

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA
COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE
DEUDAS

1. Descripción del plan.....	1
2. Modelo de Póliza	4
3. Modelo de Certificado Individual	27
4. Modelo de Propuesta	31
5. Nota Técnica.....	47
6. Otros Elementos Contractuales	60
7. Requisitos Especiales para Caución.....	60

El presente plan consta de 66 páginas.

1. Descripción del plan

1.1 El objetivo del plan

El presente plan es un Seguro Colectivo de Vida para Cancelación de Deudas provenientes de Préstamos, que tiene por objetivo indemnizar el saldo impago por el Deudor Asegurado al producirse el fallecimiento del mismo, sea esta consecuencia de eventos naturales o accidentales, hasta la suma máxima asegurada por el Contratante de la Póliza al adjudicar un préstamo al Deudor Asegurado.

Además, se ofrece opcionalmente la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, por lesiones o enfermedad.

1.2 Riesgos a ser cubiertos.

La Compañía pagará al Acreedor y/o Tomador (Beneficiario), la suma asegurada fijada en las Condiciones Particulares, en caso de fallecimiento a causa de una enfermedad o accidente del Deudor Asegurado dentro del plazo de vigencia de la Póliza.

Además, se ofrece opcionalmente la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, por lesiones o enfermedad.

1.3 Partes que suscribirán el Contrato.

- **Asegurador o Compañía:** es la Compañía Aseguradora que, mediante la Póliza respectiva, asume el riesgo de las coberturas establecidas en las Condiciones Particulares, hasta los límites pactados por las prestaciones convenidas.
- **Tomador y/o Acreedor:** es quien contrata el seguro con el Asegurador, quien acuerda o acepta las condiciones de la Póliza y quien por ello está obligado al pago de la prima. En este producto en particular, es también el Beneficiario, salvo pacto en contrario.

1.4 Duración de la Cobertura y Procedimiento para Anulación Anticipada.

Las Pólizas tendrán una duración normal de un (1) año, pudiendo tener una duración máxima de cinco (5) años y la duración de la cobertura individual será el plazo


 Marcelo Garay
 Gerente Técnico
 REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


 Abg. Ingrid Schäfer
 Mat. C.S.J. 47.722

establecido en el Certificado Individual emitido durante la vigencia de la Póliza, el cual no podrá tener una vigencia superior a la Póliza.

Cualesquiera de las partes tienen derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Tomador o Acreedor, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.

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

1.5 Elementos para verificación en caso de Anulación Anticipada.

El elemento a disposición del Tomador para la verificación del monto al cual tiene derecho en caso de anulaciones anticipadas es la prima devengada por el tiempo transcurrido según las tarifas de corto plazo establecidas en las Condiciones Particulares Específicas.

1.6 Partes componentes de la Póliza y forma de utilización de las mismas

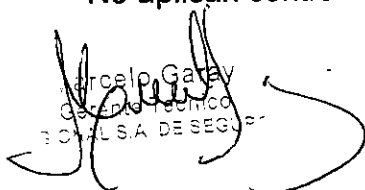
Esta Póliza (Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares), las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro o Planillas de Declaración presentadas por el Tomador y los Asegurados, y los Certificados Individuales de Incorporación al Seguro que se expiden a los Asegurados, constituyen el Contrato entre el Tomador y/o Acreedor, y el Asegurador.

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

En las Condiciones Particulares de la Póliza se incorporan los elementos necesarios para identificar correctamente el interés asegurado, la suma asegurada, el Tomador y/o Acreedor, los riesgos cubiertos, la vigencia, la liquidación de la prima de seguro, los límites de indemnización para cada riesgo, así como otros elementos de conformidad a lo que establece las Resoluciones SS.SG. N° 215/17 y 238/19, así como sus anexos, de la Superintendencia de Seguros.

1.7 Descripción de los elementos que se prevén establecer en contratos subyacentes

No aplican contratos subyacentes.


Marcelo Gámez
Gerente Técnico
Regional S.A. de Seguros

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

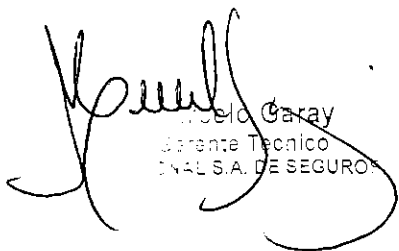
1.8 Elementos de Tecnología de la Información a ser utilizados

Como herramienta para emisión y control de las pólizas se utiliza el software SEBAOT que acompaña y optimiza la administración, control y seguimiento de todas las operaciones de comercialización, emisión, cobranza, siniestros, reaseguro, recursos humanos y contabilidad de las Compañías de Seguros, al tiempo que resulta una herramienta imprescindible para la toma de decisiones ya que aporta toda la información estratégica que la alta gerencia necesita.

Para difusión de las Coberturas y Condiciones se utiliza la página web institucional www.regionalseguros.com.py.

1.9 Formas de coparticipación del Asegurado

Periodo de Espera: Si de las pruebas médicas previstas no resultare con claridad que la incapacidad declarada es total y permanente, será necesario que transcurra un plazo de ciento ochenta (180) días computados desde el día siguiente de la denuncia del siniestro, a los efectos de verificar que la aludida incapacidad total del Asegurado también reúne la calidad de permanente.


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS


Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

2. Modelo de Póliza

CONDICIONES GENERALES COMUNES SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS

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.

Las disposiciones contenidas en las Condiciones Particulares prevalecerán por sobre las establecidas en las Condiciones Particulares Específicas y éstas sobre las Condiciones Generales Comunes, en donde el Código Civil admita pactos en contrario.

Las disposiciones contenidas en las Condiciones Generales Comunes, se aplicarán en las medidas que corresponda a la especificidad de cada riesgo cubierto.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

CLÁUSULA 2.

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

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

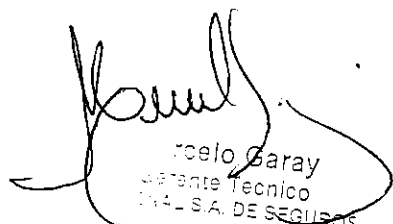
AGRAVACIÓN DEL RIESGO

CLÁUSULA 3.

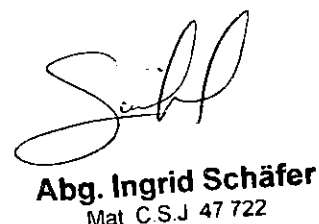
El Tomador está obligado a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Art. 1580 C.C.).

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.).


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador y/o Asegurado, 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.**

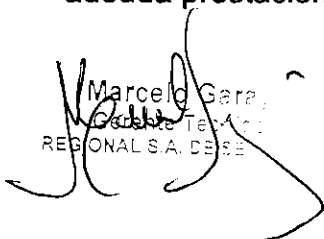
Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace anulable el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres (3) meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art. 1549 C.C.).

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

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


Marcelo Gara
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SE

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

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. En caso de duda, las primas sucesivas se deben al contratar el seguro. La entrega de la póliza, sin la percepción de la prima, hace presumir la concesión de un crédito para su pago (Art. 1573 C.C.).

Si el pago de la prima sucesiva, o de la prima única, no se efectuare oportunamente, el Asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago. En el supuesto de entrega de la póliza sin la percepción de la prima, el Asegurador podrá rescindir el contrato con un plazo de denuncia de un (1) mes. La rescisión no se producirá si la prima fuera pagada antes del vencimiento del plazo de denuncia. El Asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido durante el plazo de denuncia, después de dos (2) días de notificada la opción de rescindir. En todos los casos en que el Tomador reciba indemnización por el daño o la pérdida, deberá pagar la prima íntegra (Art. 1574 C.C.)

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.).

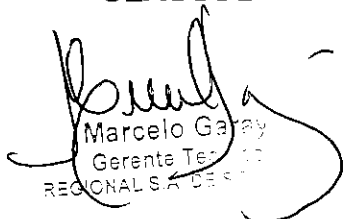
Cuando el Asegurado ha denunciado erróneamente un riesgo más grave, el Tomador tiene derecho a la rectificación de la prima por los períodos anteriores a la denuncia del error, de acuerdo con la tarifa aplicable al tiempo de la celebración del contrato. Cuando el riesgo ha disminuido, el Tomador tiene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

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 (Art. 1595 C.C.).

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

DENUNCIA DEL SINIESTRO
CLÁUSULA 7.


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, sin culpa o negligencia (Art. 1589 y Art. 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 dejare de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el Art. 1589 del Código Civil, o si exagerare fraudulentamente los daños o empleare 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 Tomador 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 Tomador 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.

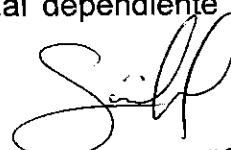
El Asegurador tiene derecho a hacer toda clase de investigación, levantar información y practicar evaluaciones en cuanto al daño, su valor y sus causas y exigir del Asegurado, testimonio o juramento permitido por las leyes procesales.

GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR CLÁUSULA 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.).

Marcelo S. ...
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

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.).

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

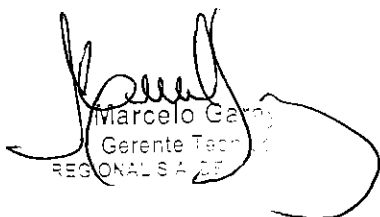
CLÁUSULA 13.

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 Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique esta decisión a través de una nota con acuse de recibo.

Cuando el seguro rija de doce (12) a doce (12) horas, la rescisión se computará desde la hora doce (12) inmediata siguiente. Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 1562 C.C.).

MORA AUTOMÁTICA

CLÁUSULA 14.


Marcelo García
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

Toda denuncia o declaración impuesta por esta Póliza o por el Código Civil debe realizarse en el plazo fijado para el efecto. Las partes incurren en mora por el mero vencimiento del plazo (Art. 1559 C.C.).

PRESCRIPCIÓN

CLÁUSULA 15.

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un (1) año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible y para el caso de muerte o 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.).

USO DE LOS DERECHOS POR EL TOMADOR O ASEGURADO

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 aquel, o en razón de una obligación legal (Art. 1567 C.C.)

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

CLÁUSULA 18.

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

TERRITORIO

CLÁUSULA 19.

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

PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

CLÁUSULA 20.


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros



Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA
CANCELACIÓN DE DEUDAS

13. (trece)

Pág. 10

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.).


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

**CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS
SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS**

CONTRATO COMPLETO

CLÁUSULA 1.

Esta Póliza, la Solicitud de Seguro presentada por el Acreedor, la Solicitud Individual de Seguro del Asegurado o Planilla de Declaración mensual, y los Certificados individuales de Incorporación al Seguro que expide el Asegurador, constituyen el contrato entre el Acreedor y el Asegurador.

OBJETO Y ALCANCE DE LA COBERTURA

CLÁUSULA 2.

La presente cobertura tiene por objeto el pago de una suma, hasta el límite del capital asegurado, ante la certificación de fallecimiento, conforme a las condiciones de esta Póliza y dentro de los plazos previstos por la ley. Es requisito fundamental a los efectos de la presente cobertura que el Asegurado sea Deudor del Acreedor a través del cual se ha otorgado cobertura en cualquiera de las modalidades previstas por el presente contrato y que el siniestro haya ocurrido después de la contratación de la Póliza y mientras la misma se encontraba plenamente vigente conforme a las condiciones de la misma.

La medida de la prestación es a primer riesgo absoluto y el modo de cobertura es a base ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en el Certificado Individual emitido durante la vigencia de la Póliza).

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

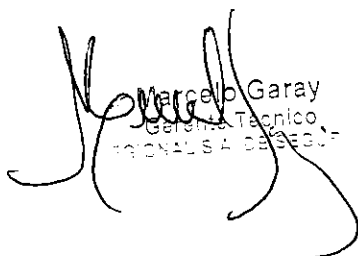
CREDITOS ASEGURADOS

CLÁUSULA 3.

Se entiende por capital asegurado el saldo insoluto de la deuda, considerando las amortizaciones establecidas para el pago de la deuda, sin considerar los intereses compensatorios, los intereses moratorios y/o punitivos.

Son asegurados los saldos de la cartera de créditos del Acreedor o Tomador, provenientes de operaciones de préstamos con personas físicas, en todas las modalidades de préstamos que tiene en vigencia el Acreedor.

Tipos de crédito:


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

- a) Son créditos vigentes los que se hallan al día en su cumplimiento y aquellos que, hallándose vencidos, no requieren aún de provisiones contables.
- b) Son créditos vencidos los que tienen provisión contable por morosidad conforme a la reglamentación de la Superintendencia de Bancos, hasta un máximo a ser establecido en las Condiciones Particulares.
- c) Son créditos en gestión judicial en los que se ha interpuesto la acción de cobro correspondiente ante juez competente, finalizado tal carácter en la fecha de quedar firme la Sentencia Judicial.

A partir de la cantidad de días de mora establecido en las Condiciones Particulares o al quedar firme la sentencia judicial, queda agotada la cobertura de la Póliza y liberado el Acreedor o Tomador de declarar en adelante el saldo adeudado por el Deudor Asegurado, por carecer de cobertura.

Los tipos de créditos a ser cubiertos se establecen en las Condiciones Particulares.

GARANTÍA MÁXIMA DE LA PÓLIZA

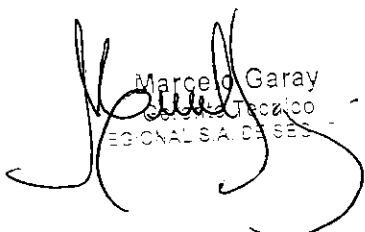
CLÁUSULA 4.

Se entiende por garantía máxima, la suma que la Aseguradora se compromete a indemnizar por un deudor determinado, al momento de solicitar un crédito o, al totalizar dicha suma en varias operaciones y ocurriere su muerte o sufra una incapacidad total y permanente (en caso de ser contratado el seguro complementario).

El valor de la garantía máxima se encuentra establecido en las Condiciones Particulares, así como las condiciones de asegurabilidad, indicando los límites de suma asegurada en las siguientes condiciones:

- a) Sin declaración de salud.
- b) Con declaración jurada de salud.
- c) Con examen médico, estudios laboratoriales y/o de imágenes.

En los casos que se requieran examen médico, estudios laboratoriales y de imágenes, la Aseguradora deberá de informar al Acreedor o Tomador de manera a solicitar al Deudor Asegurado la realización de los mismos. Asimismo, el Acreedor o Tomador deberá remitir a la Aseguradora la declaración jurada respectiva del Deudor Asegurado o, en su caso, su examen médico, estudios laboratoriales y/o de imágenes pertinentes, para el análisis y determinación de tasas por parte de la Aseguradora, quien se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo conforme los indicadores dados en el examen médico, estudios laboratoriales y/o de imágenes. Concluido el análisis de riesgo, la Aseguradora comunicará al Acreedor o Tomador las condiciones de aceptación del riesgo o, el rechazo del mismo, dentro de los doce (12) días de recibida toda la información requerida.


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

PERSONAS ASEGURABLES
CLÁUSULA 5.

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

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

EDADES
CLÁUSULA 6.

La edad de cada Deudor deberá constar en la respectiva Solicitud Individual de Incorporación al Seguro o en la Planilla de Declaración mensual.

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

Si la edad verdadera estuviere, tras el descubrimiento de una falsa declaración, fuera de los límites de aceptación del riesgo del Asegurador, se aplicará lo establecido en la Cláusula 4 de estas Condiciones Generales.

PERSONAS NO ASEGURABLES
CLÁUSULA 7.

De conformidad con el Artículo 1663 del Código Civil no pueden asegurarse en el riesgo de muerte los interdictos y los menores de catorce (14) años de edad.

NÚMERO MÍNIMO DE ASEGURADOS
CLÁUSULA 8.

Para que esta Póliza entre en vigor y la mantenga es condición expresa que el seguro cubra como mínimo cinco (5) Deudores Asegurados.

Si en determinado momento no se cumpliera esta condición, el presente contrato caducará automáticamente según lo establecido en la Cláusula 23 de estas Condiciones Particulares Específicas.

Marcelo Garay
Gerente Técnico
Regional S.A. de Seguros

Regional S.A. de Seguros

Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

INGRESO AL SEGURO

CLÁUSULA 9.

El ingreso al seguro será por la Solicitud Individual llenada por el Deudor asegurable, que el Asegurador proporcionará a tal efecto, o por planillas de declaración facilitados por el Acreedor con los datos requeridos por la Compañía.

INFORMACIONES NECESARIAS

CLÁUSULA 10.

El Tomador informará el listado de Deudores asegurables hasta un máximo de un (1) mes vencido.

La nómina de los asegurables con sus datos deberá facilitarse mediante medio magnético (archivo Excel) previo a la emisión de la Póliza (Nombres y Apellidos, Número de documento, Fecha de nacimiento, Monto y plazo del crédito, Monto de la cuota, Forma de amortización, Capital Asegurado).

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

El Asegurador podrá exigir, en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados. Si con motivo del fallecimiento de algún Deudor Asegurado, se verificara la existencia de un error en la edad declarada por el mismo, el Asegurador podrá proceder de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 4 de las Condiciones Generales.

ERRORES ADMINISTRATIVOS

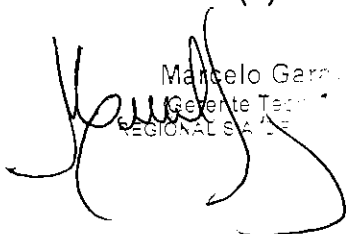
CLÁUSULA 11.

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


INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DE CADA DEUDOR

CLÁUSULA 12.

El Seguro de Cancelación de Deudas comenzará su vigencia desde la fecha del desembolso de cada operación en particular. La cobertura individual podrá tener una duración máxima de un (1) año y no podrá tener una vigencia superior a la Póliza.


Marcelo Garrón
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

**TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DE CADA DEUDOR
CLÁUSULA 13.**

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

- a) Terminación de la Póliza; o
- b) Vencimiento del plazo de vigencia establecido en el Certificado Individual; o
- c) Cancelación de la Deuda; o
- d) Transferencia de la Deuda.

Quando el seguro se contrató por el plazo del préstamo y la Deuda es renovada o refinanciada con anterioridad a la fecha de vencimiento estipulada, el seguro en vigor sobre la vida del Deudor terminará en el mismo momento en que firme la documentación del nuevo préstamo. Debiendo contratarse la nueva cobertura por la operación de crédito otorgada.

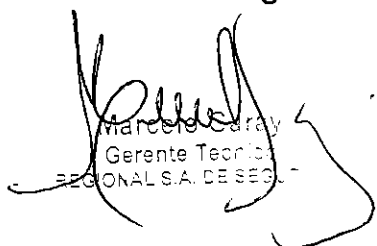
Asimismo, en caso de cancelación anticipada de la deuda, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

**CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE INCORPORACIÓN AL SEGURO
CLÁUSULA 14.**

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

**PRIMA Y PAGO DE PRIMAS
CLÁUSULA 15.**

- a) La prima total del seguro será la suma de las primas que correspondan a cada Deudor Asegurado. La prima de cada Deudor Asegurado será la que resulte de multiplicar la tasa por el Capital Asegurado correspondiente. Se podrá convenir una tasa promedio, según la edad alcanzada por el conjunto de Asegurados, y a esta tasa se le sumarán, si correspondiera, los recargos necesarios para la cobertura de los Seguros Complementarios.
- b) Todas las primas pagaderas según esta Póliza deben ser abonadas al Asegurador por el Acreedor en las oficinas del Asegurador en la dirección establecida en las Condiciones Particulares, y sólo podrá probarse con la exhibición de los recibos expedidos en los formularios del Asegurador que llevarán la firma de la persona debidamente autorizada encargada de la cobranza.


Marcela Caray
Gerente Técnica
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

- c) La prima vencerá el día establecido en las Condiciones Particulares y corresponderá a las operaciones realizadas en el mes de emisión de los Certificados Individuales. Las primas posteriores vencen mensualmente en el día establecido en las Condiciones Particulares.
- d) El Asegurador se reserva el derecho de reajustar la Prima, siempre que se notifique dicho cambio al Acreedor por lo menos treinta (30) días antes de proceder al mismo. Dicho reajuste será aplicado exclusivamente a las nuevas operaciones realizadas a partir de la comunicación y aceptación del Acreedor de dicho reajuste. Igualmente, el Asegurador se reserva el derecho de fijar una nueva Prima en ocasión de cualquier modificación de esta Póliza. Cualquier cambio de Prima se aplicará a partir de la fecha en que dicha modificación entre en vigencia.

**RESPONSABILIDAD DE PAGO DE PRIMA DEL ACREEDOR
CLÁUSULA 16.**

En caso que el Deudor Asegurado haya abonado al Acreedor la prima correspondiente al seguro contratado, por el periodo de cobertura referido, en la modalidad elegida, y el Acreedor no haya transferido dichos fondos en tiempo y forma a la Compañía, y ante la ocurrencia de un siniestro amparado por la presente Póliza en su cobertura principal o las complementarias será el Acreedor el único responsable del monto correspondiente al saldo de la deuda, que el Deudor Asegurado mantenía con el referido Acreedor, debiendo cancelar el Acreedor, en forma automática la referida deuda, o el saldo de la misma, a la fecha de incumplimiento de transferencia o pago de prima, retenida. La indemnización en ningún caso puede ser aplicada por la Compañía al pago de toda o parte de la deuda del Acreedor en falta.

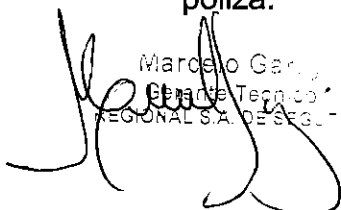
**AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA
CLÁUSULA 17.**

La cobertura de la presente Póliza no posee restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país el Deudor Asegurado.

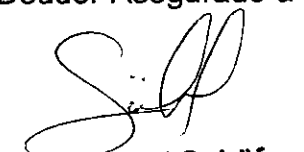
**RIESGOS NO CUBIERTOS - PÉRDIDAS DE DERECHO A INDEMNIZACIÓN
CLÁUSULA 18.**

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

- a) Enfermedades, lesiones, o dolencias preexistentes, entendiéndose por tales cualquier lesión, enfermedad, o dolencia que afecte al Deudor Asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del Deudor Asegurado a la póliza.


Marcelo García
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

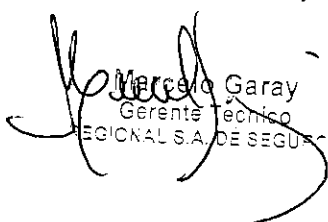
- b) Participación del Deudor Asegurado como conductor, acompañante o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos).
- c) Intervención del Deudor Asegurado en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- d) Intervención del Deudor Asegurado en ascensiones aéreas; práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- e) Intervención del Deudor Asegurado en operaciones o viajes submarinos y de ejercicios violentos o notoriamente peligrosos.
- f) Guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Deudor Asegurado, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- g) Las determinadas directa o indirectamente por huelga, motín o tumulto popular; por actos de guerra civil o internacional (con o sin declaración); revolución, insurrección, rebelión o invasión.
- h) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años por la misma deuda. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad del Asegurado, el Asegurador no se libera. La prueba del suicidio del Asegurado incumbe al Asegurador, así como la prueba sobre su estado mental (Art. 1670 C.C.).
- i) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Deudor Asegurado por embriaguez, por alcaloides o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- j) Haberse sometido a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí de montaña, u otras actividades análogas y manipulación de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas.
- l) Los riesgos atómicos y nucleares (Cláusula de Exclusión de Riesgos de Energía Nuclear – Reaseguro 1994 NMA 1975A aplicable).
- m) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

CAMBIO DEL ACREEDOR

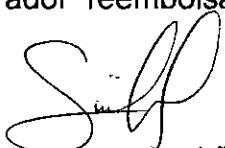
CLÁUSULA 19.

En caso de cambio del Acreedor de esta Póliza, el Asegurador se reserva el derecho de rescindir el contrato dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en 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 Acreedor. El Asegurador reembolsará al Acreedor la prima correspondiente al riesgo no corrido.


Mercedes Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

NOTIFICACIONES
CLÁUSULA 20.

Todo lo relativo a esta Póliza será tratado a través del Acreedor. El mismo está obligado a dar aviso al Asegurador, de todos los ingresos y salidas de Deudores 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 o la planilla de declaración 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, de fallecimiento y aquellos de Incapacidad Total y permanente, si este Seguro Complementario estuviere incluido en la cobertura del seguro.

Todas las comunicaciones y notificaciones que el Asegurador deba hacer a los Deudores Asegurados se considerarán válidas y completas cuando las remita por medio del Acreedor. El Acreedor será responsable de informar a los Deudores Asegurados de las comunicaciones que realice el Asegurador.

LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO
CLÁUSULA 21.

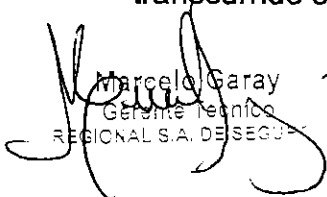
Para la liquidación del capital asegurado en caso de siniestro, el Acreedor deberá presentar la partida de defunción legalizada, y estado de cuentas a la fecha del fallecimiento.

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

En caso de desaparición se considerará la fecha de ocurrencia del siniestro el día siguiente a la última noticia cierta que se hubiese tenido del Deudor Asegurado.

TARIFA DE PERIODO CORTO
CLÁUSULA 22.

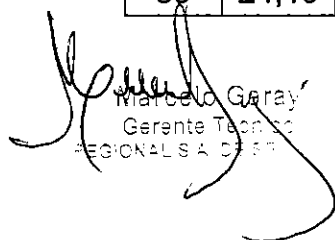
Cuando se contrate un seguro por término menor a un (1) año, si el Tomador opta por la rescisión del contrato, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido según las siguientes tarifas de corto plazo (Art. 1.562 C.C.).


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

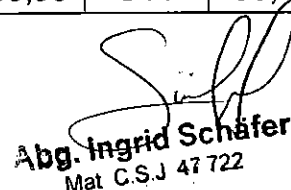
Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%
1	15,20	62	29,40	123	43,60	184	57,90	245	72,10	306	86,30
2	15,50	63	29,70	124	43,90	185	58,10	246	72,30	307	86,50
3	15,70	64	29,90	125	44,10	186	58,30	247	72,50	308	86,70
4	15,90	65	30,10	126	44,30	187	58,60	248	72,80	309	87,00
5	16,20	66	30,40	127	44,60	188	58,80	249	73,00	310	87,20
6	16,40	67	30,60	128	44,80	189	59,00	250	73,20	311	87,40
7	16,40	68	30,80	129	45,00	190	59,30	251	73,50	312	87,70
8	16,90	69	31,10	130	45,30	191	59,50	252	73,70	313	87,90
9	17,10	70	31,30	131	45,50	192	59,70	253	73,90	314	88,10
10	17,30	71	31,50	132	45,70	193	59,90	254	74,20	315	88,40
11	17,60	72	31,80	133	46,00	194	60,20	255	74,40	316	88,60
12	17,80	73	32,00	134	46,20	195	60,40	256	74,60	317	88,80
13	18,00	74	32,20	135	46,40	196	60,60	257	74,90	318	89,10
14	18,30	75	32,50	136	46,70	197	60,90	258	75,10	319	89,30
15	18,50	76	32,70	137	46,90	198	61,10	259	75,30	320	89,50
16	18,70	77	32,90	138	47,10	199	61,30	260	75,60	321	89,80
17	19,00	78	33,20	139	47,40	200	61,60	261	75,80	322	90,00
18	19,20	79	33,40	140	47,60	201	61,80	262	76,00	323	90,20
19	19,40	80	33,60	141	47,80	202	62,00	263	76,30	324	90,50
20	19,70	81	33,90	142	48,10	203	62,30	264	76,50	325	90,70
21	19,90	82	34,10	143	48,30	204	62,50	265	76,70	326	90,90
22	20,10	83	34,30	144	48,50	205	62,70	266	77,00	327	91,20
23	20,40	84	34,60	145	48,80	206	63,00	267	77,20	328	91,40
24	20,60	85	34,80	146	49,00	207	63,20	268	77,40	329	91,60
25	20,80	86	35,00	147	49,20	208	63,40	269	77,70	330	91,90
26	21,10	87	35,30	148	49,50	209	63,70	270	77,90	331	92,10
27	21,30	88	35,50	149	49,70	210	63,90	271	78,10	332	92,30
28	21,50	89	35,70	150	49,90	211	64,10	272	78,30	333	92,60
29	21,80	90	36,00	151	50,20	212	64,40	273	78,60	334	92,80
30	22,00	91	36,20	152	50,40	213	64,60	274	78,80	335	93,00
31	22,20	92	36,40	153	50,60	214	64,80	275	79,00	336	93,30
32	22,50	93	36,70	154	50,90	215	65,10	276	79,30	337	93,50
33	22,70	94	36,90	155	51,10	216	65,30	277	79,50	338	93,70
34	22,90	95	37,10	156	51,30	217	65,50	278	79,70	339	94,00
35	23,20	96	37,40	157	51,60	218	65,80	279	80,00	340	94,20
36	23,40	97	37,60	158	51,80	219	66,00	280	80,20	341	94,40
37	23,60	98	37,80	159	52,00	220	66,20	281	80,40	342	94,70
38	23,90	99	38,10	160	52,30	221	66,50	282	80,70	343	94,90
39	24,10	100	38,30	161	52,50	222	66,70	283	80,90	344	95,10


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%
40	24,30	101	38,50	162	52,70	223	66,90	284	81,10	345	95,40
41	24,50	102	38,80	163	53,00	224	67,20	285	81,40	346	95,60
42	24,80	103	39,00	164	53,20	225	67,40	286	81,60	347	95,80
43	25,00	104	39,20	165	53,40	226	67,60	287	81,80	348	96,00
44	25,20	105	39,50	166	53,70	227	67,90	288	82,10	349	96,30
45	25,50	106	39,70	167	53,90	228	68,10	289	82,30	350	96,50
46	25,70	107	39,90	168	54,10	229	68,30	290	82,50	351	96,70
47	25,90	108	40,20	169	54,40	230	68,60	291	82,80	352	97,00
48	26,20	109	40,40	170	54,60	231	68,80	292	83,00	353	97,20
49	26,40	110	40,60	171	54,80	232	69,00	293	83,20	354	97,40
50	26,60	111	40,90	172	55,10	233	69,30	294	83,50	355	97,70
51	26,90	112	41,10	173	55,30	234	69,50	295	83,70	356	97,90
52	27,10	113	41,30	174	55,50	235	69,70	296	83,90	357	98,10
53	27,30	114	41,60	175	55,80	236	70,00	297	84,20	358	98,40
54	27,60	115	41,80	176	56,00	237	70,20	298	84,40	359	98,60
55	27,80	116	42,00	177	56,20	238	70,40	299	84,60	360	98,80
56	28,00	117	42,20	178	56,50	239	70,70	300	84,90	361	99,10
57	28,30	118	42,50	179	56,70	240	70,90	301	85,10	362	99,30
58	28,50	119	42,70	180	56,90	241	71,10	302	85,30	363	99,50
59	28,70	120	42,90	181	57,20	242	71,40	303	85,60	364	99,80
60	29,00	121	43,20	182	57,40	243	71,60	304	85,80	365	100,00
61	29,20	122	43,40	183	57,60	244	71,80	305	86,00		

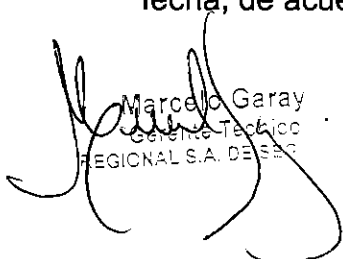
En caso de que el seguro se contrate por un plazo superior a un (1) año, se aplicará el tarifario del periodo corto precedente para calcular la prima por la anualidad que corresponda, al momento de rescindir el contrato.

**TERMINACIÓN DEL CONTRATO
CLÁUSULA 23.**

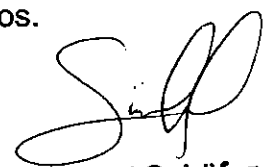
Es causa de terminación del contrato por no cumplir con el número mínimo de Deudores Asegurados requerido el contrato quedará finiquitado de inmediato, salvo pacto en contrario.

**RENOVACIÓN DEL CONTRATO
CLÁUSULA 24.**

Este contrato es renovable anualmente a partir de la fecha indicada en las Condiciones Particulares. 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.


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEG

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

SEGURO COMPLEMENTARIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

DEFINICION

CLÁUSULA 1.

Queda entendido y convenido que en virtud del premio adicional correspondiente, el Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cobertura complementaria al Deudor Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente se de como consecuencia de enfermedad o accidente y no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por ciento ochenta (180) días como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de este seguro. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial, temporal o hayan existido al momento de la incorporación del Deudor Asegurado a la presente póliza.

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

- a) la pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico o accidente;
- b) la amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie, o de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie;
- c) la enajenación mental incurable;
- d) la parálisis general.

RIESGOS NO CUBIERTOS

CLÁUSULA 2.

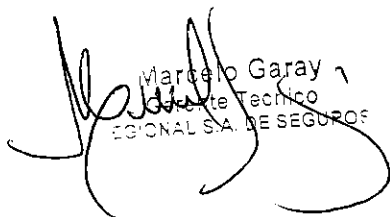
El presente Seguro Complementario no será de aplicación cuando las incapacidades fueran determinadas por actos dolosos del Deudor Asegurado o de terceros en acuerdo con el Deudor Asegurado que tengan por objeto producir dichas incapacidades.

Se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en la cláusula 18 de las Condiciones Particulares Específicas del seguro principal de la Póliza.

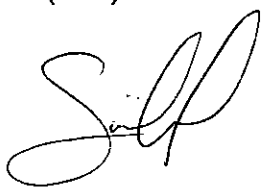
INDEMNIZACION

CLÁUSULA 3.

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


Marcelo Garay
Asesor Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

Si se produjera la incapacidad total y permanente del Deudor Asegurado dentro de las condiciones de la presente cobertura, el Asegurador se obliga a pagar el capital asegurado, que será igual al máximo asegurado para el caso de muerte por la Póliza, consignado en el Certificado Individual. El presente beneficio anticipa el pago del capital asegurado, por lo tanto, éste quedará automáticamente nulo y sin ningún valor al efectuarse el pago garantizado, y, quedando el Asegurador liberado de las obligaciones contraídas por la cobertura de muerte.

Es condición esencial para el pago del presente beneficio, que la incapacidad se produzca por lesiones o enfermedades sufridas o contraídas con posterioridad a la fecha de efecto del crédito amparado por la presente cobertura de seguro.

COMPROBACION DE LA INCAPACIDAD CLÁUSULA 4.

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

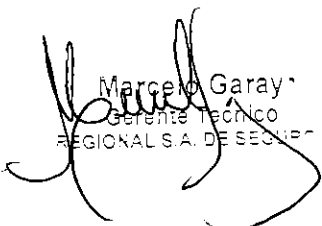
Será necesaria, además, la presentación del Certificado de Nacimiento del Deudor Asegurado para tener derecho al cobro anticipado del capital asegurado, salvo que la edad del mismo hubiere sido comprobada ante el Asegurador.

VALUACION POR PERITOS CLÁUSULA 5.

Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la apreciación de cualquier lesión del Deudor Asegurado, la misma será analizada por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) 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 treinta (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.


Marcelino Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

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.

Considerar que no se trata de un proceso arbitral, la decisión arribada por los médicos podrá ser recurrida por el Asegurado o el Beneficiario ante el órgano jurisdiccional competente.

TERMINACION DE LA COBERTURA
CLÁUSULA 6.

El Asegurador dejará de cubrir el riesgo de Incapacidad Total y Permanente previsto, en los siguientes casos:

- a) Cuando el Certificado Individual correspondiente a la Póliza determinante de la presente cobertura dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago o cuando la misma hubiere vencido.
- b) Si fuese declarado nulo el presente Seguro Complementario.
- c) Cuando el Deudor Asegurado cumpla la edad establecida en las Condiciones Particulares, sin necesidad de declaración judicial

En los casos b) y c) se rebajarán las primas que deberán pagarse con posterioridad a la fecha de anulación del presente seguro complementario, el importe correspondiente como: Extraprima Anual para cubrir este Riesgo.

CONDICIONES APLICABLES
CLÁUSULA 7.

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


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

**ENDOSO N° 1
COBERTURA ADICIONAL PARA CÓNYUGES**

Se dará cobertura a cualquiera de ambos cónyuges, siempre y cuando ambos figuren como Asegurados del Préstamo/Saldo Deudor cubierto y los ingresos de ambos se consideren para el pago de la prima del seguro. Dicha cobertura será por el importe total del saldo deudor para cada uno de los cónyuges.

El Asegurador tendrá el derecho de aceptar o denegar las coberturas por el riesgo adicionado y, si aceptase, el Tomador deberá abonar la prima complementaria que corresponda para que los mismos se encuentren cubiertos.

En caso de fallecimiento de uno de los cónyuges, el Asegurado supérstite tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo no transcurrido siempre y cuando ambos fueron cubiertos por el mismo riesgo o el total del saldo deudor.

**ENDOSO N° 2
COBERTURA ADICIONAL PARA PERSONAS JURÍDICAS**

Se dará cobertura al Tomador y Asegurado del Préstamo (Hombre Clave/Cabeza de Familia) de una empresa familiar, siendo esta persona la responsable de la toma de decisiones en la firma y con relación clave para el mantenimiento del resultado del negocio.

El Asegurado podrá ser el presidente, Ejecutivo, Socio-Gerente de cualquier tipo de empresa con ingresos anuales máximos establecidos en las Condiciones Particulares.

**ENDOSO N° 3
COBERTURA ADICIONAL DE MORA**

La Compañía se extiende a cubrir los saldos de los créditos vigentes, y los saldos de los créditos vencidos (en mora) siempre y cuando los créditos sean amortizables mensualmente y la mora ocurra dentro de la vigencia del crédito.

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

Son créditos vencidos lo que tienen provisión contable por morosidad hasta un máximo de ciento veinte (120) días de mora.


Marcela Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

CONDICIONES PARTICULARES – CARATULA

Regional

SEGUROS

REGIONAL S.A. DE SEGUROS
Av. Irrazabal y Ruta VI, Encarnación.
Tel. (071) 203700
www.regionalseguros.com.py

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS

Cía.	Sección	Póliza	Endoso
Tomador			RUC
Dirección Comercial			
Lugar y fecha de emisión	Vigencia desde lashs del.....	Hasta desde lashs del.....	Capital Asegurado
Entre REGIONAL S.A. DE SEGUROS en adelante el "Asegurador" y quien precedentemente se designa con el nombre de "Tomador", conforme la propuesta presentada, celebran un Contrato de seguro sujeto a las Condiciones Generales y Particulares convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buen fe y que anexan a la presente Póliza formando parte integrante de la misma.			

Cobertura	Capital máximo por Asegurado
Fallecimiento	
Cobertura complementaria de Incapacidad Total y Permanente	

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés	
Costo del Financiamiento:	
COSTO FINAL:	

DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Monto financiado:	
Tasa de interés	X%
Vencimientos	
Fecha:	Monto:

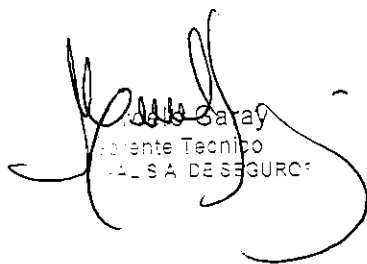
Beneficiarios: Tomador y/o Acreedor – Banco XXX
Edad máxima de ingreso para fallecimiento:
Edad máxima de ingreso para cobertura complementaria:
Edad máxima de permanencia fallecimiento:

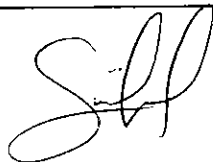
Arceio Garay
Regional S.A. de Seguros

Regional S.A. de Seguros

Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

Edad máxima de permanencia para cobertura complementaria: Tipo de crédito: Máximo de días para provisión contable por morosidad: Monto máximo para créditos vencidos: Valor de la garantía máxima:
Periodo de Espera: Si de las pruebas médicas previstas no resultare con claridad que la incapacidad declarada es total y permanente, será necesario que transcurra un plazo de ciento ochenta (180) días computados desde el día siguiente de la denuncia del siniestro, a los efectos de verificar que la aludida incapacidad total del Asegurado también reúne la calidad de permanente.
Cuando el texto de la Póliza difiere del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza (Artículo 1556 Código Civil).
Forman parte integrante de la presente Póliza, las siguientes Coberturas Adicionales, Anexos y Endosos:
Esta Compañía está autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros según: Resolución SS.SG. N°: _____ Fecha: dd/mm/aaaa
El texto de esta póliza ha sido inscrito en el Plan de Seguro registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el Código segúnh) de la Ley N° 827/96 "De Seguros". La copia facsimilar actualizada del modelo de póliza inscrito en el Registro Público de Modelos de Pólizas con todos sus componentes se encuentra en www.regionalseguros.com.py/...«información a completar»
Agente: _____ Matricula: _____ Tel: _____ Dirección: _____
En caso de utilización de firmas digitales, electrónicas o facsimilares, los representantes legales de la Compañía reconocen expresamente y se obligan a asumir las obligaciones inherentes a los contratos a través de los registros habilitados, por cuenta y riesgo de la Compañía.
La presente póliza consta de hojas.


Representante Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS


Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

3. Modelo de Certificado Individual

Regional
SEGUROS

REGIONAL S.A. DE SEGUROS
Av. Irrazabal y Ruta VI, Encarnación.
Tel. (071) 203700
www.regionalseguros.com.py

CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS

Agencia	Póliza	Certificado	Renueva A	Endoso
Lugar y Fecha de Emisión	Vigencia desde lashs del.....	Hasta desde lashs del.....	Plazo en días	
Tomador	Dirección			
Asegurado	RUC			
Dirección				

Cobertura	Capital máximo
Fallecimiento	
Incapacidad Total y Permanente	

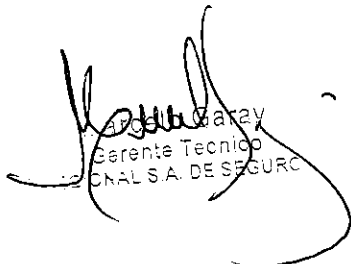
CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés	
Costo del Financiamiento:	
COSTO FINAL:	

DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Monto financiado:	
Tasa de interés	X%
Vencimientos	
Fecha:	Monto:

Beneficiarios: Tomador y/o Acreedor – Banco XXX

La copia facsimilar actualizada del modelo de póliza inscrito en el Registro Público de Modelos de Pólizas con todos sus componentes se encuentra en www.regionalseguros.com.py/...{información a completar}

En caso de utilización de firmas digitales, electrónicas o facsimilares, los representantes legales de la Compañía reconocen expresamente y se obligan a asumir las obligaciones inherentes a los contratos a través de los registros habilitados, por cuenta y riesgo de la Compañía.


Apolonia Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

COBERTURA

La presente cobertura tiene por objeto el pago de una suma, hasta el límite del capital asegurado, ante la certificación de fallecimiento, conforme a las condiciones de esta Póliza y dentro de los plazos previstos por la ley. Es requisito fundamental a los efectos de la presente cobertura que el Asegurado sea Deudor del Acreedor a través del cual se ha otorgado cobertura en cualquiera de las modalidades previstas por el presente contrato y que el siniestro haya ocurrido después de la contratación de la Póliza y mientras la misma se encontraba plenamente vigente conforme a las condiciones de la misma.

La medida de la prestación es a primer riesgo absoluto y el modo de cobertura es a base ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en el Certificado Individual emitido durante la vigencia de la Póliza).

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

PERSONAS ASEGURABLES

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

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

PERSONAS NO ASEGURABLES

De conformidad con el Artículo 1663 del Código Civil no pueden asegurarse en el riesgo de muerte los interdictos y los menores de catorce (14) años de edad.

EXCLUSIONES

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

- a) Enfermedades, lesiones, o dolencias preexistentes, entendiéndose por tales cualquier lesión, enfermedad, o dolencia que afecte al Deudor Asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del Deudor Asegurado a la póliza.
- b) Participación del Deudor Asegurado como conductor, acompañante o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos).

Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros

Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

- c) Intervención del Deudor Asegurado en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- d) Intervención del Deudor Asegurado en ascensiones aéreas; práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- e) Intervención del Deudor Asegurado en operaciones o viajes submarinos y de ejercicios violentos o notoriamente peligrosos.
- f) Guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Deudor Asegurado, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- g) Las determinadas directa o indirectamente por huelga, motín o tumulto popular; por actos de guerra civil o internacional (con o sin declaración); revolución, insurrección, rebelión o invasión.
- h) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años por la misma deuda. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad del Asegurado, el Asegurador no se libera. La prueba del suicidio del Asegurado incumbe al Asegurador, así como la prueba sobre su estado mental (Art. 1670 C.C.)
- i) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Deudor Asegurado por embriaguez, por alcaloides o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- j) Haberse sometido a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí de montaña, u otras actividades análogas y manipulación de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas.
- l) Los riesgos atómicos y nucleares (Cláusula de Exclusión de Riesgos de Energía Nuclear – Reaseguro 1994 NMA 1975A aplicable).
- m) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

SEGURO COMPLEMENTARIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Queda entendido y convenido que en virtud del premio adicional correspondiente, el Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cobertura complementaria al Deudor Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente se de como consecuencia de enfermedad o accidente y no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por ciento ochenta (180) días como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de este seguro. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial, temporal o hayan existido al momento de la incorporación del Deudor Asegurado a la presente póliza.

Corresponde al Deudor Asegurado o la persona que quede a cargo de este dar pruebas de su incapacidad, quedando convenido, que el Asegurador podrá exigir Resolución emitida

Marcelo Garay
Gerente Técnico
Regional S.A. de Seguros

Regional S.A. de Seguros

Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA
CANCELACIÓN DE DEUDAS

33- (treinta y tres)

Pág. 30

por el Instituto de Previsión Social – IPS o Médico Tratante matriculado en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, por accidente del Deudor Asegurado y/o enfermedad u otras pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios. Será necesaria, además, la presentación del Certificado de Nacimiento del Deudor Asegurado para tener derecho al cobro anticipado del capital asegurado, salvo que la edad del mismo hubiere sido comprobada ante el Asegurador.


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

4. Modelo de Propuesta

Regional
SEGUROS

REGIONAL S.A. DE SEGUROS
Av. Irrazabal y Ruta VI, Encarnación.
Tel. (071) 203700
www.regionalseguros.com.py

MODELO DE PROPUESTA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS

Agencia	Póliza	Certificado	Renueva A	Endoso
Tomador				RUC
Dirección				
Lugar y Fecha de Emisión	Vigencia desde lashs del.....	Hasta desde lashs del.....	Plazo en días	

Cobertura	Capital máximo por Asegurado
Fallecimiento	
Cobertura complementaria de Incapacidad Total y Permanente	

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés	
Costo del Financiamiento:	
COSTO FINAL:	

DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Monto financiado:	
Tasa de interés	X%
Vencimientos	
Fecha:	Monto:

Beneficiarios: Tomador y/o Acreedor – Banco XXX
Edad máxima de ingreso para fallecimiento:
Edad máxima de ingreso para cobertura complementaria:
Edad máxima de permanencia para fallecimiento:
Edad máxima de permanencia para cobertura complementaria:
Tipo de crédito:
Máximo de días para provisión contable por morosidad:
Monto máximo para créditos vencidos:

Marcos G. G. G.
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros

Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

Valor de la garantía máxima:

Periodo de Espera: Si de las pruebas médicas previstas no resultare con claridad que la incapacidad declarada es total y permanente, será necesario que transcurra un plazo de **ciento ochenta (180)** días computados desde el día siguiente de la denuncia del siniestro, a los efectos de verificar que la aludida incapacidad total del Asegurado también reúne la calidad de permanente.

Autorizo/amos suficientemente a vuestra Compañía para que soliciten antecedentes personales, comerciales, judiciales, económicos y patrimoniales de mi persona o nuestra empresa, en forma directa o a través de empresas intermediarias. Me/nos comprometo/emos a remitir cualquier documento o dar información que sea requerida por la Compañía a efectos de dar cumplimiento a las políticas de debida diligencia en el conocimiento del cliente, a la firma de la Declaración sobre el origen de los Fondos y a las documentaciones que se deberán presentar para pagos por daños patrimoniales en virtud de la Póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación de conformidad con las disposiciones de la Res. Nro. 71/2019 relativa al Reglamento de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo. Considerando la necesidad de remitir información y a efectos de simplificar esta actividad, autorizo/amos a Banco Regional S.A.E.C.A. a proveer a Regional S.A. de Seguros, y viceversa, toda información y documentación referente a mi/nuestros datos personales o societarios. En consecuencia, exonero/amos a dichas empresas de toda responsabilidad emergente de la provisión de información y documentación relacionada a mi/s cuenta/s bancaria/s, mis productos y servicios de seguros contratados, y/o datos personales o societarios.

Esta autorización se extiende a fin de que pueda proveerse la información a terceros interesados que tengan que ver con el negocio u operativa respectiva.

Además, me/nos comprometo/emos a proveer las documentaciones solicitadas por la Compañía con relación a la apertura de expediente de identificación al cliente, la Declaración sobre el origen de los Fondos y a las documentaciones que se deberán presentar para pagos por daños patrimoniales en virtud de la Póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación de conformidad a las disposiciones y obligaciones que se relacionan a la Res. Nro. 71/2019 emitida por la SEPRELAD.

De conformidad con las Condiciones Generales impresas en la póliza de la Compañía, y con todo lo expresado más arriba, solicito se me extienda una póliza de seguro. Convengo que esta propuesta, una vez aceptada por la Compañía, pase a formar parte del contrato.

Asumo la responsabilidad de pagar todos los importes originados por la emisión de la póliza, impuestos, recargos y demás gastos detallados en la liquidación, así como el importe de la prima hasta el día de su anulación o cancelación.

Declaro que todas las informaciones contenidas, en esta SOLICITUD de seguro es cierta, que asumo la responsabilidad sobre la veracidad de la misma y son las bases del contrato con Regional S.A. de Seguros y Reaseguros sujeto a sus cláusulas y condiciones que el

Marcelo Garay
Regional S.A. de Seguros

Regional S.A. de Seguros

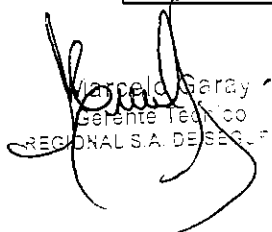
Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47.722

tomador acepta en todas sus partes, autorizando a Regional S.A. de Seguros, en caso que acepte, a emitir la respectiva póliza, comprometiéndome a pagar el premio conforme a lo pactado. **Queda expresamente convenido que la falta de pago de la cuota a su vencimiento o de la prima única, suspende la cobertura automáticamente hasta tanto se regularice el pago, facultando a Regional S.A. de Seguros y Reaseguros, a exigir el pago inmediato del saldo adeudado más sus intereses y accesorios legales. El simple vencimiento establecerá la mora,** autorizando a la consulta como la inclusión a la base de datos de informaciones confidenciales conforme lo establece la ley 1682, como para que se pueda proveer la información a terceros interesados. Declaro que las informaciones recogidas arriba son verdaderas, y soy consciente de las consecuencias derivadas del art. 1549 del código civil, conforme como sigue: "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. El asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia.

En mi carácter de solicitante de la póliza, o representante del solicitante (persona jurídica) con RUC / C.I. N° declaro que los fondos a ser utilizados para el pago de la prima, provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna, con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades a las que se refiere la "Ley 1015/97" que previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes.

Por el presente instrumento autorizo(amos) en forma expresa e irrevocable otorgando suficiente mandato de conformidad a los términos del Art. 917 inc. A del Código Civil, para que por propia cuenta o a través de la Superintendencia de Seguros, puedan recabar y/o proveer información en plaza referente a mi(nuestro) cumplimiento de pago de prima de Seguros, cantidad y monto de reclamo realizado así como mi(nuestra) calidad moral como asegurado(s), ya sea por escrito o por procedimiento informático a fin de poder contar con los elementos de juicio y análisis necesario. Esta autorización se extiende a fin de que pueda proveerse la información a terceros interesados. Además, nos comprometemos a proveer las documentaciones solicitadas por la Compañía con relación a la apertura de expediente de identificación al cliente, la Declaración sobre el origen de los Fondos y a las documentaciones que se deberán presentar para pagos por daños patrimoniales en virtud de la Póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación de conformidad a los Art. 5º, Art. N° 11 y Art. N° 13º de la Resolución N° 026/2009 de la SEPRELAD.

Autorizo irrevocablemente a REGIONAL S.A. DE SEGUROS otorgándole mandato suficiente en los términos del Art. 917 Inc. a) del Código Civil Paraguayo, para que por cuenta propia o a través de empresas especializadas del medio pueda recabar y proveer información referente a mi situación patrimonial, solvencia económica y cumplimiento de obligaciones comerciales y financieras, como así también, a la verificación, confirmación


Marcela Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

y/o certificación de los datos declarados, en los mismos términos, autorizo, en caso de un atraso superior a los 90 días de cualquier pago pendiente con REGIONAL S.A. DE SEGUROS, a que incluyan mi nombre, razón o denominación social que represento en el registro de operaciones en mora de INFORMCONF - EQUIFAX y/o de cualquier otra que tenga como objeto actividades similares. Esta autorización es otorgada en el marco de lo mencionado en la Ley 6534/2020 "DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES CREDITICIOS". Exonero de toda responsabilidad civil, penal, judicial y/o extrajudicial al REGIONAL S.A. DE SEGUROS, sus Directivos, Gerentes, Funcionarios y/o Prestadores de Servicios por lo autorizado.

Así también, manifiesto (amos) mi (nuestra) Declaración de Voluntad para la emisión y renovación de esta y por consiguiente las sucesivas pólizas emitidas a mi (nuestro) nombre por medio de herramientas de firma electrónica, de acuerdo a lo que establece la Ley N° 6822/2022 "De los Servicios de confianza para las transacciones electrónicas, del documento electrónico y los documentos transmisibles electrónicos", sirviendo este documento como simple consentimiento para tal efecto. En tal sentido, convengo que esta propuesta con mi (nuestra) Declaración de Voluntad una vez aceptada por La compañía pasa a formar parte del Contrato por el tiempo que dure la relación comercial. compañía pasa a formar parte del Contrato por el tiempo que dure la relación comercial.


El Tomador por este mismo acto solicita:

- La póliza convencional (impresa).
- La póliza electrónica con firma digital y recibir los términos de contratación al correo electrónico: y/o al celular número.....

En caso de elegir la opción de póliza electrónica con firma digital, recibirá un link de acceso a la descarga donde usted tendrá disponible todos los documentos de su póliza en formato PDF. En esta conexión quedará registrada con la fecha y hora de su acceso para su seguridad y como constancia de haber recibido la documentación.

Regional S.A. de Seguros reconoce expresamente la firma digital obrante en la Póliza de Seguros a ser emitida, con las obligaciones inherentes a las mismas, el valor jurídico y los efectos legales pertinentes al uso de las mismas, así como el código encriptado que otorga una seguridad absoluta a la misma.

MUY IMPORTANTE: Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Artículo 1556 del Código Civil).


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS

38 - (treinta y ocho)

Pág. 35

Agente

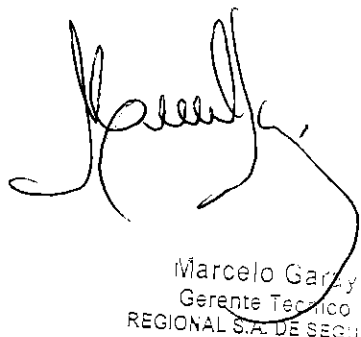
Firma del Tomador

Mat. N°.: _____

Aclaración:.....

Lugar y Fecha: _____

C.I. N°.....


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS


Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

Regional
SEGUROS

REGIONAL S.A. DE SEGUROS
Av. Irrazabal y Ruta VI, Encarnación.
Tel. (071) 203700
www.regionalseguros.com.py

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO
SEGURO DE VIDA (Declaración simplificada)

Póliza Nro.:	Sección/Sub-sección:	Certificado N°:
--------------	----------------------	-----------------

Contratante: Domicilio:
Beneficiarios: Tomador y/o Acreedor

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:
Fecha de Nacimiento: Edad:
Nacionalidad: N° de Documento:
Profesión/Ocupación: Estado Civil:
Domicilio para notificaciones:
Teléfono para notificaciones:
Correo electrónico:

DATOS DEL CRÉDITO

Monto del Crédito: Plazo en días:
Moneda: Plazo en meses:
Fecha de vencimiento: Costo del Seguro:
Tipo de amortización:

Cobertura	Capital máximo
Fallecimiento	
Incapacidad Total y Permanente	

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés	
Costo del Financiamiento:	
COSTO FINAL:	

DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Monto financiado:	
Tasa de interés	X%
Vencimientos	
Fecha:	Monto:

Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros

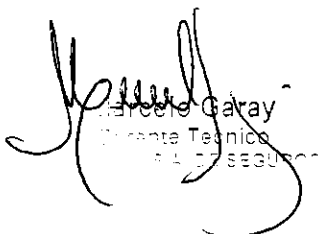
Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556° del Código Civil Paraguayo).

DECLARACION DE SALUD

ESCRIBA A PUÑO Y LETRA "SI" O "NO" AL FINAL DE CADA PREGUNTA (.....)	
EN CASO DE INDICAR "SI" A ALGUNA PREGUNTA, <u>SUBRAYE</u> LAS DOLENCIAS DE CADA APARTADO.	
1.	Falta de respiración, persistencia de ronquera o tos, escupir sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o desorden crónico respiratorio: (.....)
2.	Presión alta, palpitaciones dolorosas del pecho, fiebre reumática, murmullos en el corazón, ataque cardíaco o cualquier otro desorden del corazón o de las arterias: (.....)
3.	Diabetes, tiroides o cualquier desorden glandular: (.....)
4.	Desorden de la piel, glándulas linfáticas, quistes, tumores o cáncer: (.....)
5.	Uso excesivo del alcohol, tabaco o uso habitual de drogas: (.....)
6.	Cualquier desorden mental o físico no mencionado aquí: (.....)
7.	¿Se le ha aconsejado tomar una prueba para un diagnóstico, hospitalización para cirugía no completada? (.....)
8.	¿Ha sido o está siendo analizado, tratado, consultado o informado de tener SIDA? (.....)
9.	¿Ha sufrido algún accidente, herida u operación quirúrgica grave durante los tres últimos años? (.....)
10.	Confirme que no ha sufrido ninguna enfermedad que haya requerido tratamiento de un médico, en caso contrario detalle a continuación: (.....)

Confirmando bajo declaración jurada haber leído el cuestionario que antecede y que las respuestas son verdaderas, que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Aseguradora. **Reconozco que 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.** Además autorizo a realizar las pruebas médicas que la Aseguradora solicite y autorizo expresamente a cualquier médico o institución médica que me hubiese reconocido u asistido en mis dolencias a revelar al médico autorizado por la Aseguradora todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al momento de suscribir el presente documento.


Marcelo Garay
Ejecutivo Técnico
Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS

41- (cuarenta y uno)

Pág. 38

En ningún caso serán cubiertas enfermedades, lesiones y dolencias preexistentes, entendiéndose por tales cualquier lesión, enfermedad, o dolencia que afecte al asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza. **La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar la presente solicitud a los efectos de emitir la póliza correspondiente;** y podrá solicitar mayor información si así lo requiere en un plazo de hasta 15 días desde la recepción del documento, plazo que puede ser interrumpido por la solicitud de información adicional para la aceptación del riesgo.

Agente

Firma del Solicitante

Mat. N°: _____

Aclaración:.....

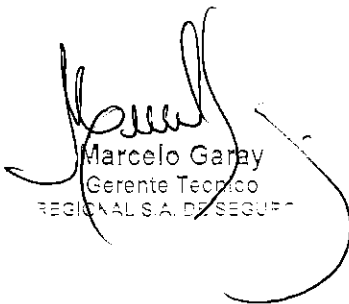
Lugar y Fecha: _____


C.I. N°.....

La Aseguradora pondra disposición del Asegurado el certificado de cobertura en el sitio web <http://www.regionalseguros.com.py>

Verificado por oficial:

Sucursal:


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS

42. (Cuarenta y dos)

Pág. 39

Regional
SEGUROS

REGIONAL S.A. DE SEGUROS
Av. Irrazabal y Ruta VI, Encarnación.
Tel. (071) 203700
www.regionalseguros.com.py

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO
SEGURO DE VIDA (Declaración simplificada 2)

Póliza Nro.:	Sección/Sub-sección:	Certificado N°:
--------------	----------------------	-----------------

Contratante: Domicilio:
Beneficiarios: Tomador y/o Acreedor

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:
Fecha de Nacimiento: Edad:
Nacionalidad: N° de Documento:
Profesión/Ocupación: Estado Civil:
Domicilio para notificaciones:
Teléfono para notificaciones:
Correo electrónico:

DATOS DEL CRÉDITO

Monto del Crédito: Plazo en días:
Moneda: Plazo en meses:
Fecha de vencimiento: Costo del Seguro:
Tipo de amortización:

Cobertura	Capital máximo
Fallecimiento	
Incapacidad Total y Permanente	

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés	
Costo del Financiamiento:	
COSTO FINAL:	

DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Monto financiado:	
Tasa de interés	X%
Vencimientos	
Fecha:	Monto:

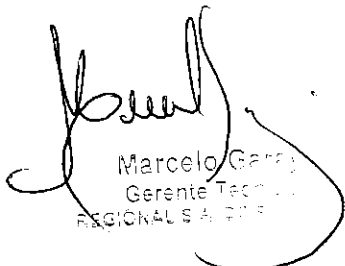
Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556° del Código Civil Paraguayo).

DECLARACION DE SALUD

ESCRIBA A PUÑO Y LETRA "SI" O "NO" AL FINAL DE CADA PREGUNTA (.....)		
EN CASO DE INDICAR "SI" A ALGUNA PREGUNTA, <u>SUBRAYE</u> LAS DOLENCIAS DE CADA APARTADO.		
	Estatura (cm):	Peso (Kg):
1.	Falta de respiración, persistencia de ronquera o tos, pulmonía, tuberculosis, escupir sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, obstrucción pulmonar crónica, cansancio al caminar o desorden crónico respiratorio, col pulmonar, fibrosis pulmonar, fibrosis quística, neumotórax:	(.....)
2.	Palpitaciones dolorosas del pecho, presión alta, fiebre reumática, murmullos en el corazón, ataque cardíaco, molestias o dolores en el pecho, soplo del corazón, hinchazón de piernas o cualquier otro desorden del corazón o de las arterias: Si subrayó presión alta indicar niveles: Sistólica Diastólica	(.....)
3.	Diabetes tipo (.....), tiroides o cualquier desorden glandular:	(.....)
4.	Vértigos, desmayos, parálisis, convulsiones, epilepsia, pérdida del conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos o habituales, encefalitis, esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión:	(.....)
5.	Desorden de la piel, glándulas linfáticas, quistes, úlceras, tumores o cáncer:	(.....)
6.	Uso excesivo del alcohol o uso habitual de drogas:	(.....)
7.	¿Fumas? (Indicar consumo diario):	
8.	Cualquier desorden mental o físico no mencionado aquí:	(.....)
9.	¿Se le ha aconsejado tomar una prueba para un diagnóstico, hospitalización para cirugía no completada?	(.....)
10.	¿Ha sido o está siendo analizado, tratado, consultado o informado de tener SIDA o enfermedades relacionadas al SIDA (diarrea crónica, baja de peso, tumores de la piel, etc.) o condiciones relacionadas al SIDA?	(.....)
11.	¿Ha sufrido algún accidente, herida u operación quirúrgica grave durante los tres últimos años?	(.....)
12.	¿Cuál es su medicamento de uso habitual?	
13.	¿Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario o no haya requerido tratamiento de un médico?	(.....)


 Marcelo García
 Gerente Técnico
 REGIONAL S.A. DE SEGUROS


 Abg. Ingrid Schäfer
 Mat. C.S.J. 47.722

Confirmando bajo declaración jurada haber leído el cuestionario que antecede y que las respuestas son verdaderas, que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Aseguradora. Reconozco que 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. Además autorizo a realizar las pruebas médicas que la Aseguradora solicite y autorizo expresamente a cualquier médico o institución médica que me hubiese reconocido u asistido en mis dolencias a revelar al médico autorizado por la Aseguradora todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al momento de suscribir el presente documento.

En ningún caso serán cubiertas enfermedades, lesiones y dolencias preexistentes, entendiéndose por tales cualquier lesión, enfermedad, o dolencia que afecte al asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza. **La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar la presente solicitud a los efectos de emitir la póliza correspondiente;** y podrá solicitar mayor información si así lo requiere en un plazo de hasta 15 días desde la recepción del documento, plazo que puede ser interrumpido por la solicitud de información adicional para la aceptación del riesgo.

Agente

Firma del Solicitante

Mat. N°.: _____

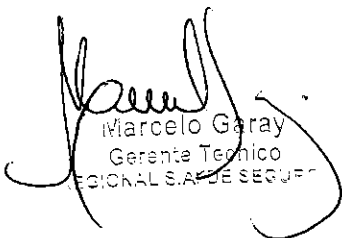
Aclaración:.....

Lugar y Fecha: _____

C.I. N°.....

La Aseguradora pondrá a disposición del Asegurado el certificado de cobertura en el sitio web <http://www.regionalseguros.com.py>

Verificado por oficial:	
Sucursal:	


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS

45. (Cuarenta y cinco)

Pág. 42

Regional

SEGUROS

REGIONAL S.A. DE SEGUROS
Av. Irrazabal y Ruta VI, Encarnación.
Tel. (071) 203700
www.regionalseguros.com.py

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO
SEGURO DE VIDA (Declaración extendida)

Póliza Nro.:	Sección/Sub-sección:	Certificado N°:
--------------	----------------------	-----------------

Contratante: **Domicilio:**
Beneficiarios: Tomador y/o Acreedor

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:
Fecha de Nacimiento: Edad:
Nacionalidad: N° de Documento:
Profesión/Ocupación: Estado Civil:
Domicilio para notificaciones:
Teléfono para notificaciones:
Correo electrónico:

DATOS DEL CRÉDITO

Monto del Crédito: Plazo en días:
Moneda: Plazo en meses:
Fecha de vencimiento: Costo del Seguro:
Tipo de amortización:

Cobertura	Capital máximo
Fallecimiento	
Incapacidad Total y Permanente	

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés	
Costo del Financiamiento:	
COSTO FINAL:	

DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Monto financiado:	
Tasa de interés	X%
Vencimientos	
Fecha:	Monto:

Regional S.A. de Seguros

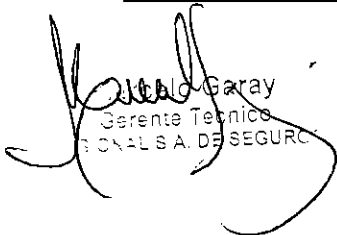
Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

Madero Garza
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS


Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556° del Código Civil Paraguayo).

DECLARACION DE SALUD

CUESTIONARIO		
Estatura (cm)		Peso (Kg)
ESCRIBA A PUÑO Y LETRA "SI" O "NO" AL FINAL DE CADA PREGUNTA (.....)		
1	¿Padece o ha padecido falta de respiración, persistencia de ronquera o tos, pulmonía, tuberculosis, escupir sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, obstrucción pulmonar crónica, cansancio al caminar o desorden crónico respiratorio, cor pulmonale, fibrosis pulmonar, fibrosis quística, neumotórax u otras enfermedades del aparato respiratorio?	(.....)
2	¿Padece o ha padecido palpitaciones dolorosas del pecho, presión alta, fiebre reumática, murmullos en el corazón, ataque cardíaco, molestias o dolores en el pecho, soplo del corazón, hinchazón de piernas o cualquier otro desorden del corazón o de las arterias u otras enfermedades del aparato circulatorio? Si padece de presión alta, favor especificar: PRESIÓN ARTERIAL: (..... /	(.....)
3	¿Padece o ha padecido de dolor de cabeza severo, vértigos, epilepsia, afecciones mentales, depresión, neuritis, encefalitis, esquizofrenia u otras enfermedades del sistema nervioso?	(.....)
4	¿Padece o ha padecido de afección en el estómago o de los intestinos, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos u otras enfermedades del aparato digestivo?	(.....)
5	¿Padece o ha padecido de enfermedades de los huesos o articulaciones, reumatismo, afección de la columna vertebral, hernia de discos u otras enfermedades del sistema musculoesquelético?	(.....)
6	¿Padece o ha padecido: cáncer, quistes, tumores, desórdenes de la piel o afecciones de las glándulas linfáticas?	(.....)
7	¿Padece o ha padecido diabetes, tiroides o cualquier desorden glandular?	(.....)
8	¿Padece o ha padecido de afecciones de los riñones u otras enfermedades de las vías urinarias u órganos genitales?	(.....)
9	¿Padece o ha padecido enfermedades de los ojos u oídos?	(.....)
10	¿Padece o ha padecido enfermedades que afecten al sistema inmunitario o enfermedades autoinmunes, tales como SIDA, Lupus u otras?	(.....)
11	¿Ha sufrido algún accidente o intoxicación?	(.....)
12	¿Se ha sometido o debe someterse a una operación o intervención quirúrgica?	(.....)


Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

13	¿Padece o ha padecido de enfermedades o dolencias no mencionados más arriba?	(.....)
14	¿Sigue o ha seguido algún tratamiento médico?	(.....)
15	En caso de que usted haya marcado una respuesta afirmativa más arriba, especificar a continuación sobre la enfermedad o dolencia principal:	
	Patología o dolencia:	
	Fecha de inicio de la patología o dolencia:	
	Médico de cabecera / Sanatorio:	
	Secuelas / Condición actual:	
16	¿Consume usted bebidas alcohólicas?	(.....)
17	¿Es usted fumador habitual?	(.....)
18	¿Consume medicamentos o drogas bajo prescripción médica?	(.....)
	Especifique cuáles:	
	¿Lo/s consume de forma eventual o permanente?	

Confirmando bajo declaración jurada haber leído el cuestionario que antecede y que las respuestas son verdaderas, que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Aseguradora. **Reconozco que 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.** Además autorizo a realizar las pruebas médicas que la Aseguradora solicite y autorizo expresamente a cualquier médico o institución médica que me hubiese reconocido u asistido en mis dolencias a revelar al médico autorizado por la Aseguradora todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al momento de suscribir el presente documento.

En ningún caso serán cubiertas enfermedades, lesiones y dolencias preexistentes, entendiéndose por tales cualquier lesión, enfermedad, o dolencia que afecte al asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza. **La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar la presente solicitud a los efectos de emitir la póliza correspondiente;** y podrá solicitar mayor información si así lo requiere en un plazo de hasta 15 días desde la recepción del documento, plazo que puede ser interrumpido por la solicitud de información adicional para la aceptación del riesgo.

Agente

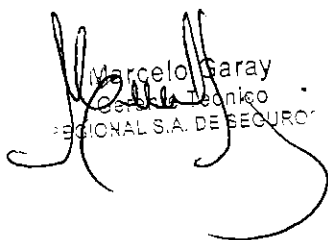
Firma del Solicitante

Mat. N°: _____

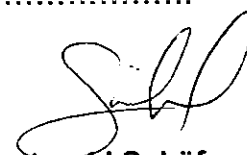
Aclaración:.....

Lugar y Fecha: _____

C.I. N°.....


 Marcelo Saray
 Gerente Técnico
 REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros


 Abg. Ingrid Schäfer
 Mat C.S.J 47 722

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA
CANCELACIÓN DE DEUDAS

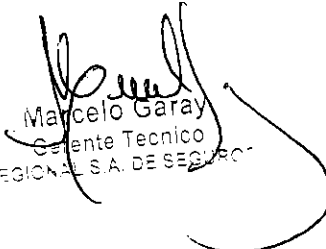
48. (cuarenta y ocho)

Pág. 45

La Aseguradora pondra disposición del Asegurado el certificado de cobertura en el sitio web <http://www.regionalseguros.com.py>

Verificado por oficial:

Sucursal:


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS


Abg. Ingrid Schäfer
Mat C.S.J 47 722

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS

49-(cuarenta y nueve)

Pág. 46

Regional
SEGUROS

REGIONAL S.A. DE SEGUROS
Av. Irrazabal y Ruta VI, Encarnación.
Tel. (071) 203700
www.regionalseguros.com.py

MODELO DE PLANILLA DE DECLARACIÓN
SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA CANCELACIÓN DE DEUDAS

POLIZA N°:
NOMBRE DEL CONTRATANTE:
DOMICILIO:
CORRESPONDIENTE A: [Indicar fecha de declaración]

PLANILLA DE DECLARACIÓN									
Asegurado	Fecha de nacimiento	Número de documento	N° de Crédito	Monto del Crédito	Plazo del Crédito	Monto de la Cuota	Forma de Amortización	Capital Asegurado	Premio


Marcelo Garay
Gerente Técnico
REGIONAL S.A. DE SEGUROS


Abg. Ingrid Schäfer
Mat. C.S.J. 47 722