



CONDICIONES ESPECÍFICAS

SEGURO VIDA COLECTIVO CANCELACION DE DEUDAS A LARGO PLAZO – GRUPO CERRADO

PÓLIZA N° _____

CONTRATO COMPLETO

CLAUSULA 1 - Esta póliza, los Certificados Individuales, las Solicitudes de Contratación del Seguro del Contratante o Tomador/Beneficiario y del Deudor Asegurado, el Formulario de Declaración de Salud del asegurado o el Informe del Médico Examinador, si los hubiere, constituyen el contrato completo entre el Asegurado/Tomador y el Asegurador.

DEL CAPITAL ASEGURADO

CLAUSULA 2 - A efectos del presente contrato, se entiende por Capital Asegurado el saldo del deudor asegurado en la fecha de su Fallecimiento, Invalidez Total y Permanente, con exclusión de las cuotas devengadas impagas y/o intereses punitoria y moratoria que puedan generar dicho Capital Asegurado.

En el caso de Diagnóstico de Enfermedades Graves, el Capital Asegurado es hasta el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares, el cual se aplicará sobre el Saldo de la Deuda para cobertura de fallecimiento, a la fecha de presentación del Diagnóstico Médico donde conste la enfermedad Terminal que padece el Asegurado.

RIESGOS CUBIERTOS

CLAUSULA 3 - Las coberturas establecidas en este seguro son:

- Fallecimiento del Deudor Asegurado, por cualquier causa que no esté explícitamente excluida en este contrato de seguro.
- Incapacidad Total y Permanente del Deudor Asegurado.
- Anticipo por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Deudor Asegurado.

A efectos de este seguro, se entiende por:

- 1) **Incapacidad Total y Permanente**, la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del deudor asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de la actividad laboral o actividad profesional y deje de percibir por este motivo los ingresos declarados a la fecha de contraer la deuda y el seguro y siempre que tales circunstancias hayan continuado ininterrumpidas por seis (2) 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 Cláusula, que la Incapacidad Total y Permanente se produzca por lesiones o enfermedades contraídas con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

El pago anticipado del Saldo de la Deuda 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.

- 2) **Anticipo por Diagnóstico de Enfermedades Graves.** Si algún deudor asegurado sufre, durante la vigencia de la póliza, una enfermedad grave, avanzada, incurable, progresiva, establecidas en la póliza, el Asegurador



abonará el correspondiente porcentaje del Saldo de la Deuda pactado en las Condiciones Particulares, importe que el Contratante o Tomador/Beneficiario destinará a saldar parte de la deuda que tuviera el deudor asegurado.

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 Enfermedades Graves.

A efectos del presente contrato, se consideran Enfermedades Graves:

- ✓ **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 cardíacas isquémicas (p.ej. miocarditis, disfunción apical, contusión cardíaca, embolia pulmonar, toxicidad de drogas).
- Infarto de miocardio con arterias coronarias normales o causados por vasoespasmo 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.

- ✓ **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 CEREBROVASCULAR (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

INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DE CADA DEUDOR

CLAUSULA 4 - El Seguro para cada Deudor entrará en vigor en la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares.

El tiempo de vigencia de la cobertura para cada Deudor será el plazo préstamo indicado en el Certificado Individual.

TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DE CADA DEUDOR

CLAUSULA 5 - La vigencia del seguro de cada Deudor terminará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Cancelación de la Deuda; o
- b) Transferencia de la Deuda.

Si la Deuda es renovada o refinanciada con anterioridad a la fecha de vencimiento estipulada, el Seguro en vigor sobre la vida del Deudor terminará en el mismo momento en que firme la documentación del nuevo préstamo.

En caso de cancelación anticipada de la deuda, el Asegurador devolverá el valor de rescate/recupero correspondiente al deudor en el momento de cancelación anticipada.

La compañía entregará al Deudor Asegurado la Nota de Crédito y el desglose del saldo de anulación.

PREMIO DEL SEGURO

CLAUSULA 6 - El Premio correspondiente a cada deudor asegurado es el resultante de aplicar la tasa de premio indicada en el Certificado Individual por el Capital Asegurado.

Dicho Premio deberá ser abonado por el Contratante o Tomador/Beneficiario en los términos estipulados en la póliza y deberá efectuarse de una sola vez, por el plazo total del préstamo de cada deudor.



CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE INCORPORACION AL SEGURO

CLAUSULA 7 - El Asegurador emitirá un Certificado Individual de Incorporación al Seguro para cada Deudor Asegurado, en el que se hacen constar los derechos y obligaciones del Deudor Asegurado y de la Compañía respecto del seguro contratado.

RESIDENCIA, OCUPACION, VIAJES

CLAUSULA 8 - El ASEGURADO está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a su residencia temporaria en otros lugares ajenos a su domicilio declarado, ocupación adicional a sus labores habituales y viajes que pueda realizar, sea dentro o fuera del territorio nacional.

RIESGOS NO CUBIERTOS

CLAUSULA 9 - El ASEGURADOR no abonará la indemnización cuando el fallecimiento y/o Incapacidad Total y Permanente del ASEGURADO se produjera como consecuencia de:

- a) Accidente del asegurado por consecuencia de infracción grave de la ley, Decreto u Ordenanza Municipal relativo a la seguridad de las personas o, causado por el/ los beneficiarios/s del seguro.
- b) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción de sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos).
- c) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
- d) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajeros de transporte aéreo regular.
- e) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- f) Guerra que no comprenda a la Nación paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- g) Suicidio voluntario o tentativa de suicidio. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad, el Asegurador no se libera.
- h) Acto ilícito provocado por el Asegurado.
- i) Participación en empresa criminal, duelo o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- j) Acontecimiento catastrófico provocado por la energía nuclear.
- k) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- l) Enfermedades o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro, salvo pacto, al contrario.
- m) También quedan excluidos los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.
- n) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de caballo, automóviles, motocicletas y de lanchas; otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- o) La práctica o desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- p) Acto delictivo del beneficiario del seguro en calidad de autor o cómplice.



EDADES

CLAUSULA 10 - La edad de entrada del ASEGURADO al contratar el seguro deberá constar en todos los formularios requeridos por el ASEGURADOR, que forman parte de esta póliza.

La edad de entrada del ASEGURADO podrá ser comprobada en cualquier momento de la vigencia de esta póliza con la documentación correspondiente. Si la edad verdadera estuviera fuera de los límites de aceptación del riesgo por el ASEGURADOR, o si el error fuera cometido voluntariamente por acto ilícito, se aplicará lo establecido en la Cláusula 4) de las Condiciones Generales Comunes.

DENUNCIA DEL SINIESTRO

CLAUSULA 11 - El Asegurado Deudor o en su defecto, el Tomador o Contratante/Beneficiario, deberá comunicar el Fallecimiento, la Invalidez Total y Permanente o

Diagnostico de Enfermedad Grave del Deudor Asegurado 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 suya. También está obligado a suministrar al Asegurador, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo.

DE LA INDEMNIZACIÓN

Cláusula 12 - Para la liquidación del capital asegurado, el Deudor Asegurado, el Contratante/ Tomador/Beneficiario o en su defecto, el Beneficiario, deberá presentar las siguientes documentaciones a la Compañía:

- a) Certificado de Defunción Original emitida por el Registro Civil de las Personas o copia Autenticada, para el caso de fallecimiento;
- b) Diagnóstico médico (copia autenticada) para coberturas de Incapacidad Total y Permanente o Enfermedades Graves.
- c) El documento en la que conste el saldo de la deuda a la fecha de la configuración del siniestro, según lo descrito en el Art. 2do) de las Condiciones Particulares.

En casos de terremoto, naufragio, accidente aéreo o terrestre, incendio u otra catástrofe, en que el Asegurado desapareciere y no quepa admitir razonablemente su supervivencia (Art. 63 C.C.), se abonará la indemnización contra presentación de la declaración judicial de su muerte. Pero si posteriormente apareciera el

Asegurado o se tuviese noticia cierta de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada.

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.

En el caso del que el asegurador abone el Anticipo pactado por Enfermedades Graves, el Capital Asegurado para las 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 Enfermedades Graves.

MORA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO

Cláusula 13 - En el caso que el Asegurador haya percibido la prima correspondiente al plazo total del préstamo, éste no responderá por el importe correspondiente a la deuda impaga que tuviera el Deudor por haber incurrido en mora en el pago de su



crédito. El Asegurador abonará el saldo que hubiera tenido el Deudor si hubiera amortizado regularmente su deuda.

CESIONES

CLAUSULA 14 - La presente póliza y los documentos adicionales que forman parte de ella son intransferibles. Por tanto, cualquier cesión se considerará nula y sin valor alguno.

DUPLICADO DE POLIZA

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

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

CLAUSULA 16 - La veracidad de las declaraciones hechas por el Contratante o Tomador/Beneficiario y el Deudor Asegurado en las respectivas Solicitudes de Contratación del Seguro, en sus documentos accesorios y/o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen condición de validez de este contrato de seguro. Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, ocupación, actividades y/o deportes riesgosos del asegurado, que puedan influir en la apreciación del riesgo o de cualesquiera circunstancia que conocida por el asegurador pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para pedir la rescisión del contrato, en cuyo caso se devolverá al asegurado o a sus herederos el valor de las primas percibidas sin intereses y con deducción de los gastos originados por la emisión de la póliza. No obstante lo anterior, si la inexactitud o reticencia provienen de error eximible del Contratante o Tomador/Beneficiario y del Deudor Asegurado, el presente contrato conservará su

validez, pero la compañía sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje del monto asegurado equivalente al que la prima estipulada en esta póliza represente respecto de la prima que corresponda al verdadero estado del riesgo.

NOTIFICACIONES Y DOMICILIOS

CLAUSULA 17 - Todas las notificaciones entre Asegurador, Contratante o Tomador/Beneficiario y Deudor Asegurado de esta póliza se dirigirán a los respectivos domicilios consignados en las Condiciones Particulares de la póliza, o a los que posteriormente se declaren.

PRESCRIPCION

CLAUSULA 18 - Las acciones derivadas de esta póliza prescriben al año de ser exigibles las obligaciones al ASEGURADOR. Para el BENEFICIARIO el plazo de prescripción se computa desde que conozca la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres (3) años de acaecido el siniestro (Art. 666 C.C.).



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 indemnizado, en el supuesto de incumplimiento de la carga prevista en el Artículo 1589 del Código Civil, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia suya. Pierde su derecho, asimismo, si deja de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el párrafo II del citado artículo, o exagera fraudulentamente los daños o emplea pruebas falsas para acreditarlo (Artículo 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 preaviso 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 período 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).

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 AUTOMATICA

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).

PRESCRIPCION

CLÁUSULA 15 – Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible (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).



**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
CANCELACION DE DEUDAS A LARGO PLAZO – GRUPO CERRADO
COBERTURA ADICIONAL
REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO**

Póliza N° _____

Artículo 1º - Objeto del Seguro: Ocurrido el fallecimiento de una persona asegurada, 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 3º - 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.
