

CONDICIONES GENERALES COMUNES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

CLÁUSULA 1.

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

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

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

PLURALIDAD DE SEGUROS

CLÁUSULA 2.

Quien asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, notificará dentro de los diez (10) días hábiles a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de nulidad, salvo pacto en contrario.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

CLÁUSULA 3.

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 Art. 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 hacérsele 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 C.C.).

RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN CLÁUSULA 4.

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

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los 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 Asegurado 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 a la reticencia o falsa declaración (Art. 1552 C.C.).

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

PAGO DE 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 el caso que la prima no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en el presente contrato.

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

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

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLÁUSULA 6.

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 Art. 1596 C.C.).

DENUNCIA DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 7.

El Contratante, el Asegurado y/o los Beneficiarios deberán comunicar en forma fehaciente al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo siempre que estén en conocimiento de la póliza. En caso contrario se computará el plazo de tres (3) días desde que conozcan la póliza, bajo pena de perder el derecho de ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 1589 y 1590 C.C.).

También está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 1589 C.C.).

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

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

CLÁUSULA 8.

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

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 9.

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 este 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.

GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR CLÁUSULA 10.

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 11.

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

VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR CLÁUSULA 12.

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.).

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

El Asegurador incurre en mora por el mero vencimiento de los plazos (Art. 1593 C.C.).

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.).

RESCISIÓN UNILATERAL CLÁUSULA 13.

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 Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.

Cuando el seguro rija de doce (12) a doce (12) horas, la rescisión se computará desde la hora doce (12) inmediata siguiente, salvo pacto en contrario.

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

MORA AUTOMÁTICA

CLÁUSULA 14.

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

PRESCRIPCIÓN

CLÁUSULA 15.

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

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

CLÁUSULA 16.

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

SEGURO POR CUENTA AJENA

CLÁUSULA 17.

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 Asegurado tiene el derecho de exigir que el Tomador acredite previamente el consentimiento del Asegurado, a menos que el Tomador demuestre que contrató por mandato de aquél o en razón de una obligación legal (Art. 1567 C.C.).

Los derechos que derivan del contrato corresponden al Asegurado si posee la póliza. En su defecto, no puede disponer de esos derechos ni hacerlos valer judicialmente sin el consentimiento del Tomador (Art. 1568 C.C.).

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

CLÁUSULA 18.

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

TERRITORIALIDAD Y PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

CLÁUSULA 19.

Las disposiciones de este contrato se aplican única y exclusivamente a los siniestros ocurridos en el territorio de la República, salvo pacto en contrario.

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la Póliza (Art. 1560 C.C.).

CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

RIESGOS ASEGURADOS

CLÁUSULA 1.

Mediante este contrato, la Compañía 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, sufriera durante la vigencia del seguro, algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o invalidez permanente total o parcial, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año, a contar de la fecha del mismo.

De manera opcional y complementaria, el Asegurador pagará al Beneficiario el capital asegurado estipulado en las Condiciones Particulares para las coberturas complementarias en caso que hayan sido contratadas:

- a) Gastos Médicos.
- b) Gastos de Sepelio.
- c) Renta diaria por Hospitalización.
- d) Ayuda Familiar.

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente todo hecho que cause una lesión corporal, que pueda ser determinada por médicos de una manera cierta, el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de un agente externo.

Por extensión y aclaración, quedan comprendidos en este seguro la muerte o la invalidez del Asegurado, causados por: asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; o por cualquier lesión del Asegurado de carácter accidental; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 2 de estas Condiciones Particulares Específicas; el carbunco o tétanos de origen traumático, rabia, las fracturas óseas, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, varices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Reconoce igualmente esta póliza como hechos que traen aparejados el derecho a la indemnización, los accidentes producidos a los médicos, cirujanos y otras

personas que como principales o como auxiliares hacen profesión de la ciencia médica, veterinaria y sus anexos, cuando tales accidentes produzcan infecciones microbianas o intoxicaciones, originadas mediante heridas externas producidas en la ejecución de operaciones quirúrgicas o en las disecciones y autopsias.

El modo de cobertura es base ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual durante la vigencia de la Póliza) y la medida de la prestación es a primer riesgo absoluto.

RIESGOS NO ASEGURADOS

CLÁUSULA 2.

Quedan excluidos de este seguro:

- a) Salvo que sobrevengan a consecuencia de algún accidente cubierto por la presente póliza o del tratamiento de las lesiones por el producidas, las consecuencias de:
 1. las enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo las especificadas en la Cláusula 1 de estas Condiciones Particulares Especificas,
 2. las lesiones causadas por la acción de los rayos X, del radio o de cualquier otro elemento radiactivo u originadas en reacciones nucleares,
 3. exceptuando los casos contemplados en la Cláusula 1 de estas Condiciones Particulares Especificas, la insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamientos y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes o de operaciones quirúrgicas o tratamientos;
- b) Los accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado o por los beneficiarios del seguro; los que sean la consecuencia de suicidio voluntario o tentativa de suicidio voluntario (Art. 1670 C.C.); de la participación del Asegurado en crímenes u otros delitos (Art. 1671 C.C.), en duelos y en desafíos o riñas, no considerándose como riñas los casos de legítima defensa del Asegurado y de sus familiares (Art. 1672 C.C.).
- c) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico; por actos de guerra civil, internacional declarada o no e insurrecciones, y por tumultos populares, salvo que el asegurado no participe en estos últimos como elemento activo.
- d) Los accidentes causados por vértigos, vahído, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que sobrevengan en estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto por la

- Póliza y ocurrido durante su vigencia, o en estado de ebriedad o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- e) Los accidentes causados por infracción grave del Asegurado o los beneficiarios del seguro a las leyes, ordenanzas municipales y decretos relativos a la seguridad de las personas, o por actos notoriamente peligrosos que no sean justificados por alguna necesidad, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
 - f) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia, o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
 - g) Los accidentes derivados del uso de motocicleta y vehículos similares, de la navegación aéreas realizada en líneas no sujetas a itinerario fijo, o de la práctica profesional de deportes, de la práctica deportes de contacto y los de alto riesgo sean practicados en carácter profesional o no.
 - h) Por actos de guerra civil internacional, declarada o no, e insurrecciones y por tumultos populares, salvo que el Asegurado no participe es estos últimos como elemento activo.
 - i) Los accidentes producidos cuando el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o mientras se encuentre bajo influencia de estupefacientes o alcaloides.
 - j) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, de la navegación aérea realizada en líneas no sujetas a itinerario fijo, o de la práctica profesional de deportes, de la práctica deportes de contacto y los de alto riesgo sean practicados en carácter profesional o no.
 - k) Riesgos que necesitarán conformidad expresa de la Aseguradora para su aceptación:
 - Atletas profesionales, salvo pacto en contrario.
 - Práctica de deportes de alto riesgo, salvo pacto en contrario.
 - Industria petrolera, química, de explosivos y de gas natural; con excepción del personal administrativo.
 - Buceo profesional o exploración.
 - Minería.

ALCANCE TERRITORIAL

CLÁUSULA 3.

Este seguro está exento de toda restricción en cuanto al lugar de estadía del Asegurado, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República del Paraguay, donde la cobertura de esta Póliza no tendrá efecto mientras se mantenga esa situación.

Si el Asegurado fijare su residencia fuera del territorio de la República del Paraguay, deberá dar aviso a la Compañía dentro de los términos y con las modalidades previstas en la Cláusula 5 de estas Condiciones Particulares Específicas. En tal caso regirán las mismas normas establecidas en la citada Cláusula en cuanto a la rescisión del seguro o las condiciones de su continuación.

PERSONAS NO ASEGURABLES

CLÁUSULA 4.

No pueden ser aseguradas las personas menores de dieciocho (18) años, o las mayores de sesenta y cinco (65) años, los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados o incapacitados con invalidez superior al 45% según la cláusula 9 de estas Condiciones Particulares Específicas, o paralíticos, epilépticos, gotosos, toxicómanos o alienados.

En consecuencia, el seguro se rescindirá si el Asegurado llegare a encontrarse, por causas distintas a las cubiertas por esta póliza, con carácter permanente en alguno de los casos previstos expresamente en el párrafo anterior.

En este caso la Compañía devolverá la fracción de la prima pagada que corresponda para el caso de rescisión por su parte según la Cláusula 14 de estas Condiciones Particulares Específicas y a partir del día en que reciba el aviso de tal circunstancia. Si la Compañía no notificara la rescisión por nota con acuse de recibo dentro de los ocho días a contar de la recepción de la comunicación del Asegurado, se entenderá que según su práctica aseguradora no existe agravación del riesgo de accidentes y que la póliza no ha perdido en ningún momento su vigor.

MODIFICACIÓN DE LA PROFESIÓN U OCUPACIÓN

CLÁUSULA 5.

Toda modificación que afecte la profesión u ocupación del Asegurado deberá notificarse a la Compañía por nota con acuse de recibo, dentro de los ocho (8) días de haberse producido.

La Compañía deberá pronunciarse nota con acuse de recibo dentro del término de ocho (8) días, a contar desde la recepción de la comunicación del Asegurado, sobre las condiciones de continuación del seguro, sin perjuicio de mantener la

cobertura durante dicho lapso. Vencido ese término, el silencio de la Compañía se interpretará como que admite la vigencia de la póliza en las nuevas condiciones y sin aumento de la prima.

Si las modificaciones llevaran consigo una agravación del riesgo, la Compañía de acuerdo con su práctica aseguradora, se reserva el derecho de rescindir la póliza o de aplicar el aumento de prima que corresponda según sus tarifas, con efecto a partir de la fecha en que se produjo la agravación del riesgo. En caso de disminución del riesgo, la prima se reducirá proporcionalmente a partir del momento en que se efectuó la comunicación.

En caso de que la Compañía rescinda el contrato, devolverá la fracción de prima pagada que corresponda para el caso de rescisión por su parte según la cláusula 14 de estas Condiciones Particulares Específicas. Si la Compañía propusiera el aumento de la prima y este no fuere aceptado por el Asegurado dentro del plazo de ocho (8) días de notificado, el seguro quedara en vigencia con una reducción proporcional de las sumas aseguradas.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO, BENEFICIARIOS O HEREDEROS EN CASO DE ACCIDENTE

CLÁUSULA 6.

En caso de Accidente, el Asegurado o los beneficiarios deberán comunicar a la Compañía, las lesiones sufridas por este, dentro de los tres días de conocerlo, por medio de comunicación fehaciente, indicando además la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente, así como los nombres y domicilios de los testigos, mencionando si han intervenido los representantes de la autoridad y si se ha substanciado sumario acerca del accidente.

El accidentado deberá someterse a un tratamiento médico y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste, en el mismo plazo deberá enviarse a la Compañía un certificado del médico, que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico.

Posteriormente el Asegurado remitirá a la Compañía, cada quince días, certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, e independientemente del aviso previsto en el primer apartado de esta cláusula, el o los beneficiarios deberán comunicar fehacientemente el

fallecimiento a la Compañía, dentro de los tres días de conocerlo y presentar certificado de defunción, constancias policiales y/o judiciales dentro de los noventa (90) días siguientes a la denuncia.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CLÁUSULA 7.

La falta de cumplimiento de las obligaciones y formalidades establecidas en la cláusula anterior, hará perder todo derecho a la indemnización que pudiera corresponder, salvo caso de imposibilidad debidamente justificada.

INDEMNIZACIONES EN CASO DE MUERTE CLÁUSULA 8.

Si el accidente causare la muerte del Asegurado, la Compañía pagara la indemnización estipulada para este caso, a la o a las personas designadas como beneficiarias en esta Póliza.

Si un beneficiario hubiere fallecido con anterioridad al Asegurado, la cuota de la indemnización que pudiera corresponderle se asignara, en la proporción que le corresponda, a los demás beneficiarios o al que le siga en orden de enunciación, según los beneficiarios se hubieran instituido en forma conjunta o alternativa, respectivamente.

En defecto de beneficiario, la indemnización corresponderá a los herederos del asegurado.

INDEMNIZACIONES EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE CLÁUSULA 9.

Si el accidente causare la invalidez permanente, la Compañía pagara al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufridas y según se indica a continuación.

<u>Total</u>	<u>%</u>
Estado absoluto e incurable de alienación mental	100
Fractura incurable de la columna vertebral	100

Parcial

a) Cabeza:

Sordera total e incurable de los dos oídos	50
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40
Sordera total e incurable de un oído	15
Ablación de la mandíbula inferior	50

b) Miembros Superiores

	<u>Der.</u>	<u>Izq.</u>
Pérdida total de un brazo	65	52
Pérdida total de una mano	60	48
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total)	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24
Anquilosis del hombro en posición funcional	25	20
Anquilosis del codo en posición no funcional	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15	12
Pérdida total del Pulgar	18	14
Pérdida total del Índice	14	11
Pérdida total del dedo medio	9	7
Pérdida total del anular o el meñique	8	6

b) Miembros Inferiores

	<u>Der.</u>	<u>Izq.</u>
Pérdida total de una pierna		55
Pérdida total de un pie		40
Fractura no consolidada de un muslo (Seudoartrosis total)		35
Fractura no consolidada de una pierna (Seudoartrosis total)		30
Fractura no consolidada de una rotula		30
Fractura no consolidada de un pie (Seudoartrosis total)		20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional		40
Anquilosis de la cadera en posición funcional		20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional		30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional		15

Anquilosis del empeine (Garganta el Pie) en posición no funcional	15
Anquilosis del empeine (Garganta el Pie) en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8
Pérdida total de otro dedo del pie	4

Por la **pérdida total** se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

La **pérdida parcial** de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el (70%) setenta por ciento de la que corresponde por pérdida total de miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada solo si se ha producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar, y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

En caso de pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del (100%) cien por ciento de la suma asegurada para la capacidad total permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al (80%) ochenta por ciento se considerará invalidez total y se abonará, por consiguiente, íntegramente la suma asegurada para la cobertura de invalidez permanente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada s en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y sin tomar en consideración la profesión del Asegurado.

En caso de constar en la solicitud propuesta que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

INDEMNIZACIÓN EN CASO DE MÚLTIPLES CONSECUENCIAS CLÁUSULA 10.

Si un accidente causare una invalidez o, posteriormente, una invalidez permanente o muerte del Asegurado, la compañía deberá pagar solamente la mayor de las indemnizaciones que correspondan para cada una de estos dos (2) casos.

AGRAVACIÓN POR CONCAUSA CLÁUSULA 11.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por el efecto de una enfermedad independiente de el, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidara de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CLÁUSULA 12.

Una vez producido el siniestro, realizado la denuncia, presentado la documentación y reconocida la obligación del pago la Compañía abonará las indemnizaciones que correspondan en virtud de esta póliza en su domicilio legal, mediante giro, cheque o transferencia bancaria a su cargo, a opción de este o de los beneficiarios formulada en oportunidad del pago, y una vez llenados los siguientes requisitos:

- a) En caso de muerte, dentro de los (15) quince días presentada la documentación pertinente que atestigüe la identidad y derecho de los reclamantes.
- b) En caso de invalidez permanente una vez dada de alta definitiva y dentro de los (15) quince días de acompañados los certificados que acrediten la invalidez resultante.

Si, iniciado un viaje aéreo y si con motivo de cualquier percance acaecido durante el mismo, no se tuvieron noticias del Asegurado por un periodo no inferior a seis (6) meses de ocurrido aquel, la Compañía hará efectivo a los beneficiarios o herederos el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte.

Si apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas del él, la Compañía tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer tales sumas, las pretensiones a que eventualmente se crea con derecho, en caso de que hubiere sufrido daños indemnizables cubiertos por la presente póliza.

Si no hubiera acuerdo entre las partes, a solicitud del Asegurado o del beneficiario, las consecuencias indemnizables del accidente podrán ser determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

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

RESCISIÓN

CLÁUSULA 13.

El seguro podrá ser rescindido por voluntad de cualquiera de las partes mediante nota con acuse de recibo. Cuando la rescisión sea efectuada por la Compañía esta deberá comunicarla con una anticipación mínima de (15) quince (15) días, reteniendo una parte del premio calculado sobre la base de la prima anual cobrada a prorrata por el tiempo transcurrido.

Si la rescisión es por parte del Asegurado, pagara el tiempo corrido prorrateando la prima anual más un (10%) diez por ciento en concepto de carga administrativa.

En caso que la suma asegurada de alguna cobertura haya sido utilizada en su totalidad, a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia el contrato quedara automáticamente rescindido, quedando ganadas para la Compañía las primas de los meses transcurridos; incluso la correspondiente al mes en que se produjo el hecho que motivo la rescisión.

ERRORES ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA 14.

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. Descubierta el error, se hará el reajuste correspondiente.

SEGURO COMPLEMENTARIA DE GASTOS MEDICOS

DEFINICIÓN

CLÁUSULA 1

Queda entendido y convenido que, en virtud del premio adicional correspondiente, el Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cobertura complementaria al Asegurado para cubrir las sumas incurridas por Asistencia Médica motivadas por todo accidente cubierto por el presente seguro, ocurrido dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares Específicas, hasta la suma indicada en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual de la Póliza. El modo de cobertura es base ocurrencia.

El seguro cubre también los accidentes que se produzcan en la práctica de juegos de salón y en la práctica normal y no profesional de los siguientes deportes: fútbol, basquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, handbal, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados) volley-bal y water-polo.

GASTOS CUBIERTOS

CLÁUSULA 2

Los gastos que la Compañía tomará a su cargo serán los honorarios médicos, el costo de la internación, el de los productos farmacéuticos, estudios clínicos, laboratoriales y estudios por imágenes y radiografías, prótesis y obturaciones dentales, pero no los gastos de viaje y estadías en balnearios o termas o de convalecencia ni por suministro de aparatos ortopédicos, lentes, medias y fajas de goma.

MEDIDA DE LA PRESTACION

CLÁUSULA 3

La medida de la prestación es a primer riesgo absoluto.

Conste que, en caso de siniestro bajo esta cobertura complementaria, la suma asegurada contratada quedará reducida por el monto de las indemnizaciones efectuadas, salvo que, una vez que el Asegurado se haya curado completamente de sus lesiones, se restablezca dicha suma asegurada mediante el pago de una

prima adicional calculada a prorrata por el tiempo que falta para la finalización de la cobertura, teniendo en cuenta la tarifa aplicada en esta Póliza.

AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTE ADICIONAL

CLÁUSULA 4

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la Póliza principal, se deberá dar aviso por escrito a el Asegurador de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de este.

Asimismo, deberá presentar a el Asegurador los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días contados desde igual fecha.

El incumplimiento o presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta cobertura complementaria o las Condiciones Generales Comunes de la Póliza, y que digan relación con el riesgo cubierto bajo este adicional, hará perder los derechos del Asegurado, liberando a el Asegurador del pago de la indemnización que habría correspondido bajo este adicional. Lo anterior no será aplicable cuando el Asegurado acredite fehacientemente la imposibilidad de haber dado cumplimiento a las obligaciones ya señaladas, por caso fortuito o fuerza mayor.

El Asegurado, deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que el Asegurador solicite para efectos de determinar y verificar las lesiones originadas en el accidente. El costo de éstos será de cargo del Asegurador.

DOCUMENTACION NECESARIA

CLÁUSULA 5

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados, como, asimismo, el programa médico en el que se prescriban las prestaciones, exámenes o insumos que originan dichos gastos.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 6

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

SEGURO COMPLEMENTARIO DE GASTOS DE SEPELIO

DESCRIPCIÓN

CLÁUSULA 1.

Queda entendido y convenido que, en virtud del premio adicional correspondiente, el Asegurador cubre al Asegurado en caso de fallecimiento, según lo definido en la cobertura principal de este seguro complementario. El Asegurador pagará la suma asegurada para este amparo para sufragar los gastos funerarios. El monto de la suma asegurada para esta cobertura se encuentra establecida en las Condiciones Particulares. El modo de cobertura es base ocurrencia.

EXCLUSIONES

CLÁUSULA 2.

Se entiende que rigen para esta cobertura adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales Comunes y las Condiciones Particulares Específicas del seguro principal de la Póliza.

REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO

CLÁUSULA 3.

El monto a resarcir será para la persona, Beneficiaria o no, para los gastos incurridos por el sepelio del Asegurado del presente seguro. Si en el plazo de noventa (90) días desde la fecha del deceso no existiese reclamo alguno por este concepto, el monto del capital asegurado para esta cobertura se adicionará al capital de la cobertura principal en caso de contratar este seguro complementario y regirán las condiciones de dicha cobertura principal.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 4.

La cobertura cesará por término de la cobertura principal.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 5.

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

SEGURO COMPLEMENTARIO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

DEFINICIÓN

CLÁUSULA 1

El Asegurador, en virtud de una prima adicional, se compromete a cubrir los gastos por las sumas incurridas si el accidente causare invalidez temporal que requiera hospitalización e impida al Asegurado atender a sus ocupaciones habituales, a raíz de lo cual, la Compañía le pagará la indemnización diaria estipulada en las Condiciones Particulares para este caso por toda la duración de la hospitalización. El pago se realizará desde el primer día del tratamiento médico y hasta el máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días o hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

La indemnización diaria por invalidez temporaria se liquidará mensualmente. Si la hospitalización es inferior a un (1) mes, la liquidación se liquidará al finalizar aquel.

En caso de que el Asegurado no haya enviado las certificaciones médicas periódicas prescritas en la cláusula 7 de las Condiciones Particulares Específicas, se liquidará la indemnización diaria considerando como fecha de alta la que se pronostica en el último certificado remitido dentro de los plazos reglamentarios, salvo que la Compañía pruebe que aquella se produjo en una fecha anterior.

Si, con anterioridad del accidente, el Asegurado hubiera sufrido otro u otros accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, el Asegurado solo responderá en el futuro por el remanente de la suma asegurada.

INDEMNIZACIÓN EN CASO DE MÚLTIPLES CONSECUENCIAS

CLÁUSULA 2

Si un accidente causare una invalidez temporaria o, posteriormente, una invalidez permanente o muerte del Asegurado, la Compañía deberá pagar solamente la mayor de las indemnizaciones que correspondan entre estos tres casos, pero cuando a una invalidez temporaria acompañe o sobrevenga una invalidez parcial permanente, la indemnización no podrá ser menor a la suma que corresponda por la invalidez parcial permanente más la que resulte de aplicar el porcentaje de capacidad final conservada al importe total que hubiera correspondido por la invalidez temporaria.

Registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el código N° 54-0064
Conforme Nota SS.SG. N° 324/2025 de fecha 14/07/2025



Viví seguro, viví mejor.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 3

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

SEGURO COMPLEMENTARIO DE AYUDA FAMILIAR

DESCRIPCIÓN

CLÁUSULA 1.

Queda entendido y convenido que, en virtud del premio adicional correspondiente, la compañía amplía su cobertura para brindar una indemnización única en un solo pago para los gastos correspondientes a la alimentación de la familia, este adicional se extiende a cubrir la muerte accidental como también la natural o por causa de enfermedades.

El monto de la suma asegurada para esta cobertura se encuentra establecida en las Condiciones Particulares. El modo de cobertura es base ocurrencia.

EXCLUSIONES

CLÁUSULA 2.

Se entiende que rigen para esta cobertura adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares Especificas del seguro principal de la Póliza.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 3.

La cobertura cesará por término de la cobertura principal.

CONDICIONES APLICABLES

CLÁUSULA 4.

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

ADECUACIÓN A UN SEGURO COLECTIVO

El presente seguro regirá para cada una de las personas comprendidas en la Nómina anexa a la póliza y por indemnizaciones especificada en la misma, mientras permanezca al servicio del contratante.

Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de la exclusión o incorporación de Asegurados se efectuará a prorrata por el tiempo transcurrido en el primer caso, y por el tiempo que falta para la finalización de la cobertura, en el segundo, desde el día de la notificación de las exclusiones o de la aceptación de incorporaciones, respectivamente, teniendo en cuenta el premio aplicado.
