobre la vida que requieran la constituci3n de Reservas Matemáticas, el monto y las condiciones del préstamo al cual tiene derecho el asegurado.
- **No se aplica.**
- i.1.12) En caso de tercerizaci3n de servicios que deban prestarse a los asegurados como consecuencia de los daños amparados por la cobertura del seguro, constancia expresa de que la empresa de seguros reembolsará los gastos incurridos por el asegurado como consecuencia del incumplimiento del Servicio Contratado, contra presentaci3n de los documentos probatorios.
- **No se aplica.**
- i.1.13) Contenido mínimo de las Condiciones Particulares:
- Raz3n Social, domicilio y sitio web de la aseguradora: **pág. 9 y 10.**
 - Número de p3liza: **pág. 9**
 - Denominaci3n del Plan de Seguro: **pág. 9**
 - Nombre y domicilio del o de los asegurados y del tomador. En caso de p3liza madre, sólo del contratante: **pág. 9**
 - Nombres del o de los beneficiarios si correspondiera enunciarlos explícitamente: **En el Certificado Individual**
 - El monto de la prima y del premio o la tasa de premio a ser aplicada.: **pág. 9 y 10.**
 - El parámetro de variabilidad de las anualidades (u otros periodos) y el periodo de diferimiento en los seguros sobre la vida **No se aplica.**
 - La forma de pago en caso de financiamiento del premio y la tasa de interés aplicada: **pág 10.**
 - La suma asegurada o pagos garantizados (v.g.: rentas) y su parámetro de variabilidad si existiese: **No se aplica.**
 - La discriminaci3n de las sumas aseguradas por riesgo: **pág 9.**
 - La especificaci3n de los límites globales. En caso de p3liza madre, sólo si puede realizarse referencias generales: **pág. 9**



- La forma de la indemnización: **pág. 10**
- El monto o porcentaje de franquicias, deducibles, periodos de carencias, de espera o restricciones similares: **pág. 10**
- La fecha y hora de inicio y finalización de la cobertura: **pág. 9**
- Lugar y fecha de emisión de la póliza: **pág. 10**
- La cláusula "Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556° del Código Civil Paraguayo)": **pág. 10**
- El texto: "Forman parte integrante de esta Póliza: ...": **pág. 10**
- El texto: "La presente póliza consta de ... hojas" : **pág. 10**
- La expresión: "El texto de esta póliza ha sido inscrito en el Plan de Seguro registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el Código según": **pág. 10**
- Se citarán los siguientes artículos del Código Civil en los casos que corresponda:
 - o Para todos los seguros:
 - Art. 666: Cláusula 15) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art 1.574: Cláusula 7) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art.1575: Cláusula 5) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art.1577: Cláusula 7) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art.1579: Cláusula 10) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art.1580, 1581, 1582, 1583 y 1584: Cláusula 6) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art. 1589 y 1590: Cláusula 3) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art. 1591 y 1592: Cláusula 13) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art. 1593: Cláusula 13) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art. 1594: Cláusula 5) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art.1595: Cláusula 8) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art. 1597: Cláusula 12) de las Condiciones Generales Comunes
 - o Para los seguros patrimoniales: **No se aplica.**
 - o Artículos para los seguros de incendio: **No se aplica.**
 - o Artículos para los seguros agrícolas: **No se aplica.**
 - o Artículos para los seguros de animales: **No se aplica.**
 - o Artículos para los seguros de Responsabilidad Civil: **No se aplica.**
 - o Artículos para los seguros de transporte: **No se aplica.**
 - o Para los seguros sobre la vida:
 - Art.1670, 1671 y 1672: Cláusula 2) de las Condiciones Generales Comunes
 - Art. 1673: **No se aplica.**
 - Art. 1674: **No se aplica.**
- Los nombres, teléfonos, dirección y números de matrícula de los agentes o corredores intervinientes: **pág. 10**
- En caso de utilización de firmas digitales, electrónicas o facsimilares, deberá insertarse como condición el expreso reconocimiento de los representantes legales de la aseguradora de asumir las obligaciones inherentes a los


Firma del Representante Legal
del Asegurado



contratos a través de los registros habilitados, por cuenta y riesgo de la misma: **No se aplica.**

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

- i.2.1. La Razón Social, el domicilio legal y el sitio web de la aseguradora: **pág. 33 y 36)**
- i.2.2. La Denominación del Plan de Seguro: **pág. 34**
- i.2.3. Número del Certificado: **pág. 34**
- i.2.4. Número de la Póliza Madre: **pág. 34**
- i.2.5. Nombre del Tomador o Contratante: **pág. 34**
- i.2.6. Nombre del asegurado: **pág. 34**
- i.2.7. Nombre del o los beneficiarios, si correspondiera enunciarlos explícitamente: **pág. 36**
- i.2.8. El monto de la prima y del premio o la tasa de premio a ser aplicada: **pág. 34 y pág. 36**
- i.2.9. El parámetro de variabilidad de las anualidades (u otros periodos). **No se aplica**
- i.2.10. El periodo de diferimiento en los seguros sobre la vida **No se aplica**
- i.2.11. La forma de pago en caso de financiamiento del premio: **Cuadro de Liquidación del Costo Final, pág.36**
- i.2.12. La suma asegurada o pagos garantizados (v.g.: rentas) y su parámetro de variabilidad si existiese (v.g.: proporción de decrecimiento o crecimiento, saldo de una deuda financiera, etc.): **pág. 34**
- i.2.13. La discriminación de las sumas aseguradas por riesgo (sub-límites): **pág.34**
- i.2.14. La especificación de los límites globales. En caso de póliza madre, sólo si puede realizarse referencias generales: **pág. 34**
- i.2.15. El monto o porcentaje de franquicias, deducibles, periodos de carencias, de espera o restricciones similares, así como las bonificaciones: **Periodo de carencia para Enfermedades Graves, pág. 35**
- i.2.16. La fecha y hora de inicio y finalización de la vigencia de la cobertura, o circunstancias de la cual dependa ésta, en caso de vigencia indeterminada: **pág. 34**
- i.2.17. Lugar y fecha de emisión del Certificado: **pág. 38**
- i.2.18. Síntesis de la cobertura, de las exclusiones específicas y de las cargas u obligaciones de las partes: **pág. 34 a 37**
- i.2.19. Dirección electrónica precisa donde se ubique el texto completo de las condiciones de cobertura de la Póliza Madre: **pág. 37**
- i.2.20. En caso de utilización de firmas digitales, electrónicas o facsimilares, deberá insertarse como condición el expreso reconocimiento de los representantes legales de la aseguradora de asumir las obligaciones inherentes a los contratos a través de los registros habilitados, por cuenta y riesgo de la misma: **No se aplica**

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

Las indicaciones referenciales de los contenidos de la Propuesta son:

- i.3.1. Razón social y domicilio de la aseguradora: **pág. 41**
- i.3.2. Denominación del Plan de Seguro: **pág. 41**



- i.3.3. Nombre y domicilio del o los proponentes: el proponente es el tomador, **pág. 41**
- i.3.4. Nombre y domicilio del o los beneficiarios, si corresponde enunciar explícitamente: **pág. 41**
- i.3.5. Coberturas solicitadas: **pág. 41**
- i.3.6. El monto de la prima y del premio o la tasa de premio a ser aplicada: **pág. 42**
- i.3.7. La suma asegurada o pagos garantizados (v.g.: rentas) y su parámetro de variabilidad si existiese (v.g.: proporción de decrecimiento o crecimiento, saldo de una deuda financiera, etc.): **No se aplica**
- i.3.8. La discriminación de las sumas aseguradas por riesgo: **pág. 41**
- i.3.9. La especificación de los límites globales: **pág. 41**
- i.3.10. La vigencia de las coberturas solicitadas: **pág. 39**
- i.3.11. La forma de la indemnización (“a prorrata”, “1er riesgo relativo”, “1er riesgo absoluto”, “reposición a nuevo”, etc.), para seguros patrimoniales: **No se aplica.**
- i.3.12. En caso en que hayan de ser aplicados, el monto o porcentaje de franquicias, deducibles, periodos de carencias, de espera o restricciones similares o bonificaciones: **pág. 40, periodo de carencias para Enfermedades Graves.**
- i.3.13. La fecha de la solicitud: **pág. 40**
- i.3.14. El texto “Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556° del Código Civil Paraguayo)”: **pág. 40**
- i.3.15. Firma del Agente / Corredor de Seguros, o del Proponente. En caso de negociación del seguro sin intermediación, dejar constancia cerrando el espacio destinado al Agente / Corredor: **pág. 40**



Alcides Fariña
Gerente General
Aseguradora del Este S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES

CONDICIONES PARTICULARES

Póliza N°	Sección	Modalidad: COLECTIVO
R.U.C. o C.I	Tomador/ Contratante:	
Domicilio	Ciudad	Departamento

Fecha de emisión	Vigencia desde las 12:00 hs de:	Vigencia hasta las 12:00 hs de:	Plazo en días	Tasa de Premio

Entre **ASEGURADORA DEL ESTE S.A. DE SEGUROS**, con domicilio en Avda. Rca. Argentina 778 e/ Pacheco y Souza, Asunción, en adelante el 'Asegurador' y quien precedentemente se designa con el nombre de 'Contratante/ Tomador', conforme a la solicitud por él presentada, celebran un Contrato de Seguros sujeto a las Condiciones Generales Comunes, Específicas y Particulares, convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buena fe, y que se anexan a la presente Póliza formando parte integrante de la misma.

COBERTURAS	
RIESGOS CUBIERTOS	CAPITAL ASEGURADO
Fallecimiento (Natural o Accidental)	
Invalidez Total y Permanente	
Diagnóstico de Enfermedades Graves: ____ % de capital asegurado para caso de fallecimiento	
Accidentes (doble Indemnización por muerte accidental o por pérdida de miembros por accidentes)	
COBERTURAS ADICIONALES	CAPITAL ASEGURADO
Gastos de Sepelio	
Renta Diaria por Hospitalización	

Límites globales: La responsabilidad máxima de la compañía para cada asegurado es la suma del Capital Asegurado para Fallecimiento y para Accidente (doble indemnización por muerte accidental o por pérdida de miembros por accidentes). El límite global para el grupo asegurado es la sumatoria de las responsabilidades máximas de la compañía para cada asegurado.

Francisco Barrionuevo
Francisco Barrionuevo
Mat

[Handwritten signature]

Periodo de carencia: Para la cobertura de **Diagnóstico de Enfermedades Graves**, se establece un periodo de carencia de 3 meses a partir de la fecha de la contratación de la póliza. En el caso de las renovaciones ininterrumpidas, no se aplican dicho periodo de carencia.

Forma de Indemnización: Primer riesgo absoluto

Modo de cobertura: Base ocurrencia

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

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO		DATOS DEL FINANCIAMIENTO		
	FINAL			
PRIMA	0000	MONTO FINANCIADO	0000	
IVA s/Prima	0000	CUOTA	FECHA	MONTO
PREMIO	0000			
Interés por financiamiento	0000			
IVA s/ interés	0000			
COSTO FINANCIAMIENTO	0000			
COSTO FINAL	0000			

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

Agente/ Corredor:

Teléfono:

Número de Matrícula:

Dirección:

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


Francisco Barriocanal Arias
Abogado
Mat. C.S.J. N° 10.454



**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES**

Póliza N° _____

**CONDICIONES ESPECÍFICAS
COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO**

CONTRATO COMPLETO

ARTÍCULO 1°. Esta póliza, las Solicitudes de Seguro presentadas por el Contratante y los Asegurados, respectivamente, la nómina de miembros de Asociaciones y/o Comunidades, y los Certificados Individuales de Incorporación al Seguro que se expiden a los Asegurados, constituyen el Contrato Completo entre el Contratante, los Asegurados y el Asegurador.

RIESGOS CUBIERTOS

CLAUSULA 2°- La cobertura establecida en este seguro es el fallecimiento del Asegurado, por cualquier causa que no esté explícitamente excluida en este contrato de seguro.

Esta cobertura podrá ser ampliada mediante el pago de extra prima correspondiente para cubrir los riesgos de Incapacidad Total y Permanente, Diagnóstico de Enfermedades Graves y/o Accidentes (doble Indemnización por muerte accidental o por pérdida de miembros por accidentes).

PERSONAS ASEGURABLES

ARTÍCULO 3°. A los efectos de este Seguro, se considerarán asegurables a todos los miembros de Asociaciones y/o Comunidades mayores de 18 (diez y ocho) años de edad.

PERSONAS NO ASEGURABLES

ARTÍCULO 4°. De conformidad con el Artículo 1.663 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

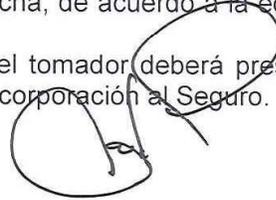
ARTÍCULO 5°. El seguro para cada asegurado entrará en vigor en la fecha de iniciación establecida cada Certificado Individual, y caducará automáticamente, sin necesidad de comunicación expresa al respecto, en el día de su vencimiento, si no fuera previamente renovado.

La duración máxima de la póliza será de 365 (trescientos sesenta y cinco) días.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

ARTÍCULO 6°. Este contrato es renovable anualmente mediante el pago oportuno de la prima correspondiente. En cada renovación, se aplicarán las primas en vigor del Asegurador, en dicha fecha, de acuerdo a la edad promedio alcanzada por el conjunto de los Asegurados.

Para cada renovación, el tomador deberá presentar la Solicitud del Contratante, y la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro.



TERMINACIÓN DEL CONTRATO

ARTÍCULO 7°. 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 10 (diez) personas, en cuyo caso el Contrato caducará de forma automática.
- c) La finalización del plazo de gracia correspondiente a una prima no pagada, si hubiere comunicación expresa de cancelación por parte del Asegurador.

INGRESO AL SEGURO

ARTÍCULO 8°. Podrán ingresar al seguro todas las personas asegurables, que sean mayores de 18 (diez y ocho) años de edad y que presenten la correspondiente Solicitud de Seguro Individual aprobada por el Contratante.

VIGENCIA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES

ARTÍCULO 9°. Los Certificados Individuales correspondientes a las personas que ingresen inicialmente al Seguro, entrarán en vigor conjuntamente con esta Póliza y tendrán una duración máxima de 12 (doce) meses.

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

SALIDA DEL SEGURO

ARTÍCULO 10°. Las personas que se separen definitivamente del conjunto de Asegurados, ya sea por exclusión, renuncia, despido u otros motivos, dejarán de estar aseguradas 30 (treinta) días después de su separación del Seguro, quedando automáticamente nulo y sin ningún valor el correspondiente Certificado Individual de Incorporación al Seguro.

En caso de cancelación de la presente Póliza, todos los Certificados Individuales de Incorporación al Seguro correspondiente a la misma, caducarán automáticamente.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

ARTÍCULO 11°. El Asegurador emitirá un Certificado Individual de Incorporación al Seguro para cada Asegurado, en el que constarán las prestaciones a las que tiene derecho y los datos que se consideren necesarios.

NÚMERO MÍNIMO DE ASEGURADOS

ARTÍCULO 12°. Es condición expresa para que esta póliza entre en vigor y mantenga su vigencia que el número de personas aseguradas no se inferior a 10 (Diez).

Si en determinado momento no se cumpliera esta condición, el presente contrato caducará automáticamente según lo establecido en el inc. b) Artículo 7 de estas Condiciones Específicas.

PRIMAS

ARTÍCULO 13°. La prima total del seguro será la suma de las primas que correspondan a cada Asegurado. La prima de cada Asegurado será la que resulte de multiplicar la tasa

de prima correspondiente a la edad media del grupo por el Capital Asegurado correspondiente.

En cada renovación se calculará la tasa, según la edad media alcanzada por el conjunto de Asegurados y esta se aplicará durante el siguiente periodo. A esta tasa se le sumarán si correspondiere, las primas adicionales para la cobertura de los Seguros Complementarios de Incapacidad Total y Permanente, de Doble Indemnización por Accidentes y de Diagnóstico de Enfermedades Graves, calculadas según la edad media alcanzada por el conjunto de Asegurados.

A aquellos que ingresen con posterioridad a la fecha de inicio o a los que se separen del conjunto de Asegurados, durante el transcurso de un periodo anual, se les aplicará la tarifa de corto plazo por los días de cobertura efectiva.

PAGO DE PRIMA

ARTÍCULO 14°. El pago de las primas de esta Póliza podrá efectuarse en cuotas (mensuales, bimestrales, ...) o anual. 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.

PLAZO DE GRACIA

ARTÍCULO 15°. El Asegurador concede un plazo de gracia de 30 (treinta) días para el pago de la prima, contados desde la fecha en que vence cada una.

Vencido el plazo de gracia, el Asegurador podrá rescindir el Contrato dando aviso al Contratante por carta certificada o telegrama colacionado.

Si durante el plazo de gracia; o si vencido dicho plazo el Asegurador no optó 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.

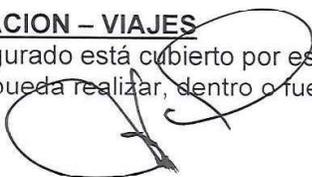
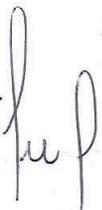
DERECHO EN CASO DE SERVICIO MILITAR

ARTÍCULO 16°. Los Asegurados que deben 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 30 (treinta) días desde su reintegro activo al Contratante.

RESIDENCIA – OCUPACION – VIAJES

ARTÍCULO 17°. El Asegurado está cubierto por esta Póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.



RIESGOS NO CUBIERTOS

ARTÍCULO 18°. 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. 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.
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.

INTERVENCIÓN DEL CONTRATANTE

ARTÍCULO 19°. El contratante deberá verificar 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.

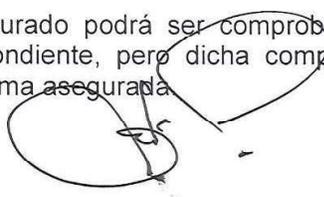
CAMBIO DEL CONTRATANTE

ARTÍCULO 20°. En caso de cambio del Contratante de esta Póliza, el Asegurador se reserva el derecho de rescindir el contrato dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de dicho cambio. Las obligaciones del Asegurador terminarán 30 (treinta) días después de haber sido notificada la rescisión por escrito, al nuevo Contratante. El Asegurador reembolsará a los Asegurados o al Contratante el premio correspondiente al riesgo no corrido, según quien sea el que haya pagado la prima.

EDADES

ARTÍCULO 21°. La edad de cada Asegurado deberá constar en la respectiva Solicitud Individual de Incorporación al Seguro, y quedará consignada en el Certificado Individual de Incorporación al Seguro de cada Asegurado.

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.



CESIONES

ARTÍCULO 22°. La presente Póliza y los Certificados Individuales de Incorporación al Seguro son intransferibles, por tanto, cualquier cesión se considerará nula y sin ningún valor.

BENEFICIARIOS

ARTÍCULO 23°.

a) Designación:

La designación de beneficiario o beneficiarios se hará por escrito, en la solicitud del seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el inciso b).

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 legales.

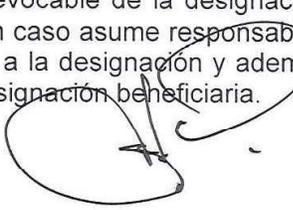
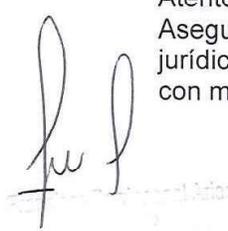
b) Cambio:

El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente al Asegurador, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva.

Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado a la Póliza mediante Endoso, 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 al 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

ARTÍCULO 24°. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador efectuará el pago que corresponde conforme lo establecido en el Art. 1.591 del Código Civil.

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

En casos de terremoto, naufragio, accidente aéreo o terrestre, incendio u otra catástrofe, en que el Asegurado desapareciere y no quepa admitir razonablemente su supervivencia (Art. 63 Código Civil), se abonará la indemnización contra presentación de la declaración judicial de su muerte. Pero si posteriormente apareciera el Asegurado o se tuviese noticia cierta de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada.

PROVOCACIÓN DEL SINIESTRO

ARTÍCULO 25°. Pierde todo el derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado por un acto ilícito (Art. 1671 Código Civil).

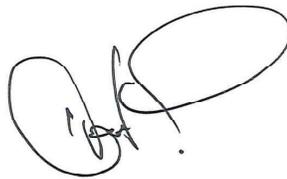
NOTIFICACIONES

ARTÍCULO 26°. Todo lo relativo a esta póliza será tratado por conducto del Contratante. El mismo está obligado a dar aviso de inmediato al Asegurador, en los formularios que éste le suministre, de todos los ingresos y salidas de Asegurados, así como las modificaciones de las sumas aseguradas, enviando al mismo tiempo las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro para las modificaciones necesarias. Asimismo, deberá notificar al Asegurador los siniestros en caso de fallecimiento, invalidez permanente, diagnóstico de enfermedades graves y accidentes, si estos seguros complementarios estuvieren incluidos en la cobertura del seguro.

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



Francisco Barriocanal Arias
Abogado
Mat. C.S.J. N° 10.454



SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES
Póliza N° _____

CONDICIONES ESPECÍFICAS
SEGURO COMPLEMENTARIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

RIESGOS CUBIERTOS

ARTÍCULO 1°.- Si el asegurado sufre, una Incapacidad Total y presumiblemente Permanente que lo obligue a abandonar su empleo, ocupación o profesión, el Asegurador, una vez recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas, y tras un periodo de espera de 180 (ciento ochenta) 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 180 (ciento ochenta) días antes mencionado.

El pago anticipado del capital asegurado en caso de Incapacidad Total y Permanente dejará sin efecto la cobertura por fallecimiento, y el correspondiente Certificado Individual de Incorporación al Seguro quedará automáticamente nulo y sin ningún valor.

Es condición expresa para la aplicación de esta cobertura, que la incapacidad se produzca por lesiones o enfermedades contraídas con posterioridad a la fecha inicio de vigencia de la presente póliza y que dicha invalidez Total Permanente impida al Asegurado a seguir cumpliendo con la actividad remunerada que tenía a la fecha de contratar la póliza. El pago anticipado del Capital Asegurado en caso de incapacidad total y permanente, dejará sin efecto la cobertura por fallecimiento y el correspondiente Certificado Individual de Incorporación al Seguro quedará automáticamente nulo y sin efecto ulterior alguno.

RIESGOS EXCLUIDOS:

ARTÍCULO 2°.- Quedan excluidos los casos que se produzcan por 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.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

ARTÍCULO 3°.- La cobertura complementaria de Incapacidad Total y Permanente terminará de manera automática:

- a) por terminación anticipada del seguro principal.
- b) a partir de que la Compañía compruebe la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado y efectúe el pago que establece la presente cláusula.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES
Póliza N° _____

CONDICIONES ESPECÍFICAS
SEGURO COMPLEMENTARIO DE ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

RIESGOS CUBIERTOS

ARTÍCULO 1°.- Si el asegurado sufiere durante la vigencia de la póliza, y con un periodo de espera de 3 meses, una enfermedad grave, avanzada, incurable, progresiva, la aseguradora abonará el correspondiente porcentaje del Capital Asegurado pactado en las Condiciones Particulares.

En dicho caso, el capital asegurado para coberturas de Fallecimiento y/o Incapacidad Total y Permanente se reducirá en la proporción abonada por el Asegurador en concepto de Anticipo por Diagnóstico de Enfermedad Grave.

Se considerará que el Asegurado se ve afectado por alguno de los acontecimientos previstos, cuando la Compañía compruebe que el asegurado sufre las siguientes enfermedades Graves avanzadas, incurables y progresivas:

- a) CÁNCER
- b) INFARTO DE MIOCARDIO.
- c) ENFERMEDAD CORONARIA DE MÚLTIPLES VASOS
- d) ESTADO FINAL DE ENFERMEDAD RENAL
- e) ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR (APOPLEJÍA)
- f) PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES
- g) ESCLEROSIS MÚLTIPLE

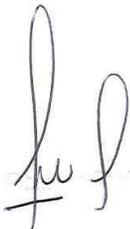
ALCANCE DE LAS COBERTURAS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES:

ARTÍCULO 2°.- La Compañía entenderá por:

- ✓ **CÁNCER:** Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

No están cubiertos por esta definición:

- Ningún tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ (incluyendo el carcinoma ductal y lobular in situ de mama y la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3).
- Ningún cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.
- La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet.
- Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis.
- Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0.



- Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta.
- Policitemia rubra vera y trombocitemia esencia.
- Gammapatía monoclonal de significado indeterminado
- Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori.
- Tumor del estroma gastrointestinal (sigla en inglés GIST) en estadio I y II de acuerdo con el Manual de estadificación del cáncer de la AJCC, séptima edición (2010).
- Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.
- Carcinoma microinvasor de mama (histológicamente clasificado como T1mic) a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación.
- Carcinoma microinvasor del cuello uterino (histológicamente clasificado como estadio IA1) a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.

✓ **INFARTO DE MIOCARDIO:** es la muerte del tejido cardiaco debido a una obstrucción prolongada del flujo sanguíneo. Bajo esta definición, el infarto de miocardio se manifiesta por un aumento y/o caída de los biomarcadores cardíacos (troponina o CKMB) a niveles considerados como diagnóstico de infarto de miocardio, junto con al menos dos de los siguientes criterios:

- Síntomas de isquemia (como angina de pecho)
- Cambios en el Electrocardiograma sugestivos de nueva isquemia (nuevos cambios ST-T o nuevo bloqueo de rama izquierda)
- Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG

No están cubiertos por esta definición:

- Síndrome agudo coronario (angina de pecho estable o inestable)
- Elevación de troponinas en ausencia de enfermedades cardiacas isquémicas (p.ej. miocarditis, disfunción apical, contusión cardíaca, embolia pulmonar, toxicidad de drogas).
- Infarto de miocardio con arterias coronarias normales o causados por vasoespasmio coronario, puentes miocárdicos o abuso de drogas.
- Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria o cirugía bypass

✓ **ENFERMEDAD CORONARIA DE MÚLTIPLES VASOS:** Cirugía de corazón para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias con injertos (venosos o arteriales) de derivación (bypass). Cirugía cardíaca con esternotomía completa (división vertical del esternón) y los procedimientos mínimamente invasivos (esternotomía o toracotomía parcial) están cubiertos. La necesidad de cirugía debe ser determinada por un cardiólogo o cirujano cardíaco y apoyado por los resultados de angiografía coronaria.

No están cubiertos por esta definición:

- La cirugía de bypass para tratar el estrechamiento u obstrucción de una arteria coronaria.
- La angioplastia coronaria o implante de stent.


Firma y sello de la aseguradora.



- ✓ **ESTADIO FINAL DE ENFERMEDAD RENAL:** Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que como consecuencia requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal. Las diálisis deben ser médicamente necesarias y confirmadas por un especialista en nefrología.

No están cubiertos por esta definición:

- Insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporal

- ✓ **ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR (APOPLEJÍA):** Muerte del tejido cerebral debido a un evento cerebrovascular agudo causado por trombosis o hemorragia intracraneal (incluida la hemorragia subaracnoidea), o embolia proveniente de una fuente extracraneal con:

- Aparición aguda de nuevos síntomas neurológicos, y
- nuevo déficit neurológico evidenciado en el examen clínico.

El déficit neurológico debe persistir por más de 3 meses siguientes a la fecha de diagnóstico. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista en neurología y apoyado con los correspondientes estudios de imagen.

No están cubiertos por esta definición:

- Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND).
- Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos.
- Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.
- Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa).

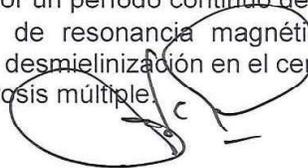
- ✓ **PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES** Pérdida total e irreversible de la función muscular de la totalidad de cualquiera de las 2 extremidades como resultado de lesiones o enfermedades de la médula espinal o del cerebro. Las extremidades se definen como el brazo completo o la pierna completa. La parálisis debe estar presente por más de 3 meses, debe ser confirmada por un especialista en neurología y fundamentada por hallazgos clínicos y de diagnóstico.

No están cubiertos por esta definición:

- Parálisis debida a trastornos psicológicos o por autolesión
- Síndrome de Guillain-Barré
- Parálisis periódica o hereditaria

- ✓ **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** Diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple, que debe ser confirmado por un especialista en neurología y justificado por todos los siguientes criterios:

- Deterioro clínico actual de la función motora o sensorial, que debe haber persistido por un período continuo de al menos 6 meses.
- Resultados de resonancia magnética (IRM) que muestren al menos dos lesiones de desmielinización en el cerebro o en la médula espinal característica de la esclerosis múltiple.



No están cubiertos por esta definición:

- Esclerosis múltiple posible y síndromes aislados neurológica o radiológicamente sugestivos, pero no confirmatorios de diagnóstico de la esclerosis múltiple
- Neuritis óptica y neuromielitis óptica aisladas

REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

ARTÍCULO 3°.- El pago que efectúe la Compañía al amparo de esta cláusula, producirá reducción de la Suma Asegurada del plan básico (Fallecimiento) y/o de la Invalidez Total y Permanente, señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, hasta la cantidad que corresponda.

PRUEBAS

ARTÍCULO 4°.- Para que la Compañía pague el anticipo de Suma Asegurada por Enfermedades Graves, el Asegurado o su representante legal, deberá presentar ante el Contratante, y este último a la Compañía un dictamen emitido por el médico o médicos que hubieran atendido al Asegurado, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen.

La Compañía a su costa, tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. En caso de que éste se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone esta cobertura complementaria.

EXCLUSIONES

ARTÍCULO 5°.- Quedan excluidos los acontecimientos establecidos en el apartado "Cobertura de anticipo de Suma Asegurada por Enfermedades Graves", si son consecuencia de:

- 1) Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste, o sean consecuencia de acciones en que exista culpa grave o negligencia inexcusable por parte del mismo Asegurado.
- 2) Lesiones o padecimientos que con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula, hayan sido diagnosticadas por un médico o se hayan manifestado a través de síntomas o signos que por su naturaleza no puedan pasar inadvertidos a los sentidos.
- 3) Lesiones que se originen por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol, o de estupeficientes o sicotrópicos, así como de fármacos no prescritos por un médico.
- 4) El Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

ARTÍCULO 6°.- La cobertura complementaria terminará de manera automática al presentarse cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal.
- b) A partir de que la Compañía compruebe el diagnóstico sobre el estado de salud terminal del Asegurado y efectúe el pago del anticipo de Suma Asegurada que establece la presente cláusula.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES

Póliza N° _____

CONDICIONES ESPECÍFICAS

SEGURO COMPLEMENTARIO DE ACCIDENTES
(Doble Indemnización por muerte accidental o por pérdida de miembros por
accidentes)

RIESGOS CUBIERTOS:

ARTÍCULO 1°.- El Asegurador pagará la suma asegurada para accidentes, adicional a la suma asegurada por fallecimiento, en caso de que el Asegurado sufra un accidente durante la vigencia de la póliza y le cause la muerte o pérdida de miembros, 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 provocado por la acción repentina y violenta de un agente externo que cause una lesión corporal que pueda ser determinada por médicos de una manera cierta al Asegurado independiente de su voluntad.

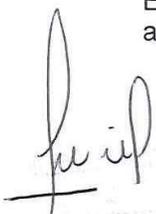
RIESGOS EXCLUIDOS:

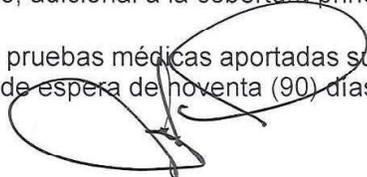
ARTÍCULO 2°.- Quedan excluidos los accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado, los originados por su estado de embriaguez o perturbación mental, los determinados por suicidio o tentativa de suicidio, los originados por haber tomado parte en huelga, motín o tumulto popular, los determinados 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.

INDEMNIZACIONES

ARTÍCULO 3°.- Si a consecuencia de un accidente el Asegurado fallece o sufre una pérdida orgánica de las que se detallan más abajo, el Asegurador pagará por una sola vez la protección contratada para este beneficio, una vez recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas y tras un periodo de espera de noventa días (90) 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 la pérdida sufrida no se aplicará el periodo de espera de noventa (90) días antes mencionado.





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

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

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:

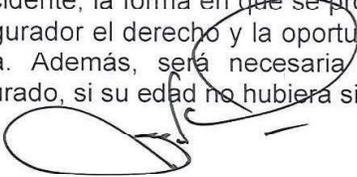
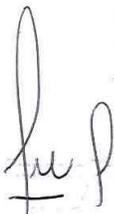
ARTÍCULO 4°. - El importe total de las indemnizaciones que el Asegurador se obliga a pagar, en caso de que el asegurado sufriera varias lesiones, en uno o varios accidentes, no excederá el importe total del capital asegurado por el presente Seguro Complementario para ese Asegurado.

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

ARTÍCULO 5°. - EL Asegurado, o el beneficiario, comunicará al Contratante, y este último al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 6 (seis) meses 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.

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

ARTÍCULO 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) Cuando la Póliza determinante del presente Seguro Complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de alguna prima o fracción de prima o hubiere vencido.
- b) Cuando a solicitud del Asegurado se declara nulo el presente Seguro Complementario.
- c) Cuando el Asegurado a consecuencia de una incapacidad ya comprobada, tuviera derecho al Pago Anticipado del Capital Asegurado correspondiente.
- d) Cuando el Asegurado cumpla los sesenta (60) 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.



Alcides Farina
Gerente General
Aseguradora del Este S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES

Póliza N° _____

CONDICIONES GENERALES COMUNES

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

CLÁUSULA 1 - Las partes contratantes se someten a las disposiciones contenidas en el Capítulo XXIV, Título II del Libro III del Código Civil y a las de la presente póliza.

En caso de discordancia entre las condiciones de cobertura de esta póliza, predominarán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Específicas y éstas sobre las Condiciones Generales Comunes.

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 se rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

PROVOCACION DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 2 – El asegurador queda liberado de pagar la suma asegurada, cuando el asegurado se ha dado voluntariamente la muerte, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años (Art. 1670 C. Civil).

Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del asegurado con un acto ilícito (Art. 1671 C. Civil).

El asegurador se libera si la persona cuya vida se asegura, la pierde en empresa criminal (Art. 1672 C. Civil).

DENUNCIA DEL SINIESTRO

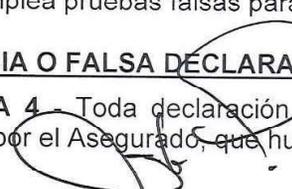
CLÁUSULA 3 - El Asegurado o el Beneficiario, comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los seis meses de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia suya.

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. Civil).

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

RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

CLÁUSULA 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.- C. Civil).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Artículo 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 C. 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 C. Civil).

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

RESCISION UNILATERAL

CLÁUSULA 5 - Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará pre-aviso no menor de 15 (quince) días. Cuando lo ejerza el Asegurado, 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 Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 1562 C. Civil).

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

Cuando el siniestro solo causa un daño parcial, ambas partes pueden rescindir unilateralmente el contrato hasta el momento del pago de la indemnización (Art. 1594 C. Civil).

AGRAVACION DEL RIESGO

CLÁUSULA 6 – El Tomador será obligado a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Art. 1580 C. Civil).

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. Civil).

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. Civil).

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 1 (un) mes, o con preaviso de 7 (siete) días. Se aplicará el Artículo 1582 del Código Civil si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.

Si el Tomador 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 hacerle la denuncia (Art. 1583 C. Civil).

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

- a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido:
- b) En caso contrario, a percibir la prima por el periodo del seguro en curso (Art. 1584 C. Civil).

PAGO DE LA PRIMA

CLÁUSULA 7 – 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 provisorio de cobertura (Art. 1573 C. Civil).

En caso que la prima no se pague contra entrega de la presente póliza, su pago queda establecido a las condiciones y efectos pactados entre el Asegurado y el Asegurador.

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

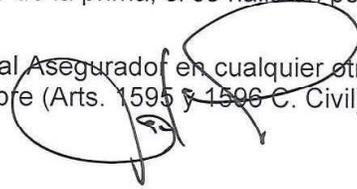
Cuando el asegurado ha denunciado erróneamente un riesgo más grave, tiene derecho a la rectificación de la prima por los períodos anteriores a la denuncia del error, de acuerdo con la tarifa aplicable al tiempo de la celebración del contrato. Cuando el riesgo ha disminuido, el asegurado tiene derecho al reajuste de la prima por los períodos posteriores, de acuerdo a la tarifa aplicable al tiempo de la denuncia de la disminución (Art. 1577 C. Civil).

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLÁUSULA 8 – El Productor o Agente de Seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- a. Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;
- b. Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurados, referentes a contratos o sus prórrogas; y
- c. 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 (Arts. 1595 y 1596 C. Civil).



15/02/2014

REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

CLÁUSULA 9 – El Asegurado, en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables (Art. 1685 C. Civil).

El Asegurador se libera si el Asegurado o el Beneficiario provocan el accidente dolosamente o por culpa grave, o lo sufre en empresa criminal (Art. 1686 C. Civil).

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

CLÁUSULA 10 – 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 C. Civil.

VERIFICACION DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 11 – El Asegurador podrá designar uno o más expertos para determinar las consecuencias indemnizables del 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 los expertos no compromete al Asegurador; es únicamente un elemento de juicio para que éste pueda pronunciarse acerca del derecho a la indemnización.

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 a quien corresponda testimonio o juramento permitido por las leyes procesales.

PLAZO PARA PRONUNCIARSE SOBRE EL DERECHO DEL ASEGURADO

CLÁUSULA 12 – El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del Asegurado dentro de los 30 (treinta) días de recibida la información complementaria prevista para la denuncia del siniestro. La omisión de pronunciarse importa aceptación (Art. 1597 C. Civil).

DEL VENCIMIENTO DE LA OBLIGACION DEL ASEGURADOR

CLÁUSULA 13 – El crédito del Asegurado se pagará 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. Civil).

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

Si para el supuesto de incapacidad temporaria se convino el pago de una renta, el asegurado tiene derecho a un pago a cuenta después de transcurrido un mes. El asegurador incurre en mora por el mero vencimiento de los plazos (Art. 1593 C. Civil).

MORA AUTOMÁTICA

CLÁUSULA 14 – Toda denuncia o declaración impuesta por esta póliza o por el Código Civil, debe realizarse en el plazo fijado para el efecto (Art. 1559 C. Civil).



13.434

PRESCRIPCION

CLÁUSULA 15 –

Prescriben por un año las acciones derivadas del contrato de seguro. El plazo se computará desde que la obligación sea exigible. Cuando la prima deba pagarse en cuotas, la prescripción corre desde el vencimiento de la última cuota. Si la póliza ha sido entregada sin el pago de la prima, la prescripción corre desde que el asegurador intimó el pago.

En el seguro de vida, el plazo de prescripción para el beneficiario corre desde que haya conocido la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el acaecimiento del siniestro (Art. 666 C. Civil).

DE LOS EFECTOS DEL CONTRATO

CLÁUSULA 16 – Las convenciones hechas en los contratos forman para las partes, una regla a la cual deben someterse como a la ley misma, y deben ser cumplidas de buena fe. Las mismas obligan a lo que en ellas esté expresado y a todas las consecuencias virtualmente comprendidas (Art. 715 C. Civil).

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

CLÁUSULA 17 – 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 C. Civil).

USO DE LOS DERECHOS POR EL TOMADOR

CLÁUSULA 18 – Cuando el Tomador se encuentre en posesión de la póliza, puede disponer de los derechos que resulten del contrato. Puede igualmente cobrar la indemnización, pero el Asegurador tiene el derecho de exigirle el consentimiento del Asegurado (Art. 1567 C. Civil).

COMPUTO DE LOS PLAZOS

CLÁUSULA 19 – Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

JURISDICCION COMPETENTE

CLÁUSULA 20 – 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 C. Civil).




Alcides Fariña
Gerente General
Aseguradora del Este S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES
COBERTURA ADICIONAL
REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO

Póliza N° _____

Artículo 1º - Objeto del Seguro: Ocurrido el fallecimiento de una persona asegurada, motivada por todo accidente cubierto por el presente seguro, durante la vigencia de esta póliza, estando ella y/o el respectivo Certificado Individual de Cobertura en pleno vigor, la Compañía Aseguradora, en virtud del premio adicional correspondiente, se obliga a reembolsar a la persona que acredite fehacientemente haber efectuado los gastos derivados del servicio de sepelio hasta la concurrencia de la Suma Máxima Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares para ésta cobertura.

Artículo 2º - Requisitos por fallecimiento: Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza, el Asegurador efectuará el reintegro de los gastos de servicio de sepelio hasta la suma máxima asegurada que se indica en las Condiciones Particulares y el Correspondiente Certificado Individual, a la persona que acredite fehacientemente haber efectuado su pago.

El Contratante, según corresponda harán la correspondiente comunicación por escrito al Asegurador dentro de los tres (3) días hábiles de haberlo conocido salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

El pago de beneficio se efectuará dentro de los quince (15) días corridos de haber recibido las siguientes pruebas:

- a) Certificado de defunción original o copia certificada del mismo.
- b) Comprobante original de los gastos realizados para el sepelio.
- c) El Certificado Individual de cobertura que amparaba al extinto.
- d) Constancia emitida por autoridad competente de cualquier actuación que se hubiera instruido con motivo del hecho que hubiere determinado su muerte,

Si un asegurado falleciera en circunstancia en que nadie se hiciera cargo del sepelio, la Compañía Aseguradora si fuera notificada de ello se hará cargo de los gastos que demande el sepelio hasta la concurrencia de la suma asegurada máxima.

Artículo 4º - Ejecución del Contrato: Las relaciones entre el Asegurador y los Asegurados se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante, salvo en caso de ocurrencia del siniestro, quedando establecido que el reembolso de los gastos de sepelio del asegurado fallecido, será efectuado directamente a la persona que acredite haber efectuado los gastos.



Handwritten signature in blue ink, possibly reading 'F. J. P.' or similar.



Handwritten signature in blue ink above a circular stamp containing the text: **Alcides Farina**, Gerente General, Aseguradora del Este S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES
COBERTURA ADICIONAL
RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE

Póliza N° _____

Artículo 1º - Objeto del Seguro: La Compañía Aseguradora, en virtud del premio adicional correspondiente, concederá el beneficio que acuerda este adicional de cobertura, cuando el Asegurado acredite haber sido internado para tratamiento clínico originado por accidentes producidos durante la vigencia de la póliza, en un Centro Médico Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Policlínica) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Ministerio de Salud Pública y autorizado por éste a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de accidente sufrido por el Asegurado.

La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos) y/o del Establecimiento Asistencial queda librada a la voluntad del Asegurado y/o sus familiares; por lo tanto la Aseguradora se libera de la responsabilidad que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

No se cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula, que sean causa de internación futura; así como tampoco ninguna internación causada por cualquier enfermedad.

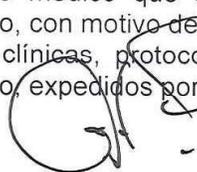
Artículo 2º - Beneficio: El Asegurador, comprobada la internación clínica descrita en el artículo anterior, indemnizará al Asegurado una renta diaria hasta la concurrencia de la Suma Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares para ésta cobertura, por cada día en exceso de los tres primeros que hubiere permanecido internado en un Centro Médico Asistencial, por un máximo de hasta 30 (treinta) días por toda la vigencia de la póliza, independientemente si la internación es ininterrumpida o no y hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Artículo 3º - Carencia: Se establece una carencia de 3 (tres) días a partir del inicio de la internación, por lo que la Renta Diaria a cargo de la Aseguradora comenzará a partir del cuarto día consecutivo de internación.

Artículo 4º - Solicitud de Beneficio: El Contratante debe comunicar por escrito a la Compañía Aseguradora la internación clínica dentro de las 48 horas de iniciada la misma. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir la indemnización, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Corresponde al Contratante o a sus representantes, si así lo requiriera la Compañía Aseguradora, suministrar la siguiente documentación para comprobar la internación clínica:

- a) Certificado médico que acredite el diagnóstico y el tratamiento realizado al Asegurado, con motivo del accidente sufrido;
- b) Historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por el Centro Médico Asistencial, legalmente autorizado.



La Compañía Aseguradora podrá realizar todas las comprobaciones necesarias para verificar la producción del siniestro. En este sentido corresponde al Asegurado prestar toda la colaboración que a tal efecto requiera la Aseguradora y relevar del secreto médico y autorizar expresamente a su médico asistente y al Centro Médico Asistencial donde fuera atendido para que proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta cláusula adicional.

Artículo 5º - Riesgos no Cubiertos: Sin perjuicio de las exclusiones contempladas por las Condiciones Generales de la presente póliza, la Compañía Aseguradora no indemnizará las internaciones clínicas provenientes de hechos producidos a consecuencia de:

- 1) Cualquier tipo de enfermedad.
- 2) Maternidad: comprende toda internación por parto.
- 3) Cuando la internación tenga por objeto principal el diagnóstico, análisis, radiografías, radioscopia o fisioterapia.
- 4) Cirugía plástica.
- 5) Cirugía estética.
- 6) Lesiones que el Asegurado se hubiere ocasionado voluntariamente o estando insano.
- 7) Alcoholismo o toxicomanía.
- 8) Internación domiciliaria.
- 9) Intento de suicidio salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años.
- 10) Uso de armas.
- 11) Participación en actos delictivos.

Artículo 6º - Terminación de la Cobertura: La cobertura prevista en esta cláusula adicional cesará en las siguientes circunstancias:

- 1) Al caducar la póliza o certificado individual por cualquier causa.
- 2) Al cumplirse el día 30 (treinta) de internación clínica en el transcurso de la vigencia de la póliza, contados en forma ininterrumpida o no.




Alcides Fariña
Gerente General
Aseguradora del Este S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN AL SEGURO N°: _____

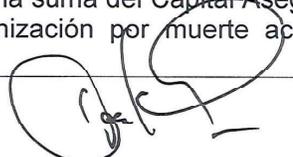
Póliza N°	Sección	Modalidad: COLECTIVO		
R.U.C. o C.I.	Contratante o Tomador			
R.U.C. o C.I.	Asegurado			
Fecha de Emisión	Vigencia		Plazo	Edad de Entrada
	Desde las 12:00 hs	Hasta las 12:00 hs		

Entre **ASEGURADORA DEL ESTE S.A. DE SEGUROS**, con domicilio en Avda. Rca. Argentina 778 e/ Pacheco y Souza, Asunción, en adelante el 'Asegurador' y quien precedentemente se designa con el nombre de 'Contratante/ Tomador', conforme a la solicitud por él presentada, celebran un Contrato de Seguros sujeto a las Condiciones Generales Comunes, Específicas y Particulares, convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buena fe.

Por el presente Certificado Individual, **ASEGURADORA DEL ESTE S.A. DE SEGUROS**, reconoce que _____ (Asegurado), se encuentra comprendido a partir del día ____ / ____ / ____, en el Seguro Vida Colectivo para Asociaciones y/o Comunidades, contratado por _____ (Contratante o Tomador).

COBERTURAS	
RIESGOS CUBIERTOS	CAPITAL ASEGURADO
Fallecimiento (Natural o Accidental)	
Invalidez Total y Permanente	
Diagnóstico de Enfermedades Graves: ____ % de capital asegurado para caso de fallecimiento	
Accidentes (doble Indemnización por muerte accidental y/o por pérdida de miembros por accidentes)	
COBERTURAS ADICIONALES	CAPITAL ASEGURADO
Gastos de Sepelio	
Renta Diaria por Hospitalización por Accidentes	

Límites globales: La responsabilidad máxima de la compañía para cada asegurado es la suma del Capital Asegurado para Fallecimiento y para Accidente (doble indemnización por muerte accidental o por pérdida de miembros por accidentes).



Descripción de riesgos asegurados

Fallecimiento: A efectos de este seguro, se entiende por fallecimiento la cesación de vida del asegurado, por cualquier causa que no esté explícitamente excluida en este contrato de seguro.

Incapacidad Total y Permanente: Si el asegurado sufre, una Incapacidad Total y presumiblemente Permanente que lo obligue a abandonar su empleo, ocupación o profesión, el Asegurador, una vez recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas, y tras un periodo de espera de 180 (ciento ochenta) 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 180 (ciento ochenta) días antes mencionado.

El pago anticipado del capital asegurado en caso de Incapacidad Total y Permanente dejará sin efecto la cobertura por fallecimiento, y el correspondiente Certificado Individual de Incorporación al Seguro quedará automáticamente nulo y sin ningún valor.

Es condición expresa para la aplicación de esta cobertura, que la incapacidad se produzca por lesiones o enfermedades contraídas con posterioridad a la fecha inicio de vigencia del presente certificado individual y que dicha invalidez Total Permanente impida al Asegurado a seguir cumpliendo con la actividad remunerada que tenía a la fecha de contratar la póliza. El pago anticipado del Capital Asegurado en caso de incapacidad total y permanente, dejará sin efecto la cobertura por fallecimiento y el correspondiente Certificado Individual de Incorporación al Seguro quedará automáticamente nulo y sin efecto ulterior alguno.

Enfermedades Graves: Si el asegurado sufre durante la vigencia del presente certificado individual, y con un periodo de espera de 3 meses, una enfermedad grave, avanzada, incurable, progresiva, la aseguradora abonará el correspondiente porcentaje del Capital Asegurado pactado. En dicho caso, el capital asegurado para coberturas de Fallecimiento y/o Incapacidad Total y Permanente se reducirá en la proporción abonada por el Asegurador en concepto de Anticipo por Diagnóstico de Enfermedad Grave.

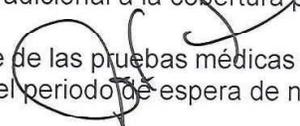
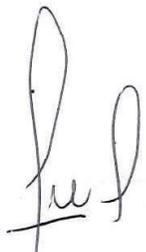
Se consideran Enfermedades Graves:

- CÁNCER
- INFARTO DE MIOCARDIO
- ENFERMEDAD CORONARIA DE MÚLTIPLES VASOS
- ESTADIO FINAL DE ENFERMEDAD RENAL
- ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (APOPLEJÍA)
- PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES
- ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Accidente: Se entenderá por accidente toda lesión corporal sufrida por el asegurado por la acción súbita, involuntaria, fortuita y violenta de una fuerza externa.

Si a consecuencia de un accidente, el Asegurado, fallece o sufre una pérdida orgánica de las que se detallan más abajo, el Asegurador pagará por una sola vez la Protección Contratada para este beneficio, una vez recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas y tras un periodo de espera de noventa días (90) días, abonará los siguientes porcentajes del capital máximo asegurado por el Seguro Complementario para ese Asegurado, adicional a la cobertura principal.

En caso que de las pruebas médicas aportadas surja con claridad la pérdida sufrida no se aplicará el periodo de espera de noventa (90) días antes mencionado.



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

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

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.

Coberturas Adicionales:

- a) **Reintegro de Gastos de Sepelio:** ocurrido el fallecimiento del asegurado, la Compañía Aseguradora, en virtud del premio adicional correspondiente, se obliga a reembolsar a la persona que acredite fehacientemente haber efectuado los gastos derivados del servicio de sepelio hasta la concurrencia de la Suma Máxima Asegurada que se indica en el Certificado Individual.
- b) **Renta Diaria por Hospitalización por Accidentes:** El Asegurador, comprobada la internación clínica del asegurado, indemnizará una renta diaria hasta la concurrencia de la Suma Asegurada que se indica para ésta cobertura, por cada día en exceso de los tres primeros que hubiere permanecido internado en un Centro Médico Asistencial, por un máximo de hasta 30 (treinta) días por toda la vigencia del certificado individual, independientemente si la internación es ininterrumpida o no y hasta el monto máximo establecido.

Los **BENEFICIARIOS** de las coberturas amparadas en el presente Certificado Individual son:

Nombre	C.I.N°	Relación	% de participación

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

LIQUIDACIÓN DEL PREMIO

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:
Vencimientos:
<u>Fecha Monto</u>

Quando 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)

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

Esta Compañía está autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros según: Resolución SS.SG. N°: _____
Fecha: dd / mm / aaaa

Forman parte integrante de la Póliza, las siguientes Cláusulas adicionales, Anexos y Endosos:

EXCLUSIONES: 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.

SALIDA DEL SEGURO: Las personas que se separen definitivamente del conjunto de Asegurados, ya sea por exclusión, renuncia, despido o jubilación dejarán de estar asegurados treinta (30) días después de su separación del seguro, quedando automáticamente nulo y sin ningún valor el correspondiente certificado individual de incorporación al seguro.

ALCANCE TERRITORIAL: Este seguro está exento de restricciones por viajes, ocupación o lugar de residencia durante las 24 horas del día, mientras se mantenga la incorporación del Asegurado a la Póliza Principal.

Francisco Barriocanal
Abogado
Mat. C.S.J. N° 10.000

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA: La cobertura fenece cuando el Principal se encuentra en mora por más de 30 (treinta) 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.

DENUNCIA DEL SINIESTRO: El o los beneficiarios deberán comunicar el fallecimiento del Asegurado dentro de los 6 (seis) meses al contratante, 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. 1.589 y 1.590 C.C.).

PRUEBAS DEL FALLECIMIENTO: El o los Beneficiarios suministrarán a Contratante, y éste a la Compañía 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. 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

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES: El Asegurado deberá suministrar el dictamen emitido por el médico o médicos que lo hubieran atendido, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen

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



Alcides Fariña
Gerente General
Aseguradora del Este S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES

SOLICITUD DEL CONTRATANTE

Table with 2 columns: Field Name (Fecha de Emisión, SOLICITUD N°, PÓLIZA N°, ENDOSO N°) and Value.

Table for Vigencia with columns: Desde, Hasta, and two empty columns.

Sírvase extender una póliza de Seguro de Vida Colectivo para Asociaciones y/o Comunidades, de acuerdo a los datos que le proporciono a continuación:

DATOS PERSONALES DEL PROPONENTE

En caso de persona física:

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

En caso de persona jurídica:

Razón social: RUC
Dirección Comercial:
Ciudad: Barrio:

Actividad Principal de la Empresa:

Ocupación de las personas a asegurar (indique número por ocupación)

Directivos:
Administrativos:
Obreros:
Servicios Generales:

Comprenderá el Seguro a la Totalidad de Personal:

Han ocurrido entre el personal a asegurarse Accidentes, que de haber existido el Seguro que se solicita, hubieran sido cubiertos por el mismo (en caso afirmativo, indique el número y la importancia de los mismos):

Se exigen requisitos médicos para la incorporación del personal a esta entidad (en caso afirmativo, cuáles):

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.

**SOLICITUD DEL CONTRATANTE
(CONTINUACIÓN)**

COBERTURA SOLICITADA	CAPITAL ASEGURADO
Fallecimiento (Natural o Accidental)	
Invalidez Total y Permanente	
Anticipo por Diagnóstico de Enfermedades Graves: ___ % de capital asegurado para caso de fallecimiento	
Accidentes (doble Indemnización por muerte accidental, pérdida de miembros por accidentes)	
COBERTURAS ADICIONALES	CAPITAL ASEGURADO
Reintegro de Gastos de Sepelio	
Renta Diaria por Hospitalización por Accidentes	

Límites globales: la responsabilidad máxima de la compañía para cada asegurado es la suma del Capital Asegurado para Fallecimiento y para Accidentes (doble indemnización por muerte accidental o por pérdida de miembros por accidentes).

FORMA DE PAGO:

Prima:	DATOS DEL FINANCIAMIENTO Monto financiado: Vencimientos: <u>Fecha Monto</u>
I.V.A. s/Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/Interés:	
Costo del Financiamiento:	
COSTO FINAL:	

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)

Declaro que las informaciones y respuestas anteriores son completas y verídicas y formarán parte integrante de la póliza por lo que acepto que cualquier omisión voluntaria o declaración falsa exonere al Asegurador del pago de la indemnización.


 Francisco Barriocanal Arias
 Abogado
 Mat. C.S. 1.100.000

FIRMA DEL AGENTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

N° Matrícula

Lugar y Fecha



SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

SOLICITUD N°	
PÓLIZA N°	

Vigencia			
Desde			
Hasta			

CONTRATANTE O TOMADOR: _____

El abajo firmante solicita a **ASEGURADORA DEL ESTE S.A. DE SEGUROS**, con domicilio en Avda. Rca. Argentina 778 e/ Pacheco y Souza, Asunción, un Seguro de Vida para Asociaciones y/o Comunidades, basado en las siguientes declaraciones:

1. DATOS PERSONALES y LABORALES

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

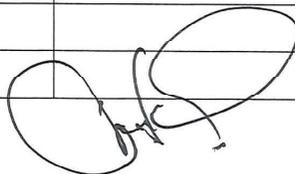
COBERTURA SOLICITADA	CAPITAL ASEGURADO
Fallecimiento (Natural o Accidental)	
Invalidez Total y Permanente	
Anticipo por Diagnóstico de Enfermedades Graves: _____% de capital asegurado para caso de fallecimiento	
Accidentes (doble indemnización por muerte accidental, pérdida de miembros por accidentes)	
COBERTURAS ADICIONALES	CAPITAL ASEGURADO
Reintegro de Gastos de Sepelio	
Renta Diaria por Hospitalización por Accidentes	

Límites globales: la responsabilidad máxima de la compañía para cada asegurado es la suma del Capital Asegurado para Fallecimiento y para Accidente (doble indemnización por muerte accidental o por pérdida de miembros por accidente).

Datos de los Beneficiarios:

Nombre	C.I.N°	Relación	% de participación


 Francisco Barriocanal Arias
 Abogado
 Mat. C.S.J. N° 10.472



Declaro que las informaciones y respuestas anteriores son completas y verídicas y forman parte integrante de la póliza por lo que acepto que cualquier omisión voluntaria o declaración falsa exonere al Asegurador del pago de la indemnización.

Declaro que toda la información contenida en esta Solicitud de Seguro es cierta, que asumo la responsabilidad sobre la veracidad de la misma y que es la base del contrato con **ASEGURADORA DEL ESTE S.A. DE SEGUROS**, sujeto a sus cláusulas y condiciones que el Tomador acepta en todas sus partes, autorizando a **ASEGURADORA DEL ESTE S.A. DE SEGUROS**, en caso que acepte, a emitir la respectiva póliza, comprometiéndome a pagar el premio debido.

FORMA DE PAGO:

Prima:	DATOS DEL FINANCIAMIENTO Monto financiado: Vencimientos: <u>Fecha Monto</u>
I.V.A. s/Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/Interés:	
Costo del Financiamiento:	
COSTO FINAL:	

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

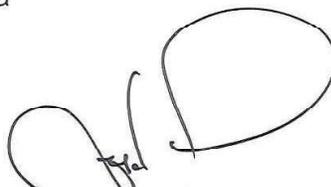
La recepción de esta Solicitud de Seguro por **ASEGURADORA DEL ESTE S.A. DE SEGUROS** no implica aceptación de la misma.

FIRMA DEL AGENTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

N° Matricula

Lugar y Fecha



Alcides Fariña
Gerente General
Aseguradora del Este S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES
FORMULARIO DE DECLARACION BÁSICA DE SALUD

CONTRATANTE O TOMADOR _____ PÓLIZA N° _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE _____ FECHA NACIMIENTO (día/mes/año) _____

OCUPACIÓN ACTUAL _____

- a) ¿Ejerce otra ocupación, o realiza manipulaciones peligrosas o experimentos de laboratorio?

- b) Ha sufrido algún accidente, herida u operación quirúrgica grave durante los tres últimos años?
Si: No:
- c) Ha sido usted alguna vez tratado para o ha tenido alguna indicación conocida de:
- c.1) ¿Palpitaciones dolorosas del pecho, presión alta, fiebre reumática, murmullos en el corazón, ataque cardíaco o cualquier otro desorden del corazón o de las arterias? Si: No:
- c.2) Diabetes, tiroides o cualquier desorden glandular? Si: No:
- c.3) ¿Desorden en la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor o cáncer? Si: No:
- c.4) ¿Se le ha aconsejado tomar una prueba para un diagnóstico, hospitalización para cirugía no completada? Si: No:
- d) Especifique si tiene o ha tenido:
* Algún defecto visual? ____ * Algún defecto físico? ____ * Sordera Total? ____
- e) Estatura: _____ Peso: _____ Presión Arterial: _____
- f) Tiene, ha tenido o le fue rechazada alguna solicitud para un Seguro similar a éste o de vida.
Si:.... NO:.... Detalles: _____
- g) Sigue algún tratamiento o consume algún medicamento de manera permanente, a causa de un padecimiento y/o enfermedad? Si: No:
- En caso afirmativo, especificar: _____

Declaro haber leído el cuestionario que antecede y que las respuestas 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.

FIRMA DEL AGENTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

Alcides Farfán
Gerente General
Aseguradora del Este S.A.

N° Matricula

Lugar y Fecha

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES
FORMULARIO DE DECLARACION EXTENDIDA DE SALUD

CONTRATANTE O TOMADOR PÓLIZA N°

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE FECHA NACIMIENTO (día/mes/año)

OCUPACIÓN ACTUAL

HISTORIA FAMILIAR

Table with 5 columns: Parentesco, Familiares Vivos (Age, Health Status), and Familiares Muertos (Age at Death, Cause of Death). Rows include Padre, Madre, N° de Hermanos, Cónyuge, and N° de Hijos.

HABITOS

A) ¿FUMA UD. ACTUALMENTE? SI [] NO [] AÑO EN QUE EMPEZÓ A FUMAR _____

B) ¿NÚMERO DE CIGARRILLOS QUE FUMA O FUMABA? [] AÑO EN QUE DEJÓ DE FUMAR _____

C) ¿POR QUÉ RAZÓN? _____

D.- ¿INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SI [] NO [] ¿CLASE? _____ ¿CANTIDAD? _____
FRECUEN DIARI [] SEMAN [] QUINCEN [] MENSU []

E) SI DEJÓ DE BEBER SEÑALE LA FECHA Y LA CAUSA? _____

¿CUÁNTO BEBÍA ANTES? (clase, cantidad y frecuencia) _____

F) ¿ALGUNA VEZ HA USADO MARIHUANA, HEROÍNA COCAÍNA, BARBITÚRICOS, ANFETAMINAS LSD O CUALQUIER OTRO TIPO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?

SI [] NO [] EN CASO AFIRMATIVO: FECHA INICIAL, TIPO DE DROGA, FRECUENCIA Y FECHA DE LA ÚLTIMA OCASIÓN _____

DATOS FISICOS

ALTURA (cm.): _____ PESO (kg.): _____

¿HA SUFRIDO ALGUNA VEZ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA U OPERACIÓN? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUAL/ES Y SI NECESITÓ ANESTESIA GENERAL O LOCAL? _____

¿LE RECHAZARON O POSPUSIERON ALGUNA VEZ UNA COBERTURA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO? EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR FECHA Y CAUSA _____

¿LE FUE OTORGADA ALGUNA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL? EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR FECHA Y CAUSA. _____

Handwritten signature

FORMULARIO DE DECLARACION EXTENDIDA DE SALUD
(CONTINUACIÓN)

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

¿PADECE O PADECIÓ		SI	NO	DETALLES
A	INFECCIONES DE ORIGEN SEXUAL			
B	DIABETES			
C	GASTRITIS			
D	ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O ÚLCERA DEL DUODENO			
E	ENFERMEDADES DEL INTESTINO			
F	REUMATISMO O ARTRITIS			
G	FIEBRE REUMÁTICA			
H	TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO			
I	EPILEPSIA			
J	BRONQUITIS CRÓNICA O ASMA			
K	TUBERCULOSIS			
L	ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN			
M	PRESIÓN ARTERIAL ALTA O BAJA			
N	ANGINA DE PECHO			
O	INFARTO DEL CORAZÓN / MIOCARDIO			
P	OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN			
Q	ENFERMEDADES DE LA TIROIDES			
R	ENFERMEDADES DEL HÍGADO			
S	ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR			
T	ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES			
U	ENFERMEDADES DE LA VEJIGA			
V	GOTA			
W	ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA			
X	TUMOR O CÁNCER			
Y	OTRAS ENFERMEDADES			

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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature and scribbles over the form fields]

48 (cuarenta y ocho)

**FORMULARIO DE DECLARACION EXTENDIDA DE SALUD
(CONTINUACIÓN)**

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

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

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

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

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

FIRMA DEL AGENTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

N° Matricula

Lugar y Fecha




Alcides Farina
Gerente General
Aseguradora del Este S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
VIDA COLECTIVO PARA ASOCIACIONES Y/O COMUNIDADES

TABLA DE TARIFA DE CORTO PLAZO

Cuando se contraten seguros por un término menor al de un año (corto plazo), se establecerá la prima de acuerdo con la siguiente tabla:

N° de días	%								
1	15,2	74	32,2	147	49,2	220	66,2	293	83,2
2	15,5	75	32,5	148	49,5	221	66,5	294	83,5
3	15,7	76	32,7	149	49,7	222	66,7	295	83,7
4	15,9	77	32,9	150	49,9	223	66,9	296	83,9
5	16,2	78	33,2	151	50,2	224	67,2	297	84,2
6	16,4	79	33,4	152	50,4	225	67,4	298	84,4
7	16,6	80	33,6	153	50,6	226	67,6	299	84,6
8	16,9	81	33,9	154	50,9	227	67,9	300	84,9
9	17,1	82	34,1	155	51,1	228	68,1	301	85,1
10	17,3	83	34,3	156	51,3	229	68,3	302	85,3
11	17,6	84	34,6	157	51,6	230	68,6	303	85,6
12	17,8	85	34,8	158	51,8	231	68,8	304	85,8
13	18,0	86	35,0	159	52,0	232	69,0	305	86,0
14	18,3	87	35,3	160	52,3	233	69,3	306	86,3
15	18,5	88	35,5	161	52,5	234	69,5	307	86,5
16	18,7	89	35,7	162	52,7	235	69,7	308	86,7
17	19,0	90	36,0	163	53,0	236	70,0	309	87,0
18	19,2	91	36,2	164	53,2	237	70,2	310	87,2
19	19,4	92	36,4	165	53,4	238	70,4	311	87,4
20	19,7	93	36,7	166	53,7	239	70,7	312	87,7
21	19,9	94	36,9	167	53,9	240	70,9	313	87,9
22	20,1	95	37,1	168	54,1	241	71,1	314	88,1
23	20,4	96	37,4	169	54,4	242	71,4	315	88,4
24	20,6	97	37,6	170	54,6	243	71,6	316	88,6
25	20,8	98	37,8	171	54,8	244	71,8	317	88,8
26	21,1	99	38,1	172	55,1	245	72,1	318	89,1
27	21,3	100	38,3	173	55,3	246	72,3	319	89,3
28	21,5	101	38,5	174	55,5	247	72,5	320	89,5
29	21,8	102	38,8	175	55,8	248	72,8	321	89,8
30	22,0	103	39,0	176	56,0	249	73,0	322	90,0
31	22,2	104	39,2	177	56,2	250	73,2	323	90,2
32	22,5	105	39,5	178	56,5	251	73,5	324	90,5
33	22,7	106	39,7	179	56,7	252	73,7	325	90,7
34	22,9	107	39,9	180	56,9	253	73,9	326	90,9
35	23,2	108	40,2	181	57,2	254	74,2	327	91,2
36	23,4	109	40,4	182	57,4	255	74,4	328	91,4
37	23,6	110	40,6	183	57,6	256	74,6	329	91,6
38	23,9	111	40,9	184	57,9	257	74,9	330	91,9
39	24,1	112	41,1	185	58,1	258	75,1	331	92,1
40	24,3	113	41,3	186	58,3	259	75,3	332	92,3

51 (cincuenta y uno)

N° de días	%								
41	24,5	114	41,6	187	58,6	260	75,6	333	92,6
42	24,8	115	41,8	188	58,8	261	75,8	334	92,8
43	25,0	116	42,0	189	59,0	262	76,0	335	93,0
44	25,2	117	42,2	190	59,3	263	76,3	336	93,3
45	25,5	118	42,5	191	59,5	264	76,5	337	93,5
46	25,7	119	42,7	192	59,7	265	76,7	338	93,7
47	25,9	120	42,9	193	59,9	266	77,0	339	94,0
48	26,2	121	43,2	194	60,2	267	77,2	340	94,2
49	26,4	122	43,4	195	60,4	268	77,4	341	94,4
50	26,6	123	43,6	196	60,6	269	77,7	342	94,7
51	26,9	124	43,9	197	60,9	270	77,9	343	94,9
52	27,1	125	44,1	198	61,1	271	78,1	344	95,1
53	27,3	126	44,3	199	61,3	272	78,3	345	95,4
54	27,6	127	44,6	200	61,6	273	78,6	346	95,6
55	27,8	128	44,8	201	61,8	274	78,8	347	95,8
56	28,0	129	45,0	202	62,0	275	79,0	348	96,0
57	28,3	130	45,3	203	62,3	276	79,3	349	96,3
58	28,5	131	45,5	204	62,5	277	79,5	350	96,5
59	28,7	132	45,7	205	62,7	278	79,7	351	96,7
60	29,0	133	46,0	206	63,0	279	80,0	352	97,0
61	29,2	134	46,2	207	63,2	280	80,2	353	97,2
62	29,4	135	46,4	208	63,4	281	80,4	354	97,4
63	29,7	136	46,7	209	63,7	282	80,7	355	97,7
64	29,9	137	46,9	210	63,9	283	80,9	356	97,9
65	30,1	138	47,1	211	64,1	284	81,1	357	98,1
66	30,4	139	47,4	212	64,4	285	81,4	358	98,4
67	30,6	140	47,6	213	64,6	286	81,6	359	98,6
68	30,8	141	47,8	214	64,8	287	81,8	360	98,8
69	31,1	142	48,1	215	65,1	288	82,1	361	99,1
70	31,3	143	48,3	216	65,3	289	82,3	362	99,3
71	31,5	144	48,5	217	65,5	290	82,5	363	99,5
72	31,8	145	48,8	218	65,8	291	82,8	364	99,8
73	32,0	146	49,0	219	66,0	292	83,0	365	100,0




Alcides Farina
 Gerente General
 Aseguradora del Este S.A.