

MODELO DE PÓLIZA PARA LA COMPAÑÍA

DUPLICADO



SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA EMPLEADOS Y OBREROS

Esta póliza ha sido registrada por Res. N° de fecha..... de la Superintendencia de Seguros.

CONDICIONES PARTICULARES

Conforme a las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza, **LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS**, en adelante denominado el Asegurador, asegura a los empleados y/u obreros incorporados al seguro (en adelante denominados cada uno el asegurado), de..... en adelante denominado el Tomador, con domicilio en

Plan : **Seguro Temporal Constante a 1 (un) año de plazo**

CAPITAL ASEGURADO: Se determina para cada Asegurado y se encuentra consignado en la respectiva Solicitud Individual de Incorporación al Seguro de cada Asegurado y en el Registro de los Asegurados Adjunto a esta Póliza.

GRUPO ASEGURADO: Todas las personas cuyos nombres aparecen en el Registro de los Asegurados adjunto a esta póliza, a quienes el Asegurador ha expedido el correspondiente Certificado Individual de Incorporación al Seguro, y que reúnan los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Generales de esta Póliza.

BENEFICIARIOS: Los designados por cada Asegurado en la respectiva Solicitud Individual de Incorporación al Seguro.

TASA DE PRIMA APPLICADA AL GRUPO:

FECHA DE INICIACION DEL SEGURO: El día..... del mes de..... de

FECHA DE VENCIMIENTO DEL SEGURO: El día..... del mes de..... de

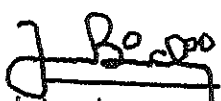
El Asegurador adquiere las anteriores obligaciones en consideración a las declaraciones del Tomador y de los Asegurados que constan tanto en la Solicitud del Tomador como en las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro de cada Asegurado, en los formularios de Declaración de Salud de los mismos o en los informes del Médico Examinador, cuando los hubiere, y al pago de las primas que se detallan en la Planilla de Registro de Asegurados y de Acuerdo a las disposiciones legales.

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

LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS

El texto de esta póliza ha sido registrado en la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, bajo el Código N°..... **7 - JC. 0001**....., por Resolución S.S. N°..... **269/99**....., de fecha..... **15.06.99**.....


Intendente
Estudios Técnicos y Actuariales



CONDICIONES GENERALES

LEY DE LAS PARTES

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 Generales y Particulares predominarán estas últimas.

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

CONTRATO COMPLETO

Cláusula 2) Esta póliza, las solicitudes de seguros presentadas por los Asegurados, respectivamente el Registro de Asegurados y los Certificados individuales de Incorporación al Seguro que se expiden a los Asegurados constituyen el Contrato Completo entre el Tomador y el Asegurador.

OBJETO DEL SEGURO

Cláusula 3) De conformidad a lo establecido en esta póliza, el Asegurado pagará a los beneficiarios del seguro el capital asegurado pactado, si ocurriese el fallecimiento del Asegurado estando la cobertura en pleno vigor, sin restricción en cuanto a residencia y viajes que realice dentro o fuera del país.

PERSONAS ASEGURABLES

Cláusula 4) A los efectos de este Seguro, cuando no fuere obligatorio se consideraran asegurables a todos los Empleados y Obreros que, en la fecha de Solicitud del presente Seguro, se encontraran al servicio activo del Tomador y no se hallaren ausentes del trabajo por razones de enfermedad, en dicha fecha, ni lo hubieren estado en las dos (2) semanas anteriores a la misma. Idéntico requisito regirá para las personas que se incorporen al Seguro durante la vigencia de la presente Póliza.

Aquellos que, en la fecha de la Solicitud del presente Seguro, no se encontraran en servicio activo, se consideraran asegurables después de transcurridas dos(2) semanas de la fecha de reincorporación a sus tareas.

Se entiende por Servicio Activo, la concurrencia y atención normal de las tareas y funciones habituales y la percepción regular de sus haberes.

Los Empleados y Obreros que en el futuro ingresen al servicio del Tomador, se consideraran asegurables al cumplir en el empleo tres (3) meses de actividad ininterrumpida. No obstante, podrán incorporarse de inmediato al Seguro, siempre que satisfagan los requisitos médicos y de asegurabilidad que exija el Asegurador.

Si el Seguro tuviere carácter obligatorio, comprenderá inicialmente a la totalidad del personal al servicio del Tomador, como también en forma automática, a todos los que se incorporen en el futuro, siempre que perciban regularmente sus haberes, se encuentren en relación de dependencia con el Tomador y que para ingresar al servicio de éste sean sometidos a un reconocimiento médico.

Podrán incorporarse al presente Seguro, en las mismas condiciones requeridas para los Empleados y Obreros, la o las personas que componen o constituyen el Tomador.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Cláusula 5) De conformidad con el Artículo 1663 del Código Civil no pueden asegurarse en el riesgo de muerte los interdictos y los menores de 14 años de edad. Tampoco son asegurables por esta póliza los menores hasta los 18 años de edad ni las personas de más de 65 años.

RETICENCIA O FALSA DECLARACION

Cláusula 6) Esta póliza ha sido extendida por el Asegurador sobre la base de las declaraciones suscritas por el Tomador y/o el Asegurado.

Toda falsa declaración omisión o 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 (Art. 1549 C.C.).

LA CONSOLIDADA S.A.



Si el seguro se refiere a varias personas, el contrato es válido respecto de aquellas personas a las cuales no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, si de las circunstancias resulta que el Asegurador las habría asegurado a ellas solas en las mismas condiciones (Art. 1550 C.C.)

El Asegurador no invocará como reticencia o falsa declaración, la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta conste expresa y claramente en la solicitud y en la declaración personal para el presente seguro.

VIGENCIA DEL CONTRATO

Cláusula 7) Previo pago de la primera cuota correspondiente y una vez entregada la Póliza al Tomador, este seguro entrará en vigor en la fecha de iniciación, y caducará automáticamente, sin necesidad de comunicación expresa al respecto, en el día de su vencimiento, si no fuere previamente renovado.

RENOVACION DEL CONTRATO

Cláusula 8) 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 alcanzada por el conjunto de los Asegurados.

TERMINACION DEL CONTRATO

Cláusula 9) Son causas de terminación del Contrato:

- El vencimiento de la Póliza, producida automáticamente en la fecha mencionada en la misma, si no fuere previamente renovada.
- Cuando el número de Asegurados sea inferior a diez (10) personas, en cuyo caso caducará en forma automática.
- La finalización del plazo de gracia correspondiente a una prima no pagada, producirá la caducidad automática, a falta de cancelación expresa.



INGRESO AL SEGURO

Cláusula 10) Podrán ingresar al Seguro todas las personas asegurables, que reúnan dicha condición durante un plazo no inferior a tres meses, que sean mayores de diez y ocho (18) y menores de sesenta y cinco (65) años de edad y que presenten la correspondiente Solicitud de Seguro Individual por cuenta del Tomador, dentro de los siguientes treinta (30) días de haber cumplido el plazo de antigüedad como asegurable antes mencionado. Si dejaren transcurrir dicho plazo, solo podrán ingresar al Seguro previo Examen Médico practicado por el facultativo del Asegurador.

Cláusula 11) Los Certificados Individuales correspondientes a las personas que ingresen inicialmente al Seguro, entrarán en vigor conjuntamente con esta Póliza.

La vigencia de los Certificados Individuales correspondientes a las personas que ingresen posteriormente al Seguro, comenzará desde la fecha de recibo de la Solicitud del Tomador o de la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro, según cual de las dos (2) fechas sea posterior, sin perjuicio del derecho que se reserva el Asegurador de rechazar el riesgo dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de la última solicitud.

Si el seguro tuviere carácter obligatorio, los Certificados Individuales correspondientes a las personas que ingresen con posterioridad al seguro, entrarán en vigor desde el momento en que ingresen al servicio activo del Tomador y reúnan los requisitos establecidos para este caso en la Cláusula 4) de estas Condiciones Generales.

SALIDA DEL SEGURO

Cláusula 12) Las personas que se separen definitivamente del conjunto de Asegurados, ya sea por exclusión, renuncia, despido o jubilación, dejarán de estar aseguradas treinta (30) 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 correspondientes a la misma, caducarán automáticamente.

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS



DETERMINACION DE LA SUMA ASEGURADA

Cláusula 13) El capital asegurado correspondiente a cada asegurado es el que aparece en la Planilla de Registro de Asegurados adjunta a esta póliza.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE INCORPORACION AL SEGURO

Cláusula 14) El Asegurador emitirá un Certificado Individual de Incorporación al Seguro para cada Asegurado, en el que constarán las prestaciones a las que tienen derecho y los datos que se consideren necesarios.

NUMERO MINIMO DE ASEGURADOS

Cláusula 15) Es condición expresa para que esta póliza entre en vigor y mantenga su vigencia que el numero 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. b) de la Cláusula 9) de estas Condiciones Generales.

PRIMA DEL SEGURO

Cláusula 16) 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 promedio por el Capital Asegurado correspondiente.

En cada renovación se calculará la tasa promedio por mil de la suma asegurada, según la edad alcanzada por el conjunto de Asegurados y esta se aplicará al siguiente período.

A esta tasa se le sumarán si correspondiere, los recargos necesarios para la cobertura de los Seguros Complementarios de Incapacidad y Accidentes.

A aquellos que ingresen con posterioridad a la fecha de ingreso o a los que se separen del conjunto de Asegurados, durante el transcurso de un período anual, se les aplicará la tasa promedio por meses completos despreciando las fracciones de meses.

PAGO DE PRIMAS

Cláusula 17) El pago de las primas de esta Póliza deberá hacerse por anualidades anticipadas, pero el Asegurador concede el pago por semestres, trimestres o mensualidades mediante el recargo de los interés correspondientes.

Las primas mensuales, se calcularán multiplicando la prima anual por el factor 0,09 que corresponden al ocho(8) por ciento (%) anual.

Los cambios en la forma de pago de las primas 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.

El pago de las primas se hará el día de su vencimiento, contra los recibos oficiales del Asegurador provistos de la firma de los funcionarios debidamente autorizados por él para dicho efecto.

Cuando el pago se efectuó utilizando giro, cheque remitido por vía postal u otro medio que implique un pago indirecto, solo se entenderá aceptado cuando el Asegurador hubiere comunicado al Tomador dicha aceptación por carta certificada remitida al último domicilio denunciado por éste, dentro de los diez (10) días de haberse recibido el instrumento de pago. El Asegurador quedará liberado de esta obligación cuando con anterioridad hubiere comunicado la caducidad de la Póliza.

Queda convenido, asimismo, que los agentes, corredores y demás personas no se hallan autorizados por el Asegurador para efectuar el cobro por su cuenta cuando no se entreguen recibos oficiales del mismo.

PLAZO DE GRACIA

Cláusula 18) El Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago de las primas, sin recargo de intereses, contados desde la fecha en que vence cada una.

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS



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

Vencido dicho plazo sin que el Tomador haya satisfecho la prima, el Asegurador podrá exigir a partir del mencionado vencimiento, la prima impaga con un interés del seis (6) por ciento (%) anual o bien podrá rescindir el Contrato dando aviso al Tomador por carta certificada o telegrama colacionado.

Durante el plazo de gracia esta Póliza continuará en vigor y si dentro del mismo se produjera el fallecimiento de cualquier Asegurado, se deducirá del importe a abonar por tal causa, la prima vencida impaga correspondiente a 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, efectuado directamente en la Casa Central o en sus Agencia y sin exigir el cumplimiento de requisito alguna para su rehabilitación.

DERECHO EN CASO DE SERVICIO MILITAR

Cláusula 19) Los Asegurados que deban cumplir con el Servicio Militar en tiempo de paz, proseguirán en el Seguro siempre que continúen abonando las primas respectivas.

Si no se acogieren a este Derecho, podrán solicitar su reincorporación, sin presentar nuevas pruebas de asegurabilidad, dentro del termino de treinta (30) días desde su reintegro al servicio activo del Tomador.

RESIDENCIA – OCUPACIÓN – VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS - PERDIDAS DE DERECHO A INDEMNIZACIÓN

Cláusula 20) 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:

- Suicidio, (salvo lo dispuesto en este caso por el Código Civil); participación de los asegurados como conductores o como acompañantes, en carreras autorizadas de automóviles o de motocicletas; el de practicar por parte de los mismos, o hacer uso de la aviación, salvo viajando como pasajeros en líneas regulares de navegación aérea de pasajeros; el de intervenir en operaciones o viajes submarinos; y todo riesgo derivado de guerra que no comprenda a la República del Paraguay.

INTERVENCION DEL TOMADOR

Cláusula 21) El Tomador deberá certificar la exactitud de los datos contenidos en los formularios de cada Asegurado, y proporcionar al Asegurador toda la información que éste lo requiera con motivo de la aceptación del riesgo.

El Tomador será responsable de la diferencia que podría resultar de la prima media aplicada y la que debiera ser aplicada, por la existencia de algún error en la edad declarada de los asegurados.

CAMBIO DEL TOMADOR

Cláusula 22) En caso del cambio del Tomador de esta Póliza, el Asegurador se reserva el derecho de rescindir el Contrato dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha que tenga conocimiento de dicho cambio. Las obligaciones del Asegurador terminarán treinta (30) días después de haber sido notificada la rescisión, por escrito, al nuevo Tomador. El Asegurador reembolsará al Tomador la prima correspondiente al riesgo no comido.

EDADES

Cláusula 23) Los limites de edad fijados por el Asegurador para la aceptación de los riesgos son de diez y ocho (18) años como mínimo y de sesenta y cinco (65) años como máximo, salvo pacto en contrario. La edad de cada Asegurado deberá constar en la respectiva Solicitud Individual de Incorporación al Seguro, y quedará consignada en el Certificado de Incorporación al Seguro de cada Asegurado.

La edad de cada Asegurado deberá ser comprobada en cualquier momento, con la documentación

LA CONSOLIDADA S.A.
DE



correspondiente, pero dicha comprobación será imprescindible para efectuar el pago de la suma asegurada.

Si la edad verdadera estuviera fuera de los límites de aceptación del riesgo del Asegurador, se aplicará lo establecido en la Cláusula 6) de estas Condiciones Generales.

CESIONES

Cláusula 24) 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

Cláusula 25)

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 los 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 designo a sus herederos.

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 y presenta esta Póliza para que se efectúe en ella la anotación correspondiente.

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

El Asegurador quedará liberado en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados en la Póliza 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.

LIQUIDACION POR FALLECIMIENTO

Cláusula 26) Ocurrido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, estando ella en pleno vigor, el Asegurador efectuará el pago que corresponda, en sus oficinas del lugar de emisión de la Póliza, después de quince (15) días de recibidas las siguientes pruebas; copia legalizada de la partida de defunción, declaración del médico que hubiere asistido al Asegurado o certificado su muerte y declaración del beneficiario, ambas declaraciones extendidas en formularios que suministrará el Asegurador. También

se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiere instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieran.

Asimismo se proporcionará al Asegurador cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar indagaciones que sean necesarias a tal fin, siempre que sean razonables.

En casos de terremoto, naufragio, accidente aéreo o terrestre, incendio u otra catástrofe, en que el

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS



Asegurado desapareciere y no quepa admitir razonablemente su supervivencia (Art. 63° Cód. Civil), se abonará la indemnización contra presentación judicial de su muerte. Pero si posteriormente apareciera el Asegurado o se tuviera noticia cubierta de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada.

DENUNCIA DE SINIESTRO

Cláusula 27) El Tomador, el Asegurado y/o los beneficiarios deberán comunicar en forma fehaciente al

Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo siempre que estén en conocimiento de la Póliza. En caso contrario se computará el plazo desde que conozcan la Póliza, 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 Cód. Civil).

PROVOCACION DEL SINIESTRO

Cláusula 28) Pierde todo el derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado por acto ilícito (Art. 1671 Cód. Civil).

DOMICILIO

Cláusula 29) El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en el Contrato y en el Código Civil es el consignado en las Condiciones Particulares o el que posteriormente se declare.

NOTIFICACIONES

Cláusula 30) Todo lo relativo a esta Póliza será tratado por conducto del Tomador. 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 los Asegurados, así como de las modificaciones de las sumas aseguradas, enviando al mismo tiempo las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro de las nuevas personas y todos los datos necesarios para la apreciación de los riesgos, o acompañando los Certificados Individuales de Incorporación al Seguro para las modificaciones necesarias.

Asimismo deberá notificar al Asegurador los siniestros en caso de fallecimiento, invalidez permanente 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 Tomador.

Todas las Comunicaciones al Asegurador, se remitirán directamente a las Oficinas Centrales de la misma en la Ciudad de Asunción.

PRESCRIPCION

Cláusula 31) Las acciones fundadas de esta Póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. 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 Cód. Civil).

JURISDICCION

Cláusula 32) Toda controversia judicial relativa al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes del lugar de emisión de la Póliza.

#

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS



SEGURO COLECTIVO DE VIDA

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ

Incorporada a la Póliza de Seguro Colectivo de Vida N°, emitida por LA CONSOLIDADA S.A. de Seguros el día de de 19, que asegura la vida de

LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

Artículo 1 – DEFINICIÓN

A los efectos de esta Cláusula entienda-se por invalidez 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 para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

Artículo 2 – BENEFICIO

Producida la invalidez del asegurado durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurador procederá a liquidar el capital asegurado en un solo pago.

Comprobada la invalidez, el beneficio tendrá efecto a partir del día primero del tercer mes que siga al de la fecha de ingreso de la denuncia en la oficina del Asegurador.

Artículo 3 – CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del asegurado.

Artículo 4 – CASOS DE INVALIDEZ

Sin perjuicio de otras causas, el Asegurador reconocerá como casos de invalidez los siguientes:

- pérdida de la vista de ambos ojos;
- amputación o inhabilitación completa de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie;
- enajenación mental incurable;
- parálisis general.

En las denuncias por otras causas, el Asegurador decidirá sobre su aceptación considerando las constancias médicas y demás elementos razonablemente demostrativos de haberse reunido los requisitos que en esta cláusula definen la invalidez.

Artículo 5 – CASOS NO CUBIERTOS

No procederá el otorgamiento del beneficio de invalidez cuando ésta se produjera por:

- tentativa de suicidio en estado consciente; o culpa grave del asegurado, entendiéndose por culpa grave también la negligencia en que no se hubiere incurrido de no mediar el seguro;
- duelo; tentativa de homicidio motivada por acto del asegurado; riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular, cuando hubiese participado como elemento activo; revolución; o empresa criminal, entendida ésta como actividad ilícita que importe la agravación intencional del riesgo asegurado;
- abuso del alcohol, drogas o estupefacientes;
- acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país, incluso prestando servicio militar;
- participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas;
- practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en líneas regulares autorizadas de navegación aérea de pasajeros;
- intervenir en operaciones o viajes submarinos.

Artículo 6 – COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ

Corresponde al asegurado o a sus representantes:

- denunciar por escrito la existencia de la invalidez;
- presentar las constancias de su comienzo y causas.

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS



Artículo 7 – PLAZO DE PRUEBA

El Asegurador, dentro de los treinta (30) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, la que sea posterior, deberá hacer saber al asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios. Si las comprobaciones a que se refiere la cláusula 6 no resultaran concluyentes en cuanto al carácter definitivo y total de la invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación, por parte de el Asegurador dentro de los plazos establecidos significará automáticamente el reconocimiento de los beneficios reclamados.

Artículo 8 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de invalidez previsto en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) al caducar la póliza y/o el certificado por cualquier causa;
- b) al retirarse el empleado del servicio activo del empleador.

Asunción, da de de 19.....



#


LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS



SEGURO COLECTIVO DE VIDA
CLÁUSULA ADICIONAL DE ACCIDENTES

Incorporada a la Póliza de Seguro Colectivo de Vida N°, emitida por LA CONSOLIDADA S.A. de Seguros el día de de 19 y que asegura la vida de

INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR MUERTE, DESMEMBRACIÓN O PÉRDIDA DE LA VISTA A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

Artículo 1 – DEFINICION

Bajo las condiciones de esta cláusula, se cubren las consecuencias de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del asegurado, experimentadas dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente, producido durante la vigencia de la póliza principal.

Artículo 2 – PLAZO DE LA COBERTURA

El accidente deberá haber ocurrido con posterioridad a la emisión del respectivo certificado y antes del vencimiento de la póliza principal, y mientras dicha póliza principal y el certificado se hallen en pleno vigor mediante el pago de las primas convenidas.

Artículo 3 – INDEMNIZACIONES

Según fuesen las consecuencias del accidente, el Asegurador abonará al asegurado o al beneficiario instituido el porcentaje del capital asegurado que establece la escala siguiente:

Por la pérdida:

- a) de la vida, adicional a la cobertura principal
- b) de ambas manos o de ambos pies o de la vista de ambos ojos, o de una mano y de un pie o de una mano y de la vista de un ojo, o de un pie y de la vista de un ojo
- c) de una mano o de un pie o de la vista de un ojo



Con respecto a las manos y a los pies, la pérdida consiste en la desmembración por amputación o en arriba de la articulación de la muñeca o del tobillo, respectivamente; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

Artículo 4 – INDEMNIZACIÓN MÁXIMA

El importe total que el Asegurador se obliga a pagar por cada certificado en el caso de varias pérdidas, en uno o más accidentes, no excederá del capital asegurado por el mismo y, cuando el monto pagado alcanzara a dicho capital, esta cobertura quedará de hecho anulada para el certificado afectado. Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce (12) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otras pérdidas o la muerte, el Asegurador pagará la diferencia que corresponda.

Artículo 5 – CARÁCTER DE LAS INDEMNIZACIONES

Las indemnizaciones por accidente son adicionales a los demás beneficios previstos en la póliza e independientes de éstos y, en consecuencia, el Asegurador no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos, sea por fallecimiento o por invalidez del asegurado.

Artículo 6 – CASOS NO CUBIERTOS

Quedan expresamente excluidas del riesgo asumido las consecuencias de accidentes originados por:

- a) tentativa de suicidio en estado consciente; o culpa grave del asegurado, entendiéndose por culpa grave también la negligencia en que no se hubiese incurrido de no mediar el seguro;
- b) duelo; tentativa de homicidio motivada por acto del asegurado; riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular, cuando hubiese participado como elemento activo; revolución; o empresa criminal, entendida ésta como actividad ilícita que importe la agravación intencional del riesgo asegurado;

LA CONSOLIDADA S.A.



- c) abuso del alcohol, drogas o estupefacientes;
- d) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país, incluso prestando servicio militar;
- e) participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o de velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas;
- f) practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en líneas regulares autorizadas de navegación aérea de pasajeros;
- g) intervenir en operaciones o viajes submarinos;
- h) inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- i) operación quirúrgica no motivada por accidente;
- j) fenómenos sísmicos o atmosféricos, salvo el rayo;
- k) actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.



Artículo 7 – COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Corresponde al asegurado o al beneficiario instituido:

- a) denunciar el accidente dentro de los tres (3) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo causa debidamente justificada, so pena de perder todo derecho a indemnización;
- b) suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente como acerca de la forma y del lugar en que se produjo;
- c) facilitar cualquier comprobación o aclaración;
- d) adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

El Asegurador, en caso de muerte del asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma.

Artículo 8 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) al caducar la póliza;
- b) al retirarse el empleado del servicio activo del empleador.

Asunción, de de 19

#

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS



**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL
SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE EMPLEADOS Y OBREROS**

Póliza N°.....

Certificado N°.....

Conforme a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo N°.....

LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS, en adelante denominado el Asegurador, asegura a en adelante denominado el Asegurado, con domicilio en

TOMADOR : con domicilio en

PLAN : **Seguro Temporal Constante a un (1) año de plazo.**

EDAD DEL ASEGURADO : Declarada por el mismo años.

CAPITAL ASEGURADO : guaraníes (G.....) pagaderos al fallecimiento del Asegurado si ocurre antes de la fecha del vencimiento del seguro.

BENEFICIARIOS : o en su defecto los herederos legales del Asegurado.

FECHA DE INICIACION DEL SEGURO : El día del mes de de

FECHA DEL VENCIMIENTO DEL SEGURO : El día del mes de de

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

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

Mediante la póliza referida, el Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado, fallezca o quede incapacitado en forma permanente y total a consecuencia de enfermedad o accidente.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan excluidos de este seguro:

- Suicidio (salvo lo dispuesto en este caso por el Código Civil); participación de los asegurados como conductores o como acompañantes, en carreras autorizadas de automóviles o de motocicletas; el de practicar por parte de los mismos, o hacer uso de la aviación, salvo viajando como pasajeros en líneas regulares de navegación aérea de pasajeros; el de intervenir en operaciones o viajes submarinos; y todo riesgo derivado de guerra que no comprenda a la República del Paraguay.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Salvo pacto en contrario, no pueden ser aseguradas las personas menores de 18 años, o las mayores de 65 años.

Si el seguro es contratado con cláusula Adicional de Invalidez y comprobada la misma, el beneficio tendrá efecto a partir del día primero del tercer mes que siga al de la fecha de ingreso de la denuncia en la oficina del Asegurador.

LA CONSOLIDADA S.A.
DE



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

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)

En fe de lo cual se emite el presente Certificado Individual de Incorporación al Seguro en Asunción a de



LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA
EMPLEADOS Y OBREROS**

Solicitud a LA CONSOLIDADA S.A. de Seguros, la incorporación de
..... al Seguro Colectivo de Vida contratado por
(Nombre y apellido del asegurado)

.....
(Nombre completo del Tomador)
en un todo de acuerdo con las condiciones de la póliza emitida a nombre de éste.

Capital Asegurado G. (Guaraníes



Datos Personales

Domicilio: Calle N° Ciudad Teléf.:

Documento de Identidad N° Póliza

Lugar de nacimiento Fecha de ingreso al servicio del Tomador: / /
..... día mes año

Fecha de nacimiento: / /
..... día mes año

Denuncia de otros seguros Colectivos de Vida:

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO:

Nombres y Apellidos completos (indicar documento de identidad). Parentesco con el asegurado:

Código Civil – Art. 1549 "Toda declaración falsa, omisión o 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".

.....
(lugar y fecha)

.....
Firma o impresión digital del asegurado

Afirmamos la autenticidad de los datos que anteceden y que el firmante forma parte de nuestro personal.

.....
(lugar y fecha)

.....
Firma del Tomador

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

CUESTIONARIO MEDICO

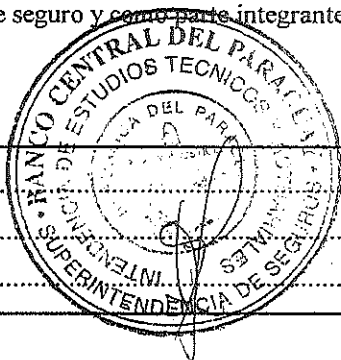
DECLARACIONES DEL SOLICITANTE AL MEDICO EXAMINADOR

Código Civil Paraguayo - Art. 1549. "Toda declaración falsa, omisión o 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".

A los efectos de que LA CONSOLIDADA S.A. considere mi solicitud de seguro y como parte integrante de la misma, contesto las preguntas de este formulario:

I- ESTADO CIVIL

- Nombre y apellido completos.....
- Fecha de nacimiento:.....
- Profesión u ocupación principal:.....



II- ANTECEDENTES CLINICOS

Talla:.....

Peso:.....

	SI	NO	PRECISION
- ¿Se encuentra usted actualmente en un buen estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso negativo, ¿de qué malestar o enfermedad usted sufre actualmente?:
- ¿Se encuentra usted actualmente en estado de incapacidad de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, precisar por qué causa:
- ¿De que enfermedades, habiendo ocasionado una interrupción de trabajo de más de un mes, sufrió usted en el transcurso de los últimos 10 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detallarlas
- ¿Tiene usted secuelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo precisar
- ¿Soporta usted algún defecto de la vista o del oído, alguna enfermedad crónica o alguna lisiadura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- ¿Ha sido operado usted alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ De qué y cuándo?:
- ¿Ha sufrido usted algún accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, precisar cuándo:
- ¿Tiene usted secuelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detallarlas:
- Para los hombres: prestó usted servicio militar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso negativo, indique las causas:

	SI	NO	PRECISION
- Para las mujeres: tuvo usted niños ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, precisar cuántos:
-¿ Está actualmente embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Indique todas las informaciones o particularidades notables relativas a su estado de salud fuera de las arriba mencionadas (exámenes especiales en curso, tratamientos médicos en curso, secuelas de enfermedades anteriores, etc.)			

III - RENUNCIA AL SECRETO MEDICO PROFESIONAL

¿Autoriza usted con relación al seguro, a los médicos que le han asistido o examinado o que lo hagan en el futuro, a proporcionar los datos que poseen o informes que conozcan sobre su salud o enfermedad padecida? (si o no).....

.....
Firma del solicitante o examinado



INFORME DEL MEDICO EXAMINADOR

- Pulso. a) frecuencia por minuto:
- b) caracteres:
- c) intermitencias:
- d) estado general de las arterias periféricas, pedía, etc., (arteriosclerosis; leve, moderada o marcada).....
- Tensión arterial:
- sistólica Mx.....mm.....
- diastólica (5° punto) Mn.....mm.....
- Aparato empleado.....
- Perímetros torácicos, sobre las tetillas:
- En espiración formada.....cm
- En inspiración profunda.....cm
- Perímetro abdominal en el obliquo:.....cm

INFORME DEL MEDICO SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL EXAMINADO: DICTAMEN MEDICO

¿Cree usted que el estado de salud del examinado es BUENO, REGULAR O MALO?.....

Fecha en, .. el de 19.....

Firma del médico

Nombre completo del médico examinador.....

MatrículaN°.....

Dirección:.....

Lugar del examen médico.....

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS



BANCO CENTRAL DEL PARAGUAY
Superintendencia de Seguros

RESOLUCIÓN SS.RP. N° 540/99

LA CONSOLIDADA S.A.
FECHA: 23/12/99
A: <i>Conjunta</i>
A: <i>Boneiro (vidas)</i>
A: <i>Ér. temida</i>
<i>R&P/SS/RS</i>

LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS - REGISTRO DE PÓLIZAS

Asunción, 15 de diciembre de 1999

VISTOS: La nota de la firma **LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS**, de fecha 22 de octubre de 1999, con entrada N° 2.253/99 en esta Autoridad de Control; el informe SS.IETA.DEA N° 193/99 del 9 de noviembre de 1999 de la Intendencia de Estudios Técnicos y Actuariales; el Dictamen SS.DAL. N° 118/99 del 9 de diciembre de 1999 de la Asesoría Legal; el Memorando N° 12/99 del 10 de diciembre de 1999 de la División de Estudios Actuariales de la Intendencia de Estudios Técnicos y Actuariales; el Memorando SS.DAL. N° 103/99 del 13 de diciembre de 1999 de la División Asesoría Legal; y,

CONSIDERANDO: Lo dispuesto en el inc. h) del Artículo 61 de la Ley N° 827/96 "De Seguros";

En uso de sus atribuciones;

EL SUPERINTENDENTE DE SEGUROS

Resuelve:

- 1º) Inscribir en el **REGISTRO PÚBLICO DE PÓLIZAS DE SEGUROS** los textos de los Anexos de ampliación de cobertura para los casos de: 1) Titulares de Cuentas de Entidades Bancarias y Financieras, 2) Socios de Cooperativas, 3) Titulares de Tarjetas de Créditos, 4) Socios de Sociedades Civiles sin Fines de Lucro, y los correspondientes Certificados Individuales de Incorporación al Seguro, presentados por la empresa **LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS**, para la **SECCIÓN VIDA COLECTIVO**, modalidad **SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS Y OBREROS**, que forman parte de esta Resolución, y autorizar su inclusión correspondiente en el modelo de póliza de dicho plan de seguro, inscripto en el **REGISTRO PÚBLICO DE PÓLIZAS DE SEGUROS** por Resolución SS.RP. N° 269/99 de fecha 15 de junio de 1999 de la Superintendencia de Seguros, bajo el Código N° 7-VC.0001.
- 2º) Registrar, comunicar y archivar.





ANEXO Nº 1

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA
EMPLEADOS Y OBREROS
PARA TITULARES DE CUENTAS DE ENTIDADES BANCARIAS Y FINANCIERAS**

Incorporada a la Póliza de Seguro Colectivo de Vida Nº

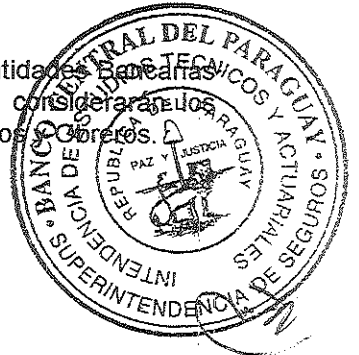
Por el presente anexo, LA CONSOLIDADA S.A. de Seguros consiente en ampliar la cobertura para cubrir a los Titulares de Cuentas de Entidades Bancarias y Financieras.

Por consiguiente, al emitirse una póliza cubriendo a los Titulares de Cuentas de Entidades Bancarias y Financieras, en las Cláusulas de las Condiciones Generales de la póliza se considerará a los Titulares de Cuentas de Entidades Bancarias y Financieras en lugar de los Empleados y Obreros.

Las demás condiciones quedan firmes y sin modificación.

Asunción, de de 19

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS



CONSTE QUE :

EL TEXTO DEL PRESENTE ANEXO HA SIDO REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA RESOLUCION SS.RP.Nº 540/99 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 1999, Y AUTORIZADO SU INCLUSION EN EL MODELO DE POLIZA PARA EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS Y OBREROS, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PUBLICO DE POLIZAS DE SEGUROS POR RESOLUCION SS.RP.Nº 269/99 DE FECHA 15 DE JUNIO DE 1999, BAJO EL CODIGO Nº :

7-VC.0001

INTENDENTE
ESTUDIOS TECNICOS Y ACTUARIALES





ANEXO Nº 2

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA
EMPLEADOS Y OBREROS
PARA SOCIOS DE COOPERATIVAS**

Incorporada a la Póliza de Seguro Colectivo de Vida Nº

Por el presente anexo, LA CONSOLIDADA S.A. de Seguros consiente en ampliar la cobertura para cubrir a los Socios de Cooperativas.

Por consiguiente, al emitirse una póliza cubriendo a los Socios de Cooperativas, en las Cláusulas de las Condiciones Generales de la póliza se considerarán los Socios de Cooperativas en lugar de los Empleados y Obreros.

Las demás condiciones quedan firmes y sin modificación.

Asunción, de de 19

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS

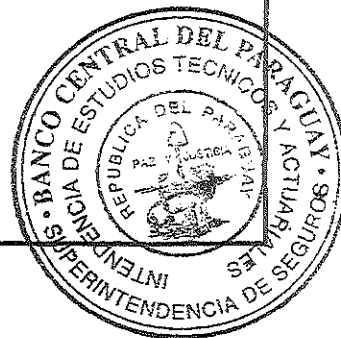


CONSTE QUE :

EL TEXTO DEL PRESENTE ANEXO HA SIDO REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA RESOLUCION SS.RP.Nº 540/99 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 1999, Y AUTORIZADO SU INCLUSION EN EL MODELO DE POLIZA PARA EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS Y OBREROS, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PUBLICO DE POLIZAS DE SEGUROS POR RESOLUCION SS.RP.Nº 269/99 DE FECHA 15 DE JUNIO DE 1999, BAJO EL CODIGO Nº :

7-VC.0001

INTENDENTE
ESTUDIOS TECNICOS Y ACTUARIALES





ANEXO Nº 3

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA
EMPLEADOS Y OBREROS
PARA TITULARES DE TARJETAS DE CREDITO**

Incorporada a la Póliza de Seguro Colectivo de Vida Nº

Por el presente anexo, LA CONSOLIDADA S.A. de Seguros consiente en ampliar la cobertura para cubrir a los Titulares de Tarjetas de Crédito.

Por consiguiente, al emitirse una póliza cubriendo a los Titulares de Tarjetas de Crédito en las Cláusulas de las Condiciones Generales de la póliza se considerarán los Titulares de Tarjetas de Crédito en lugar de los Empleados y Obreros.

Las demás condiciones quedan firmes y sin modificación.

Asunción, de de 19

LA CONSOLIDADA S.A.
SEGUROS

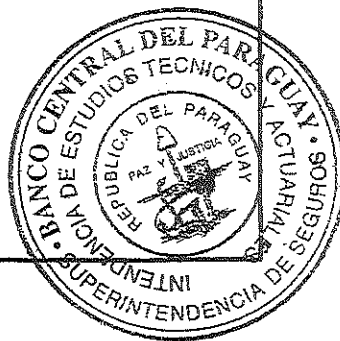


CONSTE QUE :

EL TEXTO DEL PRESENTE ANEXO HA SIDO REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA RESOLUCION SS.RP.Nº 540/99 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 1999, Y AUTORIZADO SU INCLUSION EN EL MODELO DE POLIZA PARA EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS Y OBREROS, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PUBLICO DE POLIZAS DE SEGUROS POR RESOLUCION SS.RP.Nº 269/99 DE FECHA 15 DE JUNIO DE 1999, BAJO EL CODIGO Nº :

7-VC.0001

INTENDENTE
ESTUDIOS TECNICOS Y ACTUARIALES





ANEXO Nº 4

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA
EMPLEADOS Y OBREROS
PARA SOCIOS DE SOCIEDADES CIVILES SIN FINES DE LUCRO**

Incorporada a la Póliza de Seguro Colectivo de Vida Nº

Por el presente anexo, LA CONSOLIDADA S.A. de Seguros consiente en ampliar la cobertura para cubrir a los Socios de Sociedades Civiles sin fines de lucro.

Por consiguiente, al emitirse una póliza cubriendo a los Socios de Sociedades Civiles sin fines de lucro, en las Cláusulas de las Condiciones Generales de la póliza se considerarán los Socios de Sociedades Civiles sin fines de lucro en lugar de los Empleados y Obreros.

Las demás condiciones quedan firmes y sin modificación.

Asunción, de de 19

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS



CONSTE QUE :

EL TEXTO DEL PRESENTE ANEXO HA SIDO REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA RESOLUCION SS.RP.Nº 540/99 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 1999, Y AUTORIZADO SU INCLUSION EN EL MODELO DE POLIZA PARA EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS Y OBREROS, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PUBLICO DE POLIZAS DE SEGUROS POR RESOLUCION SS.RP.Nº 269/99 DE FECHA 15 DE JUNIO DE 1999, BAJO EL CODIGO Nº :

7-VC.0001

INTENDENTE
ESTUDIOS TECNICOS Y ACTUARIALES



CERTIFICADO INDIVIDUAL



**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL
SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE EMPLEADOS Y OBREROS
PARA TITULARES DE CUENTAS DE ENTIDADES BANCARIAS Y FINANCIERAS**

Póliza N°.....

Certificado N°.....

Conforme a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo N°.....
LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS, en adelante denominado el Asegurador, en adelante denominado el Asegurado, con domicilio en

TOMADOR : con domicilio en

PLAN : **Seguro Temporal Constante a un (1) año de plazo**

EDAD DEL ASEGURADO : Declarada por el mismo años.

CAPITAL ASEGURADO : guaraníes (G.....) pagaderos al fallecimiento del Asegurado si ocurre antes de la fecha del vencimiento del seguro.

BENEFICIARIOS : o en su defecto los herederos legales del Asegurado.

FECHA DE INICIACION DEL SEGURO : El día del mes de de

FECHA DEL VENCIMIENTO DEL SEGURO : El día del mes de de

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

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

Mediante la póliza referida, el Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado, fallezca o quede incapacitado en forma permanente y total a consecuencia de enfermedad o accidente.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan excluidos de este seguro:

- Suicidio (salvo lo dispuesto en este caso por el Código Civil); participación de los asegurados como conductores o como acompañantes, en carreras autorizadas de automóviles o de motocicletas; el de practicar por parte de los mismos, o hacer uso de la aviación, salvo viajando como pasajeros en líneas regulares de navegación aérea de pasajeros; el de intervenir en operaciones o viajes submarinos; y todo riesgo derivado de guerra que no comprenda a la República del Paraguay.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Salvo pacto en contrario, no pueden ser aseguradas las personas menores de 18 años, o las mayores de 65 años.

Si el seguro es contratado con cláusula Adicional de Invalidez y comprobada la misma, el beneficio tendrá efecto a partir del día primero del tercer mes que siga al de la fecha de ingreso de la denuncia en la oficina del Asegurador.

LA CONSOLIDADA S.A.



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

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)

En fe de lo cual se emite el presente Certificado Individual de Incorporación al Seguro en Asunción a de de



LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS

CONSTE QUE :

EL TEXTO DEL PRESENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO, HA SIDO REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA RESOLUCION SS.RP. Nº 540/99 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 1999, Y AUTORIZADO SU INCLUSION EN EL MODELO DE POLIZA PARA EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS Y OBREROS, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PUBLICO DE POLIZAS DE SEGUROS POR RESOLUCION SS.RP. Nº 269/99 DE FECHA 15 DE JUNIO DE 1999, BAJO EL CODIGO Nº :

7-VC.0001

INTENDENTE
ESTUDIOS TECNICOS Y ACTUARIALES





**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL
SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE EMPLEADOS Y OBREROS
PARA SOCIOS DE COOPERATIVAS**

Póliza N°.....

Certificado N°.....

Conforme a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo N°.....
LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS, en adelante denominado el Asegurador, asegura a
..... en adelante denominado el Asegurado, con domicilio en
.....

TOMADOR : con domicilio en

PLAN : **Seguro Temporal Constante a un (1) año de plazo**

EDAD DEL ASEGURADO : Declarada por el mismo años.

CAPITAL ASEGURADO : guaraníes (G.....)
fallecimiento del Asegurado si ocurre antes de la fecha del vencimiento del seguro.

BENEFICIARIOS : o en su defecto los herederos
legales del Asegurado.

FECHA DE INICIACION DEL SEGURO : El día del mes de de

FECHA DEL VENCIMIENTO DEL SEGURO : El día del mes de de

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

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

Mediante la póliza referida, el Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado, fallezca o quede incapacitado en forma permanente y total a consecuencia de enfermedad o accidente.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan excluidos de este seguro:

- Suicidio (salvo lo dispuesto en este caso por el Código Civil); participación de los asegurados como conductores o como acompañantes, en carreras autorizadas de automóviles o de motocicletas; el de practicar por parte de los mismos, o hacer uso de la aviación, salvo viajando como pasajeros en líneas regulares de navegación aérea de pasajeros; el de intervenir en operaciones o viajes submarinos; y todo riesgo derivado de guerra que no comprenda a la República del Paraguay.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Salvo pacto en contrario, no pueden ser aseguradas las personas menores de 18 años, o las mayores de 65 años.

Si el seguro es contratado con cláusula Adicional de Invalidez y comprobada la misma, el beneficio tendrá efecto a partir del día primero del tercer mes que siga al de la fecha de ingreso de la denuncia en la oficina del Asegurador.

LA CONSOLIDADA S.A.

SEGUROS



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

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)

En fe de lo cual se emite el presente Certificado Individual de Incorporación al Seguro en Asunción a de de



LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS

LA CONSOLIDADA
DE SEGUROS

CONSTE QUE :

EL TEXTO DEL PRESENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO, HA SIDO REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA RESOLUCION SS.RP.Nº 540/99 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 1999, Y AUTORIZADO SU INCLUSION EN EL MODELO DE POLIZA PARA EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS Y OBREROS, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PUBLICO DE POLIZAS DE SEGUROS POR RESOLUCION SS.RP.Nº 269/99 DE FECHA 15 DE JUNIO DE 1999, BAJO EL CODIGO Nº :

7-VC.0001

INTENDENTE
ESTUDIOS TECNICOS Y ACTUARIALES





**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL
SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE EMPLEADOS Y OBREROS
PARA TITULARES DE TARJETAS DE CREDITO**

Póliza N°.....

Certificado N°.....

Conforme a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo N°.....
LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS, en adelante denominado el Asegurador, asegura a
..... en adelante denominado el Asegurado, con domicilio en
.....

TOMADOR : con domicilio en

PLAN : **Seguro Temporal Constante a un (1) año de plazo**

EDAD DEL ASEGURADO : Declarada por el mismo años.

CAPITAL ASEGURADO : guaraníes (G.....)
fallecimiento del Asegurado si ocurre antes de la fecha del vencimiento del seguro.

BENEFICIARIOS : o en su defecto los herederos
legales del Asegurado.

FECHA DE INICIACION DEL SEGURO : El día del mes de de

FECHA DEL VENCIMIENTO DEL SEGURO : El día del mes de de

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

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

Mediante la póliza referida, el Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado, fallezca o quede incapacitado en forma permanente y total a consecuencia de enfermedad o accidente.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan excluidos de este seguro:

- Suicidio (salvo lo dispuesto en este caso por el Código Civil); participación de los asegurados como conductores o como acompañantes, en carreras autorizadas de automóviles o de motocicletas; el de practicar por parte de los mismos, o hacer uso de la aviación, salvo viajando como pasajeros en líneas regulares de navegación aérea de pasajeros; el de intervenir en operaciones o viajes submarinos; y todo riesgo derivado de guerra que no comprenda a la República del Paraguay.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Salvo pacto en contrario, no pueden ser aseguradas las personas menores de 18 años, o las mayores de 65 años.

Si el seguro es contratado con cláusula Adicional de Invalidez y comprobada la misma, el beneficio tendrá efecto a partir del día primero del tercer mes que siga al de la fecha de ingreso de la denuncia en la oficina del Asegurador.

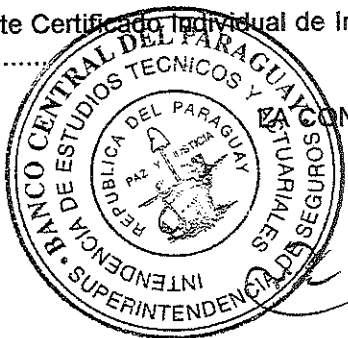




El Asegurado, o el Beneficiario, comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los (3) tres días de conocerlo, bajo pena de perder derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 1589 y 1590 del Código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

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)

En fe de lo cual se emite el presente Certificado Individual de Incorporación al Seguro en Asunción a de de



LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS

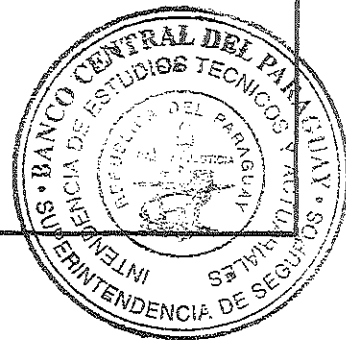
LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS

CONSTE QUE :

EL TEXTO DEL PRESENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO, HA SIDO REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA RESOLUCION SS.RP. Nº 540/99 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 1999, Y AUTORIZADO SU INCLUSION EN EL MODELO DE POLIZA PARA EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS Y OBREROS, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PUBLICO DE POLIZAS DE SEGUROS POR RESOLUCION SS.RP. Nº 269/99 DE FECHA 15 DE JUNIO DE 1999, BAJO EL CODIGO Nº :

7-VC.0001

INTENDENTE
ESTUDIOS TECNICOS Y ACTUARIALES





**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL
SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE EMPLEADOS Y OBREROS
PARA SOCIOS DE SOCIEDADES CIVILES SIN FINES DE LUCRO**

Póliza N°.....

Certificado N°.....

Conforme a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo N°.....
LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS, en adelante denominado el Asegurador, asegura a
..... en adelante denominado el Asegurado, con domicilio en
.....

TOMADOR : con domicilio en

PLAN : **Seguro Temporal Constante a un (1) año de plazo**

EDAD DEL ASEGURADO : Declarada por el mismo años.

CAPITAL ASEGURADO : guaraníes (G.....
fallecimiento del Asegurado si ocurre antes de la fecha del vencimiento del seguro.

BENEFICIARIOS : o en su defecto los herederos
legales del Asegurado.

FECHA DE INICIACION DEL SEGURO : El día del mes de de

FECHA DEL VENCIMIENTO DEL SEGURO : El día del mes de de

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

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

Mediante la póliza referida, el Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado, fallezca o quede incapacitado en forma permanente y total a consecuencia de enfermedad o accidente.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan excluidos de este seguro:

- Suicidio (salvo lo dispuesto en este caso por el Código Civil); participación de los asegurados como conductores o como acompañantes, en carreras autorizadas de automóviles o de motocicletas; el de practicar por parte de los mismos, o hacer uso de la aviación, salvo viajando como pasajeros en líneas regulares de navegación aérea de pasajeros; el de intervenir en operaciones o viajes submarinos; y todo riesgo derivado de guerra que no comprenda a la República del Paraguay.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Salvo pacto en contrario, no pueden ser aseguradas las personas menores de 18 años, o las mayores de 65 años.

Si el seguro es contratado con cláusula Adicional de Invalidez y comprobada la misma, el beneficio tendrá efecto a partir del día primero del tercer mes que siga al de la fecha de ingreso de la denuncia en la oficina del Asegurador.

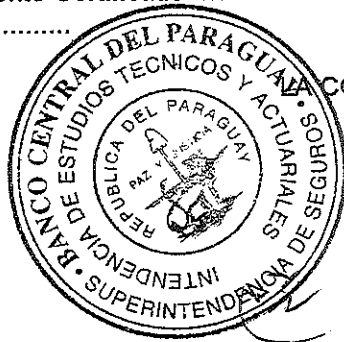




El Asegurado, o el Beneficiario, comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los (3) tres días de conocerlo, bajo pena de perder derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 1589 y 1590 del Código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

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)

En fe de lo cual se emite el presente Certificado Individual de Incorporación al Seguro en Asunción a de de



LA CONSOLIDADA S.A. DE SEGUROS

LA CONSOLIDADA S.A.
DE
SEGUROS

CONSTE QUE :

EL TEXTO DEL PRESENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO, HA SIDO REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA RESOLUCION SS.RP. Nº 540/99 DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DE 1999, Y AUTORIZADO SU INCLUSION EN EL MODELO DE POLIZA PARA EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EMPLEADOS Y OBREROS, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PUBLICO DE POLIZAS DE SEGUROS POR RESOLUCION SS.RP. Nº 269/99 DE FECHA 15 DE JUNIO DE 1999, BAJO EL CODIGO Nº :

7-VC.0001

INTENDENTE
ESTUDIOS TECNICOS Y ACTUARIALES

