

**CONDICIONES GENERALES COMUNES
SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACION DE DEUDAS,
TARJETAS DE CREDITO Y SOBREGIROS**

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

CLÁUSULA 1.

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

Los derechos y obligaciones del Tomador y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos del Código Civil, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

En caso de discordancia entre las Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares, predominarán éstas sobre las otras, y las Particulares Específicas sobre las Generales Comunes.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

CLÁUSULA 2.

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

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

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

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

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

- a) el Tomador incurra en la omisión o demora sin culpa o negligencia; y
- b) el Asegurador conozca o debiera conocer la agravación al tiempo en que debía hacerle la denuncia (Art. 1583 C.C.).

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

- a) si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido;
- b) en caso contrario, a percibir la prima por el periodo de seguro en curso (Art. 1584).

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

RETICENCIA Y FALSA DECLARACIÓN CLÁUSULA 3.

Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o 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 tres (3) meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art. 1549 C.C.).

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

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

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

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS **CLÁUSULA 4.**

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

PAGO DE LA PRIMA **CLÁUSULA 5.**

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

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

DENUNCIA DE SINIESTRO **CLÁUSULA 6.**

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

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

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

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

MORA AUTOMÁTICA CLÁUSULA 7.

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.C.).

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO CLÁUSULA 8.

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

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

GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR CLÁUSULA 9.

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

REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO CLÁUSULA 10.

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

VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR CLÁUSULA 11.

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

Cuando el Asegurador estimó el daño y reconoció el derecho del Asegurado o de su derechohabiente, éste puede reclamar un pago a cuenta, si el procedimiento para establecer la prestación debida no se hallase terminado un mes después de notificado el siniestro. El pago a cuenta no será inferior a la mitad de la prestación reconocida u ofrecida por el Asegurador (Art. 1593 C.C.).

Cuando la demora obedezca a omisión del Asegurado, el término se suspenderá hasta que éste cumpla las cargas impuestas por la ley o el contrato.

El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del Asegurado, dentro de los treinta (30) días de recibida la información complementaria prevista para la denuncia del siniestro. La omisión de pronunciarse importa aceptación. En caso de negativa, deberá enunciar todos los hechos en que se funde (Art. 1597 C.C.).

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLÁUSULA 12.

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

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

USO DE LOS DERECHOS POR EL TOMADOR O ASEGURADO

CLÁUSULA 13.

Cuando se encuentre en posesión de la póliza, el Tomador puede disponer a nombre propio de los derechos que resultan del contrato. Puede igualmente cobrar la indemnización, pero el Asegurador tiene el derecho de exigir que el Tomador acredite previamente el consentimiento del Asegurado, a menos que el Tomador demuestre, que contrató por mandato de aquel, o en razón de una obligación legal (Art. 1567 C.C.).

PRESCRIPCIÓN

CLÁUSULA 14.

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

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

CLÁUSULA 15.

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

RESCISIÓN UNILATERAL

CLÁUSULA 16.

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique esta decisión a través de una nota con acuse de recibo esa decisión o por medio de correo electrónico en la dirección declarada por las partes.

Cuando el seguro rija de doce (12) a doce (12) horas, la rescisión se computará desde la hora doce (12) inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro (24).

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. (Art. 1562 C.C.).

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

PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

CLÁUSULA 17.

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los juzgados y tribunales ordinarios competentes de la ciudad de Asunción (Art. 1560 C.C.).

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

CLÁUSULA 18.

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

**CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS
SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACION DE DEUDAS,
TARJETAS DE CREDITO Y SOBREGIROS**

CONTRATO COMPLETO

CLÁUSULA 1.

Esta póliza, las planillas de declaración mensual y/o las solicitudes de seguros presentadas por el Tomador y los Asegurados, respectivamente, y los Certificados Individuales de Incorporación al Seguro que se expiden a los Asegurados constituyen el contrato de seguro entre el Tomador, y el Asegurador.

COBERTURAS

CLÁUSULA 2.

La cobertura básica de esta póliza cubre el saldo capital de la deuda que posee el Asegurado con el Tomador y/o Acreedor al momento de su fallecimiento sea natural o accidental, hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares, si este se produjere dentro del plazo de vigencia de la cobertura establecido en el Certificado Individual de Incorporación al Seguro.

La cobertura opcional y complementaria de Invalidez Total y Permanente cubre en el caso que el Asegurado quedase incapacitado de manera total y permanente a causa de una enfermedad o accidente dentro del plazo de vigencia de la póliza establecida en el Certificado Individual de Incorporación al Seguro, el Asegurador abonará el saldo capital de la deuda que posee el Asegurado con el Tomador y/o Acreedor al momento de su invalidez, hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares.

El modo de cobertura es base de ocurrencia (la fecha de siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en el Certificado Individual emitido durante la vigencia de la póliza).

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

PERSONAS ASEGURABLES

CLÁUSULA 3.

Son asegurables por este seguro todos los deudores del Acreedor que se ajustan a la definición del término Deudor que aquí se especifica:

- a) Término Deudor tal como se emplea en esta póliza significa cualquier persona física no menor de diez y ocho (18) años ni mayor de la edad establecida en las Condiciones Particulares en el momento de contratar la póliza que contraiga una deuda con el Acreedor a la fecha de entrar en vigor esta póliza o con posterioridad según los términos del plan de préstamos del Acreedor.
- b) El término Deuda tal como se emplea en esta póliza, significa la suma debida por el Deudor al Acreedor.

PERSONAS NO ASEGURABLES

CLÁUSULA 4.

De conformidad con el Artículo 1663 del Código Civil no pueden asegurarse en el riesgo de muerte los interdictos y los menores de catorce (14) años de edad. Tampoco son asegurables por esta póliza los menores hasta los dieciocho (18) años de edad.

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

El Asegurador será el responsable de controlar los datos provistos por el Tomador y podrá exigir, en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados. Si se verificará la existencia de un error, en que se haya otorgado la cobertura a una persona que no reúna los requisitos, el Asegurador asumirá la responsabilidad sobre las mismas.

CONDICIONES DE INGRESO

CLÁUSULA 5.

Todo Deudor será cubierto automáticamente por este seguro. Cuando dos (2) o más deudores sean titulares de una misma deuda, solo el menor de ellos quedará asegurado. Cuando dos (2) o más deudores sean titulares de una misma deuda, solo la persona de menor edad de dichos deudores quedará asegurada, previo cumplimiento de lo establecido precedentemente.

No obstante, se podrá solicitar la cobertura para los dos (2) o más deudores adicionales, obligados por la misma deuda. En este caso, el Asegurador tendrá el derecho de aceptar o denegar las coberturas por el riesgo adicionado y, si la aceptase, los peticionantes deberán abonar la prima complementaria que corresponda para estar cubiertos.

INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DE CADA DEUDOR CLÁUSULA 6.

El seguro para cada Deudor entrará en vigor en la fecha posterior de una de estas dos fechas:

- a) De iniciación de vigencia de esta póliza.
- b) De contratarse la Deuda.

El tiempo de vigencia de la cobertura para cada Deudor podrá ser en una de las siguientes modalidades:

- a) Por el término de un mes, o
- b) Por el plazo total del préstamo, siempre que dicho plazo no exceda de los doce (12) meses.

TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DE CADA DEUDOR CLÁUSULA 7.

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

- a) Terminación de la vigencia de la póliza; o
- b) Terminación de la vigencia del Certificado Individual; o
- c) Cancelación de la Deuda; o
- d) Transferencia de la Deuda.

Cuando el seguro se contrató por el plazo del préstamo y 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.

Asimismo, en caso de cancelación anticipada de la deuda, el Asegurador devolverá la prima correspondiente en la proporción del tiempo corrido.

CAPITALES INDIVIDUALES ASEGURADOS CLÁUSULA 8.

La suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares y/o en los Certificados Individuales, representa la responsabilidad máxima que asume el Asegurador por cada Asegurado, para los amparos que ofrece durante la vigencia de la póliza.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE INCORPORACIÓN AL SEGURO CLÁUSULA 9.

El Asegurador emitirá un Certificado Individual de Incorporación al Seguro para cada Deudor Asegurado, en el que constarán las prestaciones a las que tiene derecho y los datos establecidos por la normativa vigente de la Superintendencia de Seguros.

NÚMERO MÍNIMO DE ASEGURADOS

CLÁUSULA 10.

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

Si en determinado momento no se cumpliera esta condición, el presente contrato caducará automáticamente según lo establecido en el inc. a) de la Cláusula 13 de estas Condiciones Particulares Específicas.

PRIMA Y PAGO DE PRIMAS

CLÁUSULA 11.

Todas las primas pagaderas según esta póliza deben ser abonadas al Asegurador por el Tomador en los términos estipulados en las Condiciones Particulares.

El pago de las primas podrá efectuarse en las siguientes modalidades:

- a) En forma mensual sobre el saldo de la deuda de cada deudor o sobre el saldo total de la cartera del Tomador; o
- b) Por el plazo del préstamo de cada deudor, siempre que dicho plazo no exceda de los doce (12) meses.

PLAZO DE GRACIA - CADUCIDAD DEL CONTRATO

CLÁUSULA 12.

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

Para el pago de la primera prima, el plazo de gracia contará desde la emisión de la póliza o desde la fecha de inicio de la vigencia de la misma, según cuál de las dos fechas sea posterior.

Vencido dicho plazo, el Asegurador podrá rescindir el contrato dando aviso al Contratante por nota con acuse de recibo o correo electrónico.

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

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

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CLÁUSULA 13.

Son causas de terminación del contrato:

- a) Cuando el número de Asegurados sea inferior a diez (10) personas, en cuyo caso el contrato caducará en forma automática.
- b) La finalización del plazo de gracia correspondiente a una prima no pagada, si hubiere comunicación expresa de cancelación por parte del Asegurador.

SEGURO COMPLEMENTARIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CLÁUSULA 14.

Si algún Asegurado sufre, antes de cumplir la edad establecida en las Condiciones Particulares, una incapacidad total y presumiblemente permanente que lo obligue a abandonar su empleo, ocupación o profesión, el Asegurador, una vez recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas, y tras un período de espera de ciento ochenta (180) días, abonará al Acreedor el capital asegurado para el caso de incapacidad total y permanente, quedando el Asegurador libre de cualquier obligación ulterior en caso de muerte del Asegurado.

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

Es condición expresa para la aplicación de esta cláusula que la incapacidad se produzca por lesiones o enfermedades contraídas, con posterioridad a la fecha de efecto del respectivo Certificado Individual de Incorporación al Seguro.

RESIDENCIA – RIESGOS NO CUBIERTOS – PÉRDIDAS DE DERECHO A INDEMNIZACIÓN

CLÁUSULA 15.

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

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

- a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípcas (salto de vallas o carreras con obstáculos).
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- e) Guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- f) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años por la misma deuda. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad del asegurado, el Asegurador no se libera (Art. 1670 C.C.).
- g) Acto ilícito provocado por el Asegurado (Art. 1671 C.C.).
- h) Participación en empresa criminal, duelo o por aplicación legítima de la pena de muerte (Art. 1672 C.C.).
- i) Si el Asegurado o el Beneficiario provoca el accidente dolosamente, o por culpa grave, o lo sufre en empresa criminal. (Art. 1686 C.C.).
- j) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- k) Enfermedades, lesiones, o dolencias preexistentes, entendiéndose por tales cualquier lesión, enfermedad, o dolencia que afecte al asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.
- l) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
- m) Abuso de alcohol y/o drogas.

- n) Uso de estupefacientes y/o narcóticos y/o estimulantes; salvo en caso de prescripción médica.
- o) Haberse sometido a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- p) También quedan excluidos los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.
- q) 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.
- r) La práctica o desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no haya sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.

INFORMACIONES NECESARIAS

CLÁUSULA 16.

El Tomador deberá suministrar al Asegurador la nómina completa de todos los Deudores asegurados a través de las Planillas de Declaración de Asegurados, igual información deberá proporcionar mensualmente de:

- a) todos los deudores nuevos registrados en el mes anterior y dentro de los diez (10) primeros días de cada mes siguiente al del otorgamiento;
- b) todos los deudores registrados con anterioridad cuyos créditos se encuentran vigentes y los certificados de cobertura deben ser renovados.
- c) los saldos de la cartera de créditos del Acreedor o Tomador provenientes de personas físicas que serán declarados mensualmente.

En las Planillas de Declaración de Asegurados deberá constar la nómina de los asegurables con sus datos (Nombres y Apellidos, Número de documento, Fecha de nacimiento, Capital o saldo de capital por persona, correo electrónico o número de celular para contacto) deberá facilitarse mediante medio magnético (Ej. archivo Excel) previo a la emisión de la póliza.

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

De acuerdo con la política de suscripción se solicitará o no la Declaración de Salud (Simple o Extendida) y/o estudios médicos (según requerimientos de asegurabilidad) a los Asegurados para que el riesgo sea aceptado.

Independientemente al Capital Asegurado, se hace constar que: dependiendo del resultado de evaluación de las respuestas a las preguntas contenidas en el Formulario de Declaración de Salud, el Asegurador se reserva el derecho de solicitar más exámenes clínicos/médicos de este, a fin de evaluar la asegurabilidad del riesgo bajo indicación del Asesor Médico del Asegurador. Dicha evaluación puede arrojar una de las siguientes opciones:

- a) Aceptar el riesgo en las mismas condiciones, sin contraindicación ni modificación alguna;
- b) Ajustar la prima, conforme al riesgo de asegurabilidad;
- c) Rechazar el riesgo.

El Asegurador podrá exigir, en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados.

ERRORES ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA 17.

Los errores administrativos que puedan producirse en la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro y/o Planillas de Declaración de Asegurados de este seguro, no invalidarán un seguro en vigor ni continuarán uno ya terminado. Descubierto el error, se hará el reajuste correspondiente.

EDADES

CLÁUSULA 18.

La edad de cada Deudor deberá constar en la respectiva Solicitud Individual de Incorporación al Seguro y/o planillas de declaración.

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

LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO

CLÁUSULA 19.

El Acreedor o Tomador debe comunicar a la Compañía el acaecimiento del siniestro (muerte o incapacidad total y permanente) hasta tres (3) días de conocido el suceso, so pena de perder su derecho a la indemnización. Dentro de los noventa (90) días siguientes a la denuncia, deberá presentar el Certificado de Defunción del Deudor expedido por el Registro Civil, Constancia de Fallecimiento expedida por el Ministerio de Salud, fotocopia de cédula de identidad del mismo, liquidación del préstamo contratado a la fecha del

fallecimiento y cualquier otro documento o información que haga relación al hecho acontecido (la "Información Complementaria"). En caso de que no se presente la Información Complementaria dentro del plazo establecido, el Asegurador no abonará el capital asegurado correspondiente a la deuda.

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 Tomador en el momento de recibir la indemnización deberá entregar a la Compañía los pagarés firmados por el Asegurado fallecido y debidamente anulados, así como el finiquito firmado del caso por cancelación total de la deuda.

LIQUIDACIÓN POR INVALIDEZ PERMANENTE

CLÁUSULA 20.

En los casos de incapacidad total y permanente, se presentará dentro de tres (3) días de conocido el suceso el diagnóstico médico y el certificado respectivo en donde conste su grado de incapacidad, bajo firma del médico tratante. Dichas pruebas deberán acreditar el alcance total y permanente de la incapacidad. En caso de que no se presenten las pruebas médicas dentro del plazo establecido, el Asegurador no abonará el capital asegurado correspondiente a la deuda.

Si de las pruebas médicas previstas no resultare con claridad que la incapacidad declarada es total y permanente, será necesario que transcurra un plazo de ciento ochenta (180) días computados desde el día siguiente de la denuncia del siniestro, a los efectos de verificar que la aludida incapacidad total del Asegurado, también reúne la calidad de permanente. A fin de comprobar si al término del plazo indicado en la presente cláusula, la incapacidad invocada por el Asegurado es total y permanente, se deberá remitir al Asegurador un certificado médico actualizado expedido por el médico tratante a la finalización del periodo de espera establecido.

El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del Tomador, dentro de los treinta (30) días de recibido el certificado médico actualizado que se debe presentar al término del periodo de espera previsto en el párrafo anterior. En

caso de no recibir el certificado médico al término del periodo de espera, el Asegurador no abonará el capital asegurado correspondiente a la deuda.

La omisión de pronunciarse del Asegurador importa aceptación. En caso de negativa, el Asegurador deberá enunciar todos los hechos en que se funde. El pago del siniestro deberá realizarlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de verificación de la información complementaria si no negara la cobertura. El Tomador en el momento de recibir la indemnización deberá entregar a la Compañía los pagarés firmados por el Asegurado declarado inválido total y permanentemente y debidamente anulados, así como el finiquito firmado del caso por cancelación total de la deuda.

Si de las pruebas médicas aportadas surge con claridad que la incapacidad es total y permanente, no se aplicará el periodo de espera de ciento ochenta (180) días antes mencionado, y corresponderá proceder al pago dentro del plazo de quince (15) días siguientes a la fecha de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro. El Tomador en el momento de recibir la indemnización deberá entregar a la Compañía los pagarés firmados por el Asegurado declarado inválido total y permanentemente y debidamente anulados, así como el finiquito firmado del caso por cancelación total de la deuda.

Si un accidente causare una invalidez permanente y posteriormente la muerte del Asegurado, la Compañía deberá pagar solamente la mayor de las indemnizaciones que correspondan para cada cobertura.

Si se produjera la invalidez total y permanente del Asegurado dentro de las condiciones de la presente póliza, el Asegurador se obliga a pagar el capital asegurado, que será igual al capital asegurado en la póliza para el caso de muerte. Por tanto, queda el Asegurador liberado de las obligaciones contraídas por la cobertura de muerte.

MORA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO

CLÁUSULA 21.

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.

SEGURO COMPLEMENTARIO DE ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDADES TERMINALES

RIESGO ASEGURADO

CLÁUSULA 1.

Queda entendido y convenido que, en virtud del premio adicional correspondiente, el Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cobertura complementaria, cuando el Deudor Asegurado le sea diagnosticado, de acuerdo con los conocimientos médicos y científicos del momento del examen, una enfermedad incurable, de progresión rápida y en su fase terminal, con una esperanza de vida no superior a los doce (12) meses, siempre que la misma le hubiera sido diagnosticada por primera vez, después de la fecha de vigencia de la presente póliza o el Certificado Individual de Incorporación al Seguro y, antes de cumplir la edad máxima de permanencia para coberturas complementarias establecido en las Condiciones Particulares.

Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad con anterioridad a la fecha de la presente póliza o el Certificado Individual de Incorporación al Seguro, o de haber cumplido la edad máxima de permanencia para coberturas complementarias establecido en las Condiciones Particulares.

COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

CLÁUSULA 2.

Corresponde al Deudor Asegurado o la persona que quede a cargo de este dar pruebas de su enfermedad terminal, quedando convenido, que el Asegurador podrá exigir Resolución emitida por el Instituto de Previsión Social – IPS o Médico Tratante matriculado en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, del estado de salud y/o enfermedad del Deudor Asegurado o de otras pruebas que el Asegurador juzgue necesarias obtenerlas por sus propios medios.

INDEMNIZACIÓN

CLÁUSULA 3.

Una vez recibida toda la información y/o documentación necesaria para comprobar la ocurrencia del evento cubierto bajo este Seguro Complementario, el Asegurador abonará al Tomador y/o Acreedor, una porción del capital asegurado por muerte, dentro del plazo estipulado según leyes del Paraguay. El

beneficio será establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y consignado en el Certificado Individual de Incorporación al Seguro, como porcentaje del capital asegurado de muerte y no podrá superar el monto máximo allí fijado.

En el caso que de las pruebas médicas aportadas surja con claridad que la enfermedad es terminal, de acuerdo con las condiciones de este Seguro Complementaria, no se aplicará el periodo de espera de treinta (30) días mencionado en la Cláusula 8 de este Seguro Complementario de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedades Terminales.

El presente beneficio anticipa el pago parcial del saldo de la deuda del Deudor Asegurado, con el Tomador y/o Acreedor, a la fecha de la denuncia del siniestro, provenientes de operaciones de préstamos, operaciones con tarjetas de crédito y operaciones de sobregiro, con personas físicas, en todas las modalidades que tiene en vigencia el Tomador y/o Acreedor.

Por lo tanto, la cobertura por muerte del Deudor Asegurado quedará automáticamente reducida al valor descontado el pago garantizado o por el porcentaje abonado como indemnización por el presente Seguro Complementario. En la misma proporción se reducirá la prima abonada, por el periodo faltante de cobertura.

El Tomador y/o Acreedor al momento de recibir la indemnización, deberá entregar al Asegurador el acuerdo firmado de la indemnización recibida, por la deuda del Deudor Asegurado declarado con enfermedad terminal, debiendo ajustar el saldo de la cobertura principal de fallecimiento.

PERIODO DE CARENCIA **CLÁUSULA 4.**

La compañía establece un periodo de carencia establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza o en el Certificado Individual de Incorporación al Seguro, a contar desde la fecha de Inicio de vigencia.

Así sólo tendrá validez para la obtención del beneficio en este Seguro Complementario de Anticipo de Enfermedad Terminal, el primer diagnóstico, siempre que fuere emitido después de transcurrido el Periodo de Carencia.

RIESGOS NO CUBIERTOS **CLÁUSULA 5.**

Se entiende que rigen para este Seguro Complementario de Anticipo de Enfermedad Terminal, las exclusiones establecidas en la Cláusula 20 de las Condiciones Particulares Específicas de la cobertura del seguro de fallecimiento de la Póliza.

Además, se excluyen expresamente los casos que afecten al Deudor Asegurado en forma parcial, temporal o hayan existido con anterioridad a la incorporación del Deudor Asegurado a la presente póliza. Así también las enfermedades Terminales se hayan diagnosticado dentro del periodo de Carencia establecido en las Condiciones Particulares.

DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

CLÁUSULA 6.

Son cargas del Deudor Asegurado o el Tomador y/o Acreedor:

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

PLAZO DE PRUEBA Y/O PERIODO DE ESPERA

CLÁUSULA 7.

Si del Diagnóstico y/o Certificado Médico presentado, en donde conste el tipo de enfermedad incurable en su fase terminal y con el plazo de esperanza de vida, bajo la firma del médico tratante, no resultare con claridad que, esta sea incurable y terminal; será necesario que trascurra un plazo de treinta (30) días computados desde el día siguiente de la denuncia del siniestro, a los efectos de

verificar que la aludida enfermedad incurable del Deudor Asegurado, también reúna la calidad de terminal dentro del plazo establecido en la presente cláusula.

A fin de comprobar si al término del plazo indicado en el párrafo anterior, la enfermedad incurable invocada por el Deudor Asegurado es terminal, se deberá remitir al Asegurador un Certificado Médico actualizado, expedido por el médico tratante, a la finalización del periodo de espera establecido.

El Asegurador dentro de los treinta (30) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere la cláusula anterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del Beneficiario, dentro de los quince (15) días de recibido el certificado médico actualizado, que se debe presentar al término del periodo de espera previsto en el primer párrafo de esta Cláusula 8. En caso de no recibir el certificado médico al término del periodo de espera, el Asegurador no abonará el capital asegurado correspondiente a la deuda.

La omisión de pronunciarse del Asegurador importa aceptación. En caso de negativa, el Asegurador deberá enunciar todos los hechos en que se funde.

TERMINACION DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 8.

La cobertura prevista en este Seguro Complementario de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal cesará en las siguientes circunstancias:

- a) Cuando el Certificado Individual de Incorporación al Seguro correspondiente a la Póliza determinante de la presente cobertura dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de la prima o cuando la Póliza hubiere vencido.
- b) A partir del momento en que el Tomador y/o Acreedor haya percibido la totalidad del beneficio que concede este Seguro Complementario.
- c) Cuando el Deudor Asegurado supere la edad máxima de permanencia para las coberturas complementarias establecida en las Condiciones Particulares, sin necesidad de declaración judicial.
- d) Si fuese declarado nulo el presente Seguro Complementario.
- e) No cumplir con el número mínimo de Deudores Asegurados es causa de terminación del contrato, quedando finiquitado de inmediato, salvo pacto en contrario.
- f) Cancelación de la deuda del Deudor Asegurado.
- g) Transferencia de la deuda.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 9.

Los aspectos no enunciados en el presente Seguro Complementario de Anticipo de suma Asegurada por Enfermedades Terminales se regirán por las Condiciones Particulares Específicas de la cobertura de fallecimiento.

ENDOSO N°1

COBERTURA DE CRÉDITOS EN MORA

Contrariamente a lo establecido en la cláusula 21 de las Condiciones Particulares Específicas, queda entendido y convenido que el presente Endoso amplía la cobertura para cubrir los saldos de créditos vencidos (en mora) y los saldos de créditos que se hallen en gestión judicial de cobro.

Son créditos vigentes los que se hallan al día en su cumplimiento y aquellos que, hallándose vencidos, no requieren aún de provisiones contables.

Son créditos vencidos lo que tienen provisión contable por morosidad conforme a la reglamentación de la Superintendencia de Bancos, hasta un máximo de 180 (ciento ochenta) días de mora.

Son créditos en gestión judicial los que han sido objeto de demanda, quedando judicializado desde el día en que se interpuso la acción ante juez competente, finalizado tal carácter en la fecha de quedar firme la Sentencia Judicial.

A partir de los 180 días de mora o al quedar firme la sentencia judicial, queda agotada la cobertura de la póliza y liberado el Acreedor o Tomador de declarar en adelante el saldo adeudado por el Deudor Asegurado, por carecer de cobertura.

ENDOSO N°2

COBERTURA DE PRE-EXISTENCIAS

Contrariamente a lo establecido en la cláusula 15 inciso k) de las Condiciones Particulares Específicas, queda entendido y convenido que el presente Endoso amplía la cobertura para cubrir las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de Seguro, siempre que hayan transcurrido al menos doce (12) meses desde el inicio de la cobertura del Asegurado.