

**Denominación del Plan:** SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO VIDA.

1. Descripción del plan.....	1
2. Modelo de Póliza .....	4
3. Modelo de Certificado Individual .....	53
4. Modelo de Propuesta .....	59
5. Nota Técnica.....	72
6. Otros Elementos Contractuales .....	91
7. Requisitos Especiales para Caución.....	91

El presente plan consta de 98 páginas.

**1. Descripción del plan****1.1 El objetivo del plan**

El presente plan es un Seguro de Vida Colectivo – Multirriesgo Vida con vigencia anual y tiene por objetivo el pago de la indemnización en el caso de fallecimiento del Asegurado por accidente o causa natural, teniendo en cuenta que en caso de fallecimiento por enfermedades no se cubrirá aquella que haya sido diagnosticada antes de iniciado la vigencia de la póliza contratada.

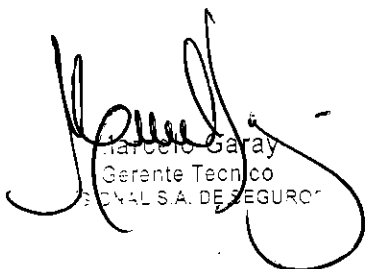
Además, tiene coberturas adicionales optativas para complementar la protección integral al Asegurado: Incapacidad total y permanente; Beneficio por Accidente; Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedades Terminales; Trasplante de órganos; Gastos médicos; Gastos de Sepelio, Renta Diaria por Hospitalización, Repatriación de restos mortales, Fallecimiento del cónyuge, y/o Gastos de Sepelio del hijo menor de 18 años.

**1.2 Riesgos a ser cubiertos.**

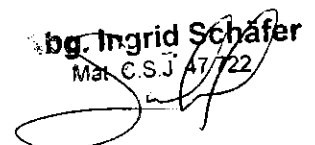
La Compañía pagará al o los Beneficiarios, la suma asegurada fijada para las coberturas contratadas y que figuran en las Condiciones Particulares, en caso de que el siniestro se produzca durante la vigencia de la póliza.

La cobertura principal es la de fallecimiento por accidente o causa natural, teniendo la posibilidad de contratar de manera complementaria y opcional las coberturas de:

- Incapacidad total y permanente.
- Beneficio por Accidente.
- Anticipo de suma asegurada por enfermedades terminales.
- Trasplante de órganos.
- Gastos médicos a consecuencia de Accidentes.
- Renta diaria por hospitalización.
- Gastos de sepelio.
- Repatriación de restos mortales.
- Fallecimiento del cónyuge.
- Gastos de Sepelio del hijo menor de 18 años

  
 Marcelo Garay  
 Gerente Técnico  
 REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
 bg. Ingrid Schäfer  
 Mat. C.S.J. 47/722

### 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.
- **Contratante y/o Tomador:** es quien contrata el seguro con el Asegurador, y quien acuerda o acepta las condiciones de la póliza.

### 1.4 Duración de la Cobertura y Procedimiento para Anulación Anticipada.

Las Pólizas tendrán una duración normal de un (1) año o periodos inferiores a requerimiento del Tomador

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 Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 1562 C.C.).

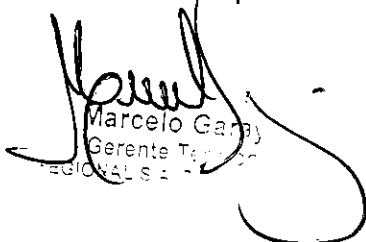
### 1.5 Elementos para verificación en caso de Anulación Anticipada.

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.

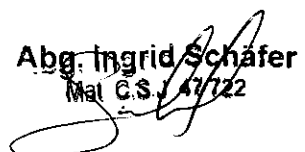
### 1.6 Partes componentes de la Póliza y forma de utilización de las mismas

Esta Póliza (Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares), las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro 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 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.

  
Marcelo García  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. de Seguros y Reaseguros

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 47722  


En las Condiciones Particulares de la Póliza se incorporan los elementos necesarios para identificar correctamente el interés asegurado, la suma asegurada, el Tomador, 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

Se firmará un contrato con una Empresa Prestadora de Servicios para proveer el servicio de Orientación Médica Online, el cual permitirá al Asegurado recibir asesoramiento de un profesional médico local sobre afecciones médicas primarias, como ser: fiebre, gripes, resfríos, erupciones, dolores abdominales, vacunación, consulta de medicamentos, entre otros, cuyos eventos ocurran dentro del territorio nacional.

### 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.

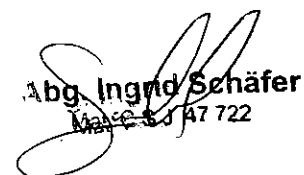
Para difusión de las Coberturas y Condiciones se utiliza la página web institucional [www.regionalseguros.com.py](http://www.regionalseguros.com.py).

### 1.9 Formas de coparticipación del Asegurado

En las Condiciones Particulares se establece periodo de carencia para los seguros complementarios de Anticipo de suma asegurada por Enfermedades Terminales, Renta Diaria por Hospitalización y por Trasplante de órganos.

\*\*\*\*\*

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

  
Abg. Ingrid Schäfer  
MACE S.J. 47 722

## 2. Modelo de Póliza

### CONDICIONES GENERALES COMUNES SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO VIDA

#### 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.).

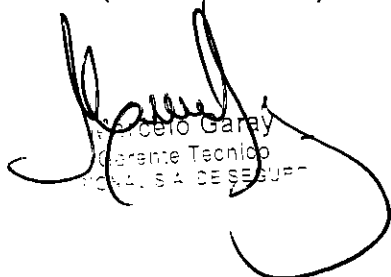
#### AGRAVACIÓN DEL RIESGO

##### 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.).

  
Roberto Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Abg. Ingrid Schäfer  


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 hacerse 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.**

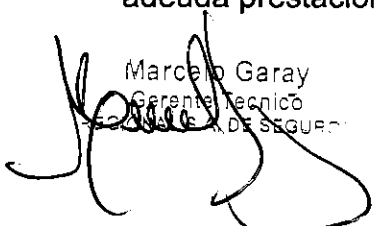
Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace anulable el contrato.

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

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

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

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

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.E. 457/22

**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.).

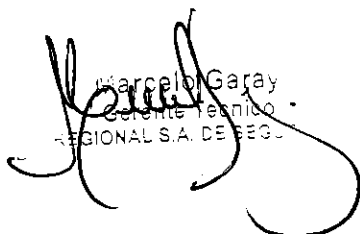
Cuando el Asegurado ha denunciado erróneamente un riesgo más grave, tiene derecho a la rectificación de la prima por los períodos anteriores a la denuncia del error, de acuerdo con la tarifa aplicable al tiempo de la celebración del contrato. Cuando el riesgo ha disminuido, el Tomador tiene derecho al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

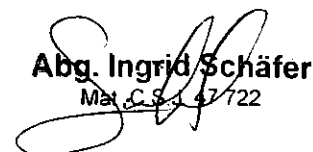
**FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE  
CLÁUSULA 6.**

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

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S. 47722

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

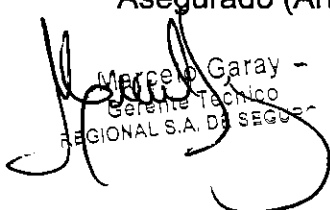
#### **VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO CLÁUSULA 9.**

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

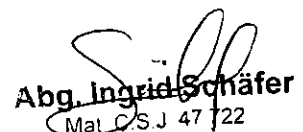
El Asegurador tiene derecho a hacer toda clase de investigación, levantar información y practicar evaluaciones en cuanto al daño, su valor y sus causas y exigir del Asegurado, testimonio o juramento permitido por las leyes procesales.

#### **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.).

  
Mercedes Garay -  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 47 122

**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.).

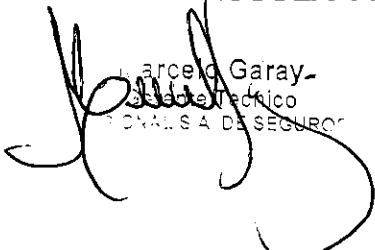
El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del Asegurado, dentro de los treinta (30) días de recibida la información complementaria prevista para la denuncia del siniestro. La omisión de pronunciarse importa aceptación. En caso de negativa, deberá enunciar todos los hechos en que se funde (Art.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

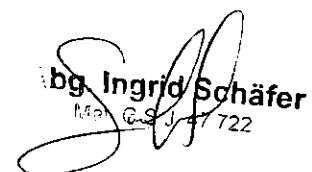
**RESCISIÓN UNILATERAL  
CLÁUSULA 13.**

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 Asegurado, 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 Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 1562 C.C.).

**MORA AUTOMÁTICA  
CLÁUSULA 14.**

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

  
Ing. Ingrid Schäfer  
M.B. C.S.J. 47722



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

**CÓMPUTO DE LOS PLAZOS**  
**CLÁUSULA 18.**

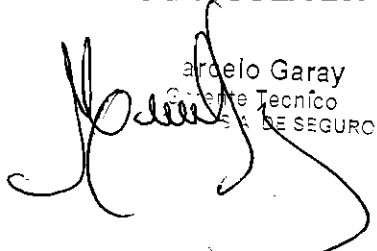
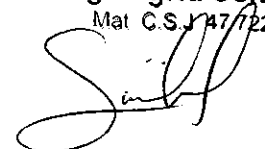
Todos los plazos en días, indicados en la presente Póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario

**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.**

Dg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 47/72

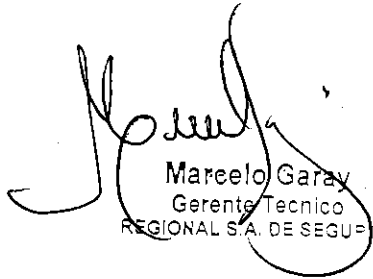


Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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. 47.102

**CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS  
SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO VIDA**

**DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO  
CLÁUSULA 1.**

Forman parte integral del presente contrato: esta póliza, las Solicitudes de Seguro presentadas por el Contratante y los Asegurados, respectivamente, el Registro de Asegurados y los Certificados Individuales de Incorporación al Seguro que se expiden a los Asegurados, constituyen el contrato completo entre el Contratante, y el Asegurador.

**RIESGOS ASEGURADOS  
CLÁUSULA 2.**

Mediante este contrato, la Compañía se compromete al pago de la indemnización estipulada en la presente póliza para la cobertura principal de fallecimiento, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado, sufre muerte natural o accidental, teniendo en cuenta que en caso de fallecimiento por enfermedades no se cubrirán aquellas que hayan sido diagnosticadas antes de iniciada la vigencia de la póliza.

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

- a) Incapacidad total y permanente.
- b) Beneficio por Accidente.
- c) Anticipo de suma asegurada por enfermedades terminales.
- d) Trasplante de órganos.
- e) Gastos médicos a consecuencia de Accidentes.
- f) Renta diaria por hospitalización.
- g) Gastos de sepelio.
- h) Repatriación de restos mortales.
- i) Fallecimiento del cónyuge.
- j) Gastos de Sepelio del hijo menor de 18 años.

Dichas coberturas complementarias se darán solo en caso de que sean contratadas y abonadas las primas correspondientes.

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

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

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

## PERSONAS ASEGURABLES

### CLÁUSULA 3.

A los efectos de este seguro, se considerarán asegurables a todas las personas que se encontraren al servicio activo del Contratante y/o estén asociadas, adheridas, afiliadas o de algún modo formen parte integrante de Asociaciones, Agremiaciones, Sindicatos, Clubes Sociales o Deportivos, Cooperativas, Entidades Financieras, Mutuales, Instituciones de carácter comunitario, familiares y en general a personas y organizaciones ligadas por un interés común.

Además del requisito señalado en el párrafo anterior serán asegurables las personas físicas que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Edad: esté comprendida entre las edades mínima y máxima de incorporación al seguro establecidas en las Condiciones Particulares (carátula del certificado) de esta póliza, salvo pacto en contrario inserto en el respectivo Certificado Individual.
- b) De acuerdo a la Política de Suscripción se aplicará las condiciones de asegurabilidad, las cuales podrán requerir, pero no limitarse a Declaración de Salud y/o Exámenes laboratoriales y médicos.

## PERSONAS NO ASEGURABLES

### CLÁUSULA 4.

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

La edad del Asegurado deberá constar en la respectiva Solicitud Individual de Incorporación al Seguro o en la Planilla de Declaración mensual y 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 una falsa declaración, fuera de los límites de aceptación del riesgo del Asegurador, se aplicará lo establecido en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales y conforme a lo establecido en el Art. 1.666 del C.C.

## MODIFICACION DE LA PROFESIÓN Y OCUPACIÓN

### CLÁUSULA 5.

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

Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

La Compañía deberá pronunciarse y comunicarlo a través de una nota con acuse de recibo del Asegurado o telegrama, dentro del término de ocho (8) días, a contar desde la recepción de la comunicación del Asegurado, sobre las condiciones de continuación del seguro, debiendo mantener la cobertura durante dicho lapso. Vencido ese término, el silencio de la Compañía se interpretará como que admite la vigencia del Certificado Individual en las nuevas condiciones y sin aumento de la prima.

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

En caso de que la Compañía rescinda el contrato, devolverá la fracción de prima pagada que corresponda para el caso de rescisión por su parte según la cláusula 22 de estas Condiciones Particulares Específicas. Si la Compañía propusiera el aumento de la prima y este no fuere aceptado por el Asegurado dentro del plazo de ocho (8) días de notificado, el seguro quedara en vigencia con una reducción proporcional de las sumas aseguradas. (Art. 1.668 C.C.P.)

#### **VIGENCIA DEL CONTRATO CLÁUSULA 6.**

La vigencia de la póliza es la establecida en las Condiciones Particulares la cual tendrá una vigencia mínima de quince (15) días y una vigencia máxima de un (1) año.

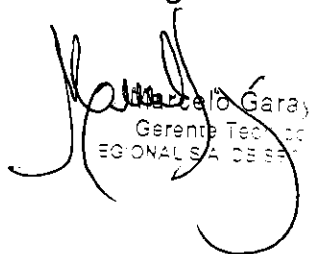
#### **RENOVACIÓN DEL CONTRATO CLÁUSULA 7.**

De no mediar notificación expresa en contrario, una vez cumplido el plazo de vigencia indicado en las Condiciones Particulares, este contrato es renovable de forma automática por única vez por un periodo de igual duración.

Posteriormente, las partes podrán acordar anualmente la renovación de la cobertura, mediando la correspondiente solicitud de renovación.

En cada renovación, se aplicarán las primas en vigor del Asegurador en dicha fecha, de acuerdo a la edad alcanzada por el Asegurado.

Si el Tomador no diera confirmación al Asegurador en tiempo antes del vencimiento siguiente a la renovación que se hiciere de forma automática, este no podrá reclamar

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SE

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 47722

posteriormente al Asegurador la interrupción de la vigencia de su póliza y deberá volver a dar cumplimiento a los requisitos exigidos para un seguro nuevo.

## **TERMINACION DEL CONTRATO**

### **CLÁUSULA 8.**

Son causas de terminación del contrato:

- a) El vencimiento de la póliza, producida automáticamente en la fecha mencionada en la misma si no fuere previamente renovada.
- b) Cuando el número de Asegurados sea inferior a dos (2) personas, en cuyo caso el contrato caducará en forma automática, salvo pacto en contrario.
- c) La finalización del plazo de gracia correspondiente a una prima no pagada, si hubiere comunicación expresa de cancelación por parte del Asegurador.
- d) Las causales previstas en la ley.

## **CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE INCORPORACIÓN AL SEGURO**

### **CLÁUSULA 9.**

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

## **VIGENCIA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES**

### **CLÁUSULA 10.**

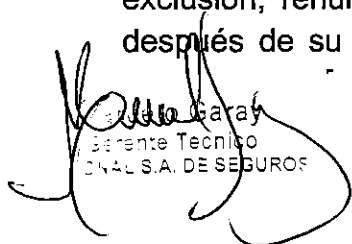
Los Certificados Individuales correspondientes a las personas que ingresen inicialmente al seguro, entrarán en vigor conjuntamente con esta póliza y tendrán una duración máxima de doce (12) meses.

La vigencia de los Certificados Individuales correspondientes a las personas que ingresen posteriormente al seguro comenzará desde la fecha de recibo de la solicitud del Tomador o de la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro junto con todos los documentos requeridos por el asegurador, sin perjuicio del derecho que se reserva el Asegurador de rechazar el riesgo dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de la solicitud.

## **SALIDA DEL SEGURO**

### **CLÁUSULA 11.**

Las personas que se separen definitivamente del conjunto de Asegurados, ya sea por exclusión, renuncia, despido o jubilación dejarán de estar aseguradas treinta (30) días después de su separación del conjunto de asegurados, quedando automáticamente sin

  
Roberto Garay  
Gerente Técnico  
ONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S. 97722

efecto y sin ningún valor el correspondiente Certificado Individual de Incorporación al Seguro.

En caso de cancelación de la presente póliza, todos los Certificados Individuales de Incorporación al Seguro correspondiente a la misma, quedarán extintos automáticamente.

### **PRIMAS**

#### **CLÁUSULA 12.**

La prima total del seguro será la suma de las primas que correspondan a cada Asegurado. La prima de cada Asegurado será la que resulte de multiplicar la tasa de prima por el Capital Asegurado correspondiente.

A aquellos que ingresen con posterioridad a la fecha de inicio o a los que se separen del conjunto de Asegurados, durante el transcurso de un período anual, se les aplicará la tasa por meses completos de cobertura efectiva.

### **PAGO DE PRIMA**

#### **CLÁUSULA 13.**

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.

El pago de las primas de esta póliza podrá efectuarse en forma mensual, trimestral, semestral o anual según acuerdo de las partes al momento de celebrar el contrato. Los cambios en la forma de pago de las primas originalmente convenidas se solicitarán por escrito, a más tardar dentro del plazo de gracia concedido para el pago de la prima cuya forma de pago se desea modificar.

### **PLAZO DE GRACIA - CADUCIDAD DEL CONTRATO**

#### **CLÁUSULA 14.**

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

Francisco Gañay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

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

Para el pago de la primera prima, el plazo de gracia contará desde la emisión de la póliza o desde la fecha de inicio de la vigencia de la misma, según cuál de las dos (2) fechas sea posterior.

Vencido dicho plazo, el Asegurador podrá rescindir el contrato dando aviso al Contratante por nota con acuse de recibo o telegrama colacionado. Conforme a lo señalado en el art. 1669 del C.C.P. en caso de que el asegurado no pague la prima acorde a lo pactado se entenderá que el mismo queda rescindido.

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

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

#### **DERECHO EN CASO DE SERVICIO MILITAR CLÁUSULA 15.**

Los Asegurados que deban cumplir con el Servicio Militar en tiempo de paz, proseguirán en el seguro siempre que se continúen abonando las primas respectivas.

Si no se acogieren a este derecho, podrán solicitar su reincorporación, sin presentar nuevas pruebas de asegurabilidad que pudiera solicitar el Asegurador para los que ingresen al seguro, dentro del término de treinta (30) días desde su reintegro activo al Tomador.

#### **AMBITO DE COBERTURA CLÁUSULA 16.**

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

#### **RIESGOS NO CUBIERTOS - PÉRDIDAS DE DERECHO A INDEMNIZACIÓN CLÁUSULA 17.**

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

Arceles Garay  
Gerente Técnico  
Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S. J. 47722

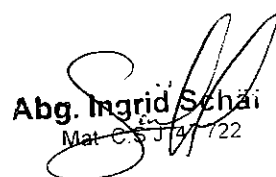


- a) Enfermedades, lesiones, o dolencias preexistentes, entendiéndose por tales cualquier lesión, enfermedad, o dolencia que afecte al Asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del Asegurado a la póliza.
- b) Participación como conductor, acompañante o integrante 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 en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- d) Intervención en ascensiones aéreas; práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- e) Intervención 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 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 motín, huelga o tumulto popular salvo que el Asegurado no participe en estos últimos como elemento activo; por actos de guerra civil o internacional (con o sin declaración); revolución, insurrección, rebelión o invasión.
- h) Participación en empresa criminal, por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.
- i) Acto ilícito provocado por el Asegurado.
- j) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte o su tentativa, 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.)
- k) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado por embriaguez, por alcaloides o uso de estupefacientes no prescritos médicamente. Salvo pacto en contrario.
- l) Haberse sometido a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- m) 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 manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas.
- n) Los riesgos atómicos y nucleares (Cláusula de Exclusión de Riesgos de Energía Nuclear – Reaseguro 1994 NMA 1975A aplicable).
- o) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

**INTERVENCIÓN DEL CONTRATANTE  
CLÁUSULA 18.**

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schai  
Mat. C. 6374722

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

El Asegurador podrá exigir, en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados. Si se verificara la existencia de un error en la edad declarada, el Asegurador podrá reajustar la prima media a la que efectivamente corresponda y el Contratante será responsable por la diferencia que resulte.

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

#### **CAMBIO DEL TOMADOR CLÁUSULA 19.**

En caso de cambio del Tomador de esta póliza, el Asegurador se reserva el derecho de rescindir el contrato dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha 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 sustituto del tomador. El Asegurador reembolsará a los Asegurados o al Contratante la prima correspondiente al riesgo no corrido, según quien sea el que haya pagado la prima.

#### **BENEFICIARIOS CLÁUSULA 20.**

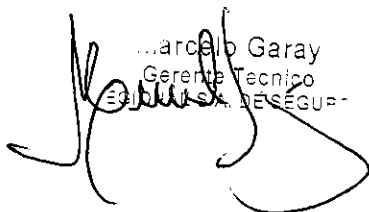
- a) Designación: La designación de Beneficiario o Beneficiarios se hará por escrito, en la solicitud del seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el inciso b).

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

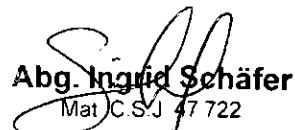
Si un Beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la asignación correspondiente del seguro acrecerá la de los demás Beneficiarios, si lo hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido, el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el Asegurado no designe Beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

- b) Cambio: El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el Beneficiario o Beneficiarios, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de Beneficiario surtirá efecto frente al Asegurador, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva y presenta esta póliza para que se efectúe en ella la anotación correspondiente.

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

El Asegurador quedará liberado en caso de pagar el Capital Asegurado a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

Atento al carácter irrevocable de la designación de Beneficiario a título oneroso, el Asegurador en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación y además por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación beneficiaria.

- c) Cuando no se designare ningún beneficiario se tendrá por defecto como beneficiarios a los herederos forzosos.

#### **DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO CLÁUSULA 21.**

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador efectuará el pago que corresponda conforme lo establecido en el Art. 1591 del Código Civil.

El Asegurador deberá recibir las siguientes pruebas: copia legalizada de la partida de defunción, declaración del médico que hubiere asistido al Asegurado o certificado de su muerte y en caso de no haber hecho la declaración del Beneficiario, se deberá presentar la sentencia declaratoria de herederos para el pago. También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiere instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieren.

Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S. 147 722

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

En casos de terremoto, naufragio, accidente aéreo o terrestre, incendio u otra catástrofe, en que el 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 presunta. Pero si posteriormente apareciera el Asegurado o se tuviese noticia cierta de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada.

**NOTIFICACIONES**  
**CLÁUSULA 22.**

Todo lo relativo a esta póliza será tratado por conducto del Tomador. El mismo está obligado a dar aviso de inmediato al Asegurador, en los formularios que éste le suministre, de todos los ingresos y salidas de Asegurados, así como de las modificaciones de las Sumas Aseguradas, enviando al mismo tiempo las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro para las modificaciones necesarias.

Asimismo, el Asegurado, Beneficiario y/o Contratante deberá notificar al Asegurador los siniestros en caso de fallecimiento, incapacidad total y permanente; accidentes; anticipo de suma asegurada por enfermedades terminales; trasplante de órganos; gastos médicos; gastos de sepelio; renta diaria; repatriación de restos mortales; fallecimiento del cónyuge, gastos de sepelio del hijo menor de 18 años, si estos seguros complementarios estuvieren incluidos en la cobertura del seguro.

Todas las comunicaciones y notificaciones que el Asegurador deba hacer a los Asegurados se considerarán válidas y completas cuando las remita por conducto del Contratante.

**TARIFARIO DE PERIODO CORTO**  
**CLÁUSULA 23.**

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.).

Cuando se contraten seguros por un término menor al de un año (corto plazo), se establecerá la prima de acuerdo con la siguiente Tabla (porcentaje sobre la prima anual):

Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%
1	15,20	62	29,40	123	43,60	184	57,90	245	72,10	306	86,30

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

Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%
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
40	24,30	101	38,50	162	52,70	223	66,90	284	81,10	345	95,40

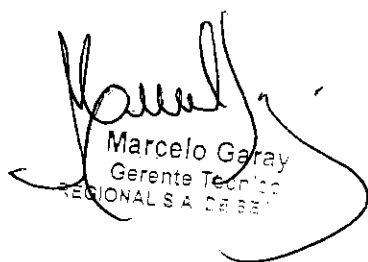
*Marcelo Garay*  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEG.

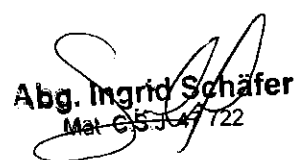
Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

*Abg. Ingrid Schäfer*  
Mat. C.S.U. 47.722

Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%
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		

\*\*\*\*\*

  
 Marcelo Garay  
 Gerente Técnico  
 REGIONAL S.A. DE SEGUROS

  
 Abg. Ingrid Schäfer  
 Mat. 05.447.722

**SEGURO COMPLEMENTARIO  
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

**RIESGO ASEGURADO  
CLÁUSULA 1.**

La Compañía concederá el beneficio que acuerda este Seguro Complementario al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente se dé 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 o temporal.

Sin perjuicio de otras causas, la Compañía 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.

La incapacidad deberá ser certificada por el médico tratante del Asegurado. El Asegurador queda asimismo facultado a solicitar la evaluación del médico de su preferencia.

El modo de cobertura es base ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual).

**RIESGOS EXCLUIDOS  
CLÁUSULA 2.**

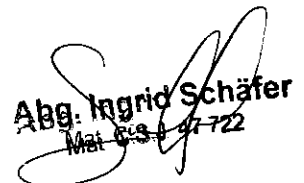
El presente Seguro Complementario no será de aplicación cuando las incapacidades fueran determinadas por actos del Asegurado o de terceros que tengan por objeto producir dichas incapacidades.

Se entiende que rigen para Seguro Complementario las exclusiones establecidas en la cláusula 17 de las Condiciones Particulares Específicas del seguro principal de la Póliza.

**INDEMNIZACIONES  
CLÁUSULA 3.**

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. 6-3-1-4-722

Si el Asegurado sufiere, una incapacidad total y presumiblemente permanente que lo obligue a abandonar su empleo, ocupación o profesión, el Asegurador, una vez recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas, y transcurrido el período de espera indicado en la cláusula 1 de la presente cobertura complementaria, abonará el capital asegurado para el caso de muerte.

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.

El pago anticipado del capital asegurado en caso de incapacidad total y permanente dejará sin efecto la cobertura por fallecimiento, y la presente póliza quedará automáticamente fenecida.

#### **DENUNCIA DEL SINIESTRO Y COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE CLÁUSULA 4.**

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

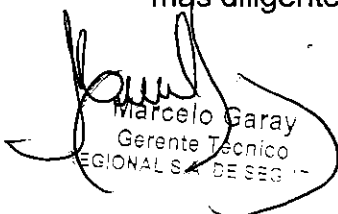
También deberá suministrar al Asegurador las pruebas necesarias para la comprobación de las causas del accidente o enfermedad que ocasionó la invalidez, la forma en que se produjo y las consecuencias. Además, será necesaria la presentación del certificado de nacimiento del Asegurado, si su edad no hubiera sido comprobada anteriormente ante el Asegurador.

#### **VALUACION POR PERITOS CLÁUSULA 5.**

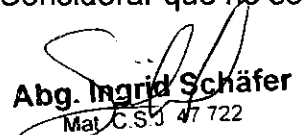
Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la apreciación de cualquier lesión del Asegurado, la misma será analizada por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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. Considerar que no se

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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



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.

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.


### **TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

#### **CLÁUSULA 6.**

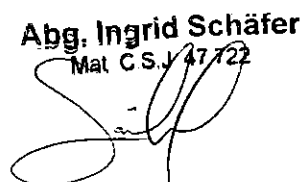
El Asegurador dejará de cubrir la invalidez total y permanente prevista en el presente Seguro Complementario, el que quedará automáticamente finiquitado, en los siguientes casos:

- a) Cuando la póliza determinante del presente Seguro Complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de alguna prima o hubiere vencido.
- b) Cuando a solicitud del Asegurado se declara nulo el presente Seguro Complementario.
- c) Cuando el Asegurado a consecuencia de una incapacidad ya comprobada, tuviera derecho al Pago Anticipado del Capital Asegurado correspondiente.
- d) Por término de la cobertura principal.

En los casos b) y c) y se reducirá de las primas que deberán pagarse con posterioridad a la fecha de anulación del presente Seguro Complementario, el importe a la Extra-Prima anual para cubrir este riesgo.

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

\*\*\*\*\*

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


**SEGURO COMPLEMENTARIO  
BENEFICIO POR ACCIDENTE**

**RIESGO ASEGURADO  
CLÁUSULA 1.**

El Asegurador cubre al Asegurado contra las afecciones que este sufra en su salud física como consecuencia de los accidentes que pudieren ocurrirle, dentro de las condiciones que se especifican en el presente Seguro Complementario.

Se entiende por accidente, a los efectos de este Seguro Complementario todo hecho que cause una lesión corporal que pueda ser determinada por médicos de una manera cierta al Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de un agente externo.

**RIESGOS EXCLUIDOS  
CLÁUSULA 2.**

Rigen para este Seguro Complementario las exclusiones establecidas en la cláusula 17 de las Condiciones Particulares Específicas del seguro principal de la Póliza.

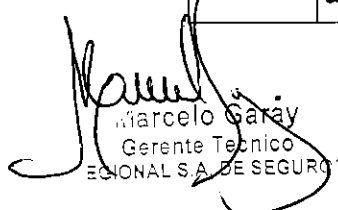
También quedan excluidos los accidentes:

- a) Provocados intencionalmente por el Asegurado, los originados por su perturbación mental, los determinados por tentativa de suicidio o los producidos por enfermedades mentales o corporales de cualquier naturaleza.
- b) Los derivados de accidentes en motocicletas (salvo pacto en contrario).

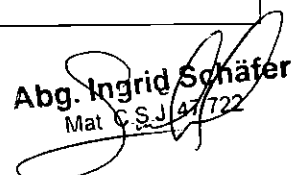
**INDEMNIZACIONES  
CLÁUSULA 3.**

Si algún Asegurado sufiere, antes de cumplir la edad establecida en las Condiciones Particulares, un accidente de cuya consecuencia fallezca o surja; el Asegurador, una vez recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas y tras un periodo de espera de ciento ochenta (180) días, abonará los siguientes porcentajes del capital máximo asegurado por este Seguro Complementario para ese Asegurado, adicional a la cobertura principal.

100%	Adicional a la cobertura principal, por fallecimiento del Asegurado pagadero a los beneficiarios conforme lo establecido en el Certificado Individual correspondiente a la Póliza.
100%	En caso de amputación de las dos manos o de los dos pies o de una mano y un pie.

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 47722

100%	En caso de pérdida total de la visión de ambos ojos.
60%	En caso de amputación del brazo o mano dominante.
50%	En caso de amputación del brazo o mano no dominante.
40%	En caso de amputación de una pierna a la altura de la rodilla.
30%	En caso de amputación de un pie.
25%	En caso de pérdida completa de la visión de un ojo.
18%	En caso de amputación del dedo pulgar de la mano dominante.
16%	En caso de amputación del dedo pulgar de la mano no dominante.
14%	En caso de amputación del dedo índice de la mano dominante.
12%	En caso de amputación del dedo índice de la mano no dominante.
8%	En caso de amputación de cualquier otro dedo de la mano dominante.
6%	En caso de amputación de cualquier otro dedo de la mano no dominante.
5%	En caso de amputación del cualquier otro dedo del pie.

En caso de amputación de varios dedos, la indemnización será determinada sumando las cantidades correspondientes a cada uno de los dedos amputados.

Por la amputación de las falanges de los dedos, la indemnización correspondiente será la mitad de la asignada para el respectivo dedo entero si se trata del pulgar, y de la tercera parte de cada falange si se tratara de otro dedo.

#### **INDEMNIZACIÓN MÁXIMA CLÁUSULA 4.**

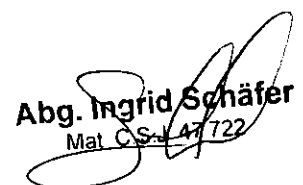
El importe total de las indemnizaciones que el Asegurador se obliga a pagar, en caso de que el Asegurado sufriera varias lesiones, en uno o varios accidentes, no excederá el importe del capital asegurado por el presente Seguro Complementario para ese Asegurado.

Si el accidente fuera la causa directa de la muerte del Asegurado, y ya se hubiera pagado el mismo, indemnizaciones por el mismo accidente o por otras anteriores, el Asegurador abonará solamente el saldo hasta completar el capital máximo asegurado por este Seguro Complementario.

#### **DENUNCIA DEL SINIESTRO Y COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE CLÁUSULA 5.**

  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S. 47722

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

También deberá suministrar al Asegurador las pruebas necesarias para la comprobación de las causas del accidente, la forma en que se produjo y las consecuencias del mismo, reservándose el Asegurador el derecho y la oportunidad de hacer exhumar el cadáver y practicar la autopsia.

### **OBLIGACION DEL ASEGURADO CLÁUSULA 6.**

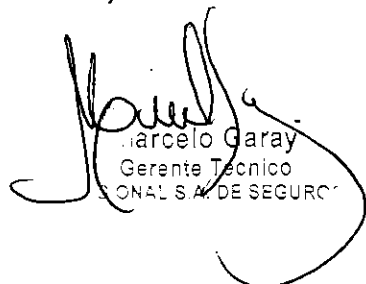
El accidentado deberá someterse a un tratamiento médico y según las indicaciones del facultativo que le asiste, en el mismo plazo deberá enviarse a la Compañía un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas, sus consecuencias conocidas o presuntas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

Posteriormente el Asegurado remitirá a la Compañía, cada quince (15) días, certificaciones médicas en las que se informe sobre la evolución de las lesiones y se actualice el pronóstico de curación. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, e independientemente del aviso previsto en el primer apartado de esta cláusula, el o los Beneficiarios deberán comunicar el fallecimiento a la Compañía a través de una nota con acuse de recibo, dentro de los tres (3) días de conocido y presentar certificado de defunción, constancias policiales y/o judiciales.

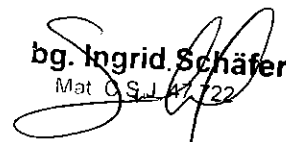
### **TERMINACIÓN DE LA COBERTURA CLÁUSULA 7.**

El Asegurador dejará de cubrir el riesgo de accidente previsto en el presente Seguro Complementario, el que quedará automáticamente nulo y sin ningún valor, en los siguientes casos:

- a) Por término de la cobertura principal.
- b) Cuando la póliza determinante del presente Seguro Complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de alguna prima o hubiere vencido.
- c) Cuando el Asegurado a consecuencia de una incapacidad ya comprobada, tuviera derecho al Pago Anticipado del Capital Asegurado correspondiente.
- d) Cuando el Asegurado cumpla la edad establecida en las Condiciones Particulares.
- e) Cuando a solicitud del Asegurado se declara nulo el presente Seguro Complementario.

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
bg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 47.122

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO  
VIDA.

32. (treinta y dos)

Pág. 29

En los casos b), c) y e) se reducirá de las primas que deberán pagarse con posterioridad a la fecha de anulación del presente Seguro Complementario, el importe a la Extra-Prima anual para cubrir este riesgo.

\*\*\*\*\*

  
Marcelo García,  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEG

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

**SEGURO COMPLEMENTARIO  
ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDADES TERMINALES**

**RIESGO ASEGURADO  
CLÁUSULA 1.**

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cobertura cuando al Asegurado le sea diagnosticada, de acuerdo con los conocimientos médicos y científicos del momento del examen, una enfermedad incurable, de progresión rápida y en su fase terminal, con una esperanza de vida no superior a los doce (12) meses, siempre que la misma le hubiera sido diagnosticada por primera vez después de la fecha de vigencia de la póliza y antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad.

Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha anteriormente mencionada.

**INDEMNIZACIÓN  
CLÁUSULA 2.**

Una vez recibida toda la información y/o documentación necesaria para comprobar la ocurrencia del evento cubierto bajo este Seguro Complementario, la Compañía abonará una porción del capital asegurado por muerte, dentro del plazo estipulado según leyes del Paraguay. El beneficio será establecido en las Condiciones Particulares como porcentaje del capital asegurado de muerte y no podrá superar el monto máximo allí fijado. Dicho porcentaje de capital asegurado por muerte será como máximo del treinta por ciento (30%).

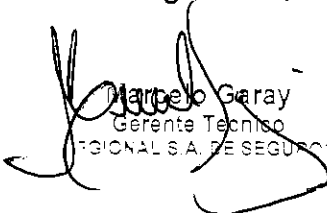
**REDUCCIÓN DE LOS VALORES DE LA PÓLIZA  
CLÁUSULA 3.**

Este beneficio constituye un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte del Asegurado. El monto indemnizado en virtud de este Seguro Complementario será deducido del capital asegurado a pagarse al fallecimiento del Asegurado.


**PERIODO DE CARENCIA  
CLÁUSULA 4.**

La compañía establece en las Condiciones Particulares un periodo de carencia a contar desde la fecha de Inicio de vigencia.

Así sólo tendrá validez para la obtención del beneficio correspondiente, el primer diagnóstico, siempre que fuere emitido después de transcurrido dicho plazo.

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 4772

## RIESGOS NO CUBIERTOS

### CLÁUSULA 5.

Se entiende que rigen para Seguro Complementario las exclusiones establecidas en la cláusula 17 de las Condiciones Particulares Específicas del seguro principal de la Póliza.

## DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

### CLÁUSULA 6.

Son cargas del Asegurado o Tomador:

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

## PLAZO DE PRUEBA

### CLÁUSULA 7.

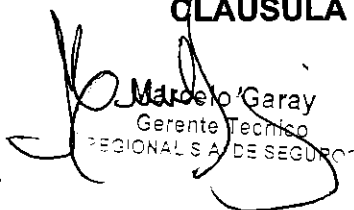
La Compañía dentro de los treinta (30) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere la cláusula anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones a que se refiere la cláusula 6 no resultaren concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico

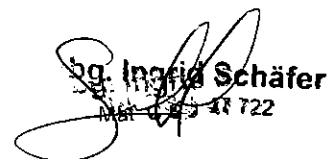
La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

## VALUACIÓN POR PERITOS

### CLÁUSULA 8.

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Ing. Ingrid Schäfer  
Mat. C. E. S. 41 722

Si existieran divergencias entre el Asegurado y la Compañía sobre la existencia de la enfermedad, las mismas deberán ser dilucidadas por dos (2) médicos designados, designados uno (1) por cada parte, los que deberá elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo, para el caso de divergencia. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercer perito, este nombramiento se realizará por sorteo entre los propuestos por las partes.

Los médicos designados por las partes deberán presentar 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 parte, procederá a su designación. 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.

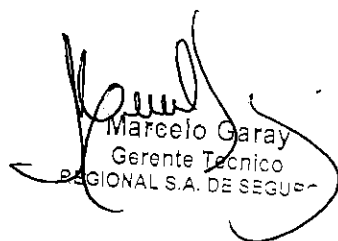
Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los terceros serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagara por mitades entre las partes.

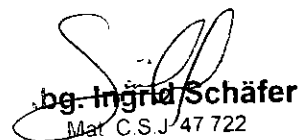
#### TERMINACIÓN DE LA COBERTURA CLÁUSULA 9.

La cobertura prevista en este Seguro Complementario cesará en las siguientes circunstancias:

- a) a partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede este Seguro Complementario.
- b) al extinguirse la póliza y/o Seguro Complementario.
- d) cuando la póliza determinante del presente Seguro Complementario dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de alguna prima o hubiere vencido.
- e) Cuando a solicitud del Asegurado se declare nulo el presente Seguro Complementario.

\*\*\*\*\*

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

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



**SEGURO COMPLEMENTARIO  
TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

**RIESGO ASEGURADO  
CLÁUSULA 1.**

La Compañía concederá el beneficio acordado por este Seguro Complementario, al Asegurado que, por diagnóstico médico, debió realizarse alguno de los trasplantes definidos en la Cláusula 4 de la presente cobertura adicional, siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez, con posterioridad al periodo de carencia estipulado para el presente Seguro Complementario, y antes de la fecha de fin de vigencia de la cobertura.

Se consideran asegurables a los efectos de este Seguro Complementario, las personas que posean entre diez y ocho (18) la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares.

**INDEMNIZACIÓN  
CLÁUSULA 2.**

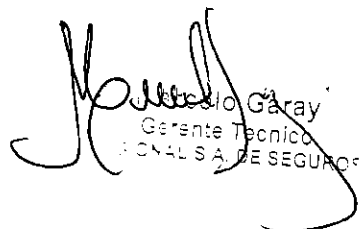
La Compañía, una vez recibida la documentación probatoria detallada en la Cláusula 6 "Requisitos para la Validez del Diagnóstico y Plazo de Prueba" y luego de verificado el diagnóstico y la realización de la operación quirúrgica, acuerda otorgar la suma asegurada contratada para la presente cobertura. El importe de esta suma asegurada se halla detallado en los Certificados Individuales.

**CARÁCTER DE LA INDEMNIZACIÓN  
CLÁUSULA 3.**

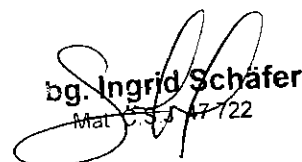
El beneficio provisto para este Seguro Complementario es adicional e independientemente a la suma asegurada por fallecimiento contratada para la cobertura básica. Por lo cual el pago del presente beneficio no modifica el importe contratado por la cobertura básica de fallecimiento.

El presente beneficio se pagará una sola vez, aunque el mismo u otros trasplantes cubiertos se manifiestan con posterioridad. En ningún caso se abonará la cobertura prevista en el presente Seguro Complementario un capital superior a la suma asegurada máxima para esta cobertura.

**TRASPLANTES CUBIERTOS  
CLÁUSULA 4.**

  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Ing. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S. 17.722

La Compañía concederá el beneficio acordado por este Seguro Complementario, en caso de diagnosticarse al Asegurado la necesidad de realizarse alguno de los siguientes trasplantes, siempre que la operación se haya concretado fehacientemente:

- a) Corazón;
- b) Pulmón;
- c) Hígado;
- d) Páncreas;
- e) Riñón;
- f) Médula Ósea.

#### **FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACION CLÁUSULA 5.**

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibidas las pruebas requeridas y comprobadas el evento cubierto por este Seguro Complementario, abonará el beneficio estipulado en los Certificados Individuales de la póliza.

En caso de que el Asegurado fallezca dentro del periodo mencionado en el párrafo precedente, y que el fallecimiento sea a consecuencia del trasplante, la Compañía indemnizará a los Beneficiarios, la suma asegurada estipulada en Certificados Individuales de la póliza por este evento cubierto.

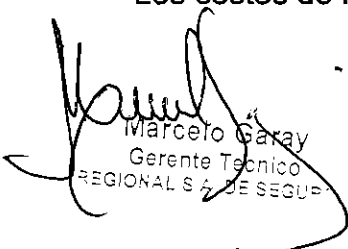
#### **REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNOSTICO Y PLAZO DE PRUEBA CLÁUSULA 6.**

Para que la denuncia del siniestro sea considerada como válida, se requiere la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del especialista que asistió al Asegurado, acompañado con documentación respaldatoria del diagnóstico, el cual debe constar por estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio.

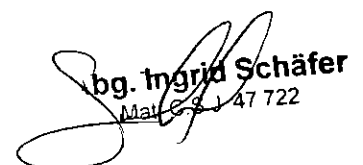
Tal documentación deberá ser presentada dentro de los noventa (90) días de la fecha de presentación del diagnóstico definitivo en las oficinas de la Compañía; salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Así mismo, el Asegurado deberá autorizar a la Compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes que la Compañía solicite, siendo los mismos de distinta índole, a efectos de confirmar el diagnóstico.

Los costos de los exámenes serán a cargo de la Compañía.

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Ing. Ingrid Schäfer  
Mat. E. 147 722

El plazo máximo para la comprobación del diagnóstico será de quince (15) días, lapso dentro del cual la Compañía informará al Asegurado, en caso de resultar necesario, la extensión del plazo a otros treinta (30) días para la comprobación del diagnóstico.

Si la Compañía no se expidiese dentro de los treinta (30) días, se aplicarán las disposiciones establecidas en el Código Civil Paraguayo.

### **VALUACIÓN DE PERITOS CLÁUSULA 7.**

En caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días.

En caso de divergencia, ambos médicos designarán dentro de los ocho (8) días, un tercer perito médico, el que deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días a ser contados desde la fecha de su designación.

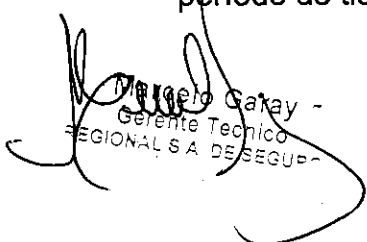
Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación. Considerar que no se trata de un proceso arbitral, la decisión arribada por los médicos podrá ser recurrida por el Asegurado o el Beneficiario ante el órgano jurisdiccional competente.

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, salvo el caso de equidistancia en que será abonado por las partes en igual proporción.

### **RIESGOS NO CUBIERTOS CLÁUSULA 8.**

Ningún beneficio será pagadero en relación a este Seguro Complementario si la reclamación o algún evento sufrido por la vida asegurada es directa o indirectamente ocasionada o exacerbada como resultado de cualquier de las siguientes:

- a) Omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- b) Vivir en el extranjero (vivir fuera del territorio por más de trece (13) semanas consecutivas en cualquiera periodo de doce (12) meses).
- c) VIH/SIDA.
- d) Personas con ocupaciones que incluyen alta exposición a radiación, sustancias tóxicas, sustancias explosivas, asbestos (amianto), gases o rayos solares por un prolongado periodo de tiempo.

  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 47/122

- e) Trasplante de cualquier otro órgano distinto de los mencionados, o trasplantes parciales o trasplantes de tejido o células.
- f) Las exclusiones establecidas en la cláusula 17 de las Condiciones Particulares Específicas del seguro principal de la Póliza

**PERIODO DE CARENCIA**  
**CLÁUSULA 9.**

La Compañía establece en las Condiciones Particulares un periodo de carencia a contar desde la fecha de inicio de vigencia.

Así sólo tendrá validez para la obtención del beneficio correspondiente, el primer diagnóstico, emitido después de transcurrido dicho plazo.

En caso de que se diagnostique y se realice la intervención quirúrgica al Asegurado durante el periodo de carencia, la Compañía devolverá las primas cobradas en concepto de este Seguro Complementario.

El periodo de carencia no será aplicable si la causa que diera origen a alguno de los trasplantes enunciados en el presente Seguro Complementario fuere un accidente.

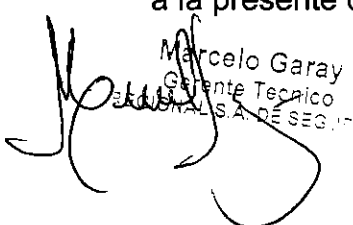
**INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**  
**CLÁUSULA 10.**

Se define como fecha de inicio de esta cobertura, al día posterior a la fecha de finalización del periodo de carencia estipulado en las Condiciones Particulares. El plazo de carencia se contará desde la fecha de emisión del presente Seguro Complementario.

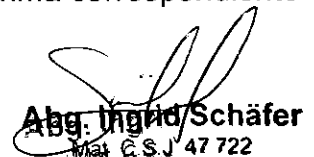
La cobertura prevista por este Seguro Complementario cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) A partir del momento en que la Compañía hubiese pagado, por aplicación de este Seguro Complementario, el 100% del beneficio correspondiente a la misma.
- b) Por cualquiera de las causas de terminación de la cobertura básica.
- c) A partir de la fecha correspondiente a la primera fracción considerada para el pago de las primas, en que el Asegurado alcance los sesenta y seis (66) años de edad a los efectos del seguro.
- d) Por solicitud expresa del Tomador de la cancelación de esta cobertura adicional. La solicitud de cancelación deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía.

En los casos a), c), y d) y, se deducirá de las primas futuras la extra prima correspondiente a la presente cobertura.

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

**SEGURO COMPLEMENTARIO  
GASTOS MÉDICOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTES**

Queda entendido y convenido que, en virtud del premio adicional correspondiente, esta Compañía amplía la cobertura de la póliza para cubrir las sumas incurridas por Gastos Médicos motivados por todo accidente cubierto por el presente seguro ocurrido dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares Específicas.

Los gastos que la Compañía tomará a su cargo serán los gastos de hospitalización; honorarios de profesionales médicos; exámenes de laboratorio y estudios por imágenes; procedimientos terapéuticos y de diagnóstico; derecho de pabellón, incluyendo los insumos utilizados dentro del pabellón y el uso de la unidad de tratamiento intensivo e intermedio, pero no los gastos de viaje y estadías en balnearios o termas o de convalecencia ni por suministro de aparatos ortopédicos, lentes, medias y fajas de goma, prótesis y obturaciones dentales.

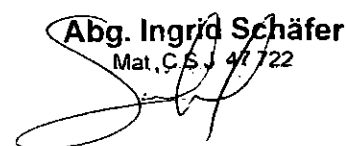
Conste que, en caso de siniestro bajo esta cobertura complementaria, la suma asegurada contratada quedará reducida por el monto de las indemnizaciones efectuadas, salvo que, una vez que el Asegurado se haya recuperado completamente de sus lesiones, se restablezca dicha suma asegurada mediante el pago de una prima adicional calculada a prorrata por el tiempo que falta para la finalización de la cobertura, teniendo en cuenta la tarifa aplicada en esta póliza.

Se entiende que rigen para Seguro Complementario las exclusiones establecidas en la cláusula 17 de las Condiciones Particulares Específicas del seguro principal de la Póliza.

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

**SEGURO COMPLEMENTARIO  
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN**

**RIESGO ASEGURADO**

**CLÁUSULA 1.**

El Asegurador, en virtud de una prima adicional, abonará una renta diaria al Asegurado por el periodo en que permanezca hospitalizado como consecuencia directa de un accidente cubierto bajo esta Póliza, ya sea para someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud. El monto de la indemnización diaria y el plazo máximo de días a ser indemnizados (considerando dentro de dicho plazo el deducible) serán establecidos en las Condiciones Particulares.

El beneficio descrito anteriormente aplica para cada accidente una vez transcurrido el periodo de espera y el deducible estipulado en las Condiciones Particulares.

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

**DEDUCIBLES**

**CLÁUSULA 2.**

En caso de que el Asegurado requiera hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico, se aplicará un deducible establecido en las Condiciones Particulares de días de estancia hospitalaria continua en el hospital por cada accidente amparado, es decir, quedarán excluidas las horas de hospitalización establecidas en las Condiciones Particulares. Dicho deducible opera por secuencia de horas continuas, considerando las recaídas como un mismo evento.

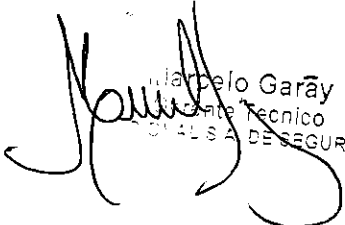
**CANTIDAD DE HOSPITALIZACIONES A SER CUBIERTAS. PERIODO DE ESPERA**

**CLÁUSULA 3.**

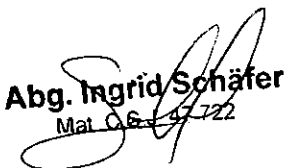
El número máximo de padecimientos a cubrir para cada Asegurado será establecido en las Condiciones Particulares.

Entre cada atención médica hospitalaria como consecuencia de un accidente deberán transcurrir al menos noventa (90) días naturales de espera, siempre y cuando no tenga relación con el padecimiento previo.

Para Embarazo: 10 meses de periodo de espera

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. 06-47722

## EXCLUSIONES

### CLÁUSULA 4.

Este seguro no ampara y, por consiguiente, la indemnización no será pagada si la hospitalización se produjere como consecuencia de:

- a) Las exclusiones contempladas en la CLÁUSULA 17 de RIESGOS NO CUBIERTOS de la cobertura principal.
- b) Enfermedades o accidentes que no ameritaron hospitalización.
- c) Enfermedades que ocurran durante el periodo de espera establecido en las condiciones particulares.
- d) Tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.
- e) Tratamiento médico o quirúrgico de accidentes o enfermedad que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol.
- f) Intento de suicidio.
- g) Enfermedades mentales, nerviosas o seniles, tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estrés, bulimia, anorexia, estados de depresión psíquica nerviosa o Alzheimer.
- h) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier enfermedad, tratamiento o infección relacionado con y/o causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cualquiera de sus complicaciones.
- i) Control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.
- j) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones, excepto aquellos para los que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por la Póliza.
- k) Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso, salvo que sea para mantener con vida a un paciente en estado grave producto de un accidente.
- l) Consumo, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.
- m) Tratamientos médicos o quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía o hipermetropía.
- n) Tratamientos ambulatorios.
- o) Atención médica en el servicio de urgencias del hospital.
- p) Padecimientos congénitos.

## CONDICIONES APLICABLES

### CLÁUSULA 5.

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

Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 1712

**SEGURO COMPLEMENTARIO  
GASTOS DE SEPELIO**

**RIESGO ASEGURADO  
CLÁUSULA 1.**

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará la suma asegurada para este beneficio únicamente para sufragar los gastos funerarios. El monto de la suma asegurada para esta cobertura se encuentra establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificados Individuales. El modo de cobertura es base ocurrencia.

**EXCLUSIONES  
CLÁUSULA 2.**

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

**REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO  
CLÁUSULA 3.**

El monto a resarcir por Gastos de Sepelio, será para la persona, Beneficiaria o no, que presente las facturas y/o boletas de venta originales que acrediten haber incurrido en tal gasto, en las cuales deben figurar nombre, domicilio y documento de identidad de la persona que realizó las erogaciones y los datos del titular del seguro fallecido. Si en el plazo de noventa (90) días desde la fecha del deceso no existiese reclamo alguno por este concepto, el monto del capital asegurado para esta cobertura se adicionará al capital de la cobertura principal y regirán las condiciones de dicha cobertura principal.

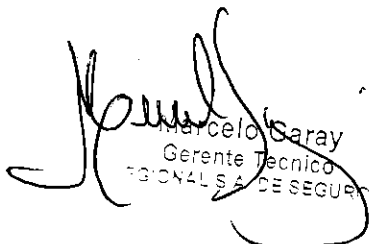
**TERMINACIÓN DE LA COBERTURA  
CLÁUSULA 4.**

La cobertura cesará por término de la cobertura principal.

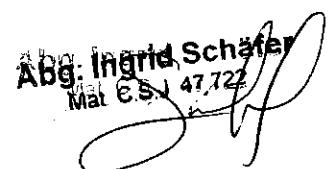
**CONDICIONES APLICABLES  
CLÁUSULA 5.**

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

\*\*\*\*\*

  
Marcelo Saray  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. E.S. 47.722



**SEGURO COMPLEMENTARIO  
REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES**

**DESCRIPCIÓN  
CLÁUSULA 1**

En caso de fallecimiento del Asegurado por accidente en el exterior de la República del Paraguay, la Compañía abonará la suma asegurada para esta cobertura con el fin de sufragar los gastos de repatriación de los restos mortales desde el país en que se hubiera producido el accidente hasta el aeropuerto internacional más cercano a la localidad de inhumación del país de repatriación del Asegurado fallecido.

Los gastos de repatriación cubren: féretro simple obligatorio para el transporte internacional, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que se considere más conveniente hasta el lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, hasta el tope especificado en las Condiciones Particulares.

**EXCLUSIONES  
CLÁUSULA 2**

Se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en la cláusula 17 de las Condiciones Particulares Específicas del seguro principal de la Póliza.

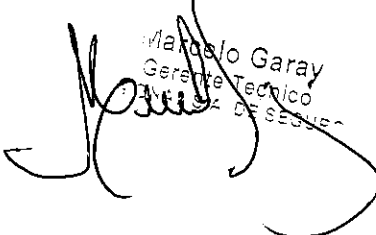
**REEMBOLSO  
CLÁUSULA 3**

El monto a resarcir por repatriación de restos mortales será para la persona, Beneficiaria o no, que presente las facturas y/o boletas de venta originales que acrediten haber incurrido en gastos por la repatriación de los restos mortales del Asegurado, en las cuales deben figurar nombre, domicilio y documento de identidad de la persona que realizó las erogaciones y los datos del Asegurado fallecido. Si en el plazo de noventa (90) días desde la fecha del deceso no existiese reclamo alguno por este concepto, el monto del capital asegurado para esta cobertura se adicionará al capital de la cobertura principal y regirán las condiciones de dicha cobertura principal.

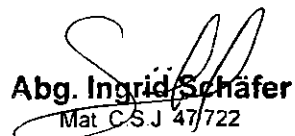
**CONDICIONES APLICABLES  
CLÁUSULA 4**

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

\*\*\*\*\*

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

**SEGURO COMPLEMENTARIO  
SEPELIO POR EL FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE**

**RIESGOS CUBIERTOS**

**CLÁUSULA 1.**

Por la presente cobertura complementaria, la Compañía ofrece sufragar los gastos funerarios del cónyuge del Asegurado hasta los sesenta y seis (66) años de edad, cubriendo el monto máximo de la suma asegurada para esta cobertura, conforme se establece en las Condiciones Particulares.

Para esta cobertura aplican las exclusiones contempladas en la CLÁUSULA 17 de RIESGOS NO ASEGURADOS – EXCLUSIONES de las Condiciones Particulares Específicas de la cobertura principal.

**REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO**

**CLÁUSULA 2.**

El monto a resarcir por gastos de sepelio será otorgado a la persona que presente las facturas y/o boletas de venta originales que acrediten haber incurrido en tal gasto, en las cuales deben figurar nombre, domicilio y documento de identidad de la persona que realizó las erogaciones y los datos del cónyuge fallecido. Si existiere un remanente entre el monto asegurado y el monto efectivamente abonado luego de reembolsar los importes de las facturas mencionadas, se deberá abonar al Asegurado titular o herederos legales. Si en el plazo de noventa (90) días desde la fecha del deceso no existiese reclamo alguno por este concepto, el monto del capital asegurado para esta cobertura se pagará al Asegurado titular o herederos legales.

**TERMINACION DEL CONTRATO**

**CLÁUSULA 3.**

El Asegurador dejará de cubrir el gasto de sepelio del cónyuge previsto en el presente Seguro Complementario, el que quedará automáticamente nulo y sin ningún valor, en los siguientes casos:

- a) Al caducar la Póliza.
- b) Cuando el cónyuge cumpliera los sesenta y seis (66) años de edad.
- c) Cuando se produjera el fallecimiento del titular de la presente Póliza.
- d) Si el Asegurador procedió a la indemnización por incapacidad total y permanente al Asegurado titular de la Póliza.

**CONDICIONES APLICABLES**

**CLÁUSULA 4.**

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

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C. S. 41 722

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO  
VIDA.

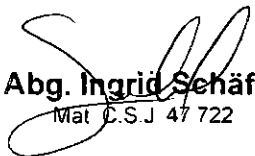
46- (cuarenta y  
seis)

Pág. 43

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 SE

\*\*\*\*\*

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

**SEGURO COMPLEMENTARIO  
SEPELIO POR EL FALLECIMIENTO DEL HIJO**

**RIESGOS CUBIERTOS  
CLÁUSULA 1.**

Por la presente cobertura complementaria, la Compañía ofrece sufragar los gastos funerarios del hijo del Asegurado hasta los diez y ocho (18) años de edad, cubriendo el monto máximo de la suma asegurada para esta cobertura, conforme se establece en las Condiciones Particulares.

Para esta cobertura aplican las exclusiones contempladas en la CLÁUSULA 17 de RIESGOS NO ASEGURADOS – EXCLUSIONES de las Condiciones Particulares Específicas de la cobertura principal.

**REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO  
CLÁUSULA 2.**

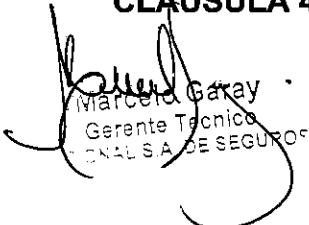
El monto a resarcir por gastos de sepelio será otorgado a la persona que presente las facturas y/o boletas de venta originales que acrediten haber incurrido en tal gasto, en las cuales deben figurar nombre, domicilio y documento de identidad de la persona que realizó las erogaciones y los datos del hijo fallecido. Si existiere un remanente entre el monto asegurado y el monto efectivamente abonado luego de reembolsar los importes de las facturas mencionadas, se deberá abonar al Asegurado titular o herederos legales. Si en el plazo de noventa (90) días desde la fecha del deceso no existiese reclamo alguno por este concepto, el monto del capital asegurado para esta cobertura se pagará al Asegurado titular o herederos legales.

**TERMINACION DEL CONTRATO  
CLÁUSULA 3.**

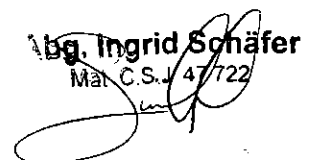
El Asegurador dejará de cubrir el gasto de sepelio del hijo previsto en el presente Seguro Complementario, el que quedará automáticamente nulo y sin ningún valor, en los siguientes casos:

- e) Al caducar la Póliza.
- f) Cuando el hijo cumpliera los diez y nueve (19) años de edad.
- g) Cuando se produjera el fallecimiento del titular de la presente Póliza.
- h) Si el Asegurador procedió a la indemnización por incapacidad total y permanente al Asegurado titular de la Póliza.

**CONDICIONES APLICABLES  
CLÁUSULA 4.**

  
Marcela Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Ing. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S. 47722

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO  
VIDA.

48 - (cuarenta y  
ocho)

Pág. 45

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

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO VIDA  
SERVICIOS DE ORIENTACIÓN MÉDICA ONLINE**

Regional S.A. de Seguros se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir los gastos resultantes de la utilización por parte del Asegurado del servicio de Orientación Médica Online ofrecido por una Empresa Prestadora de Servicios que permitirá al Asegurado recibir asesoramiento de un profesional médico local sobre afecciones médicas primarias, como ser: fiebre, gripes, resfríos, erupciones, dolores abdominales, vacunación, consulta de medicamentos, entre otros, cuyos eventos ocurran dentro del territorio nacional.

La cobertura se realizará vía pago directo a la Empresa Prestadora de Servicios, siempre dentro de los términos y límites indicados en la presente póliza.

La operativa consiste en:

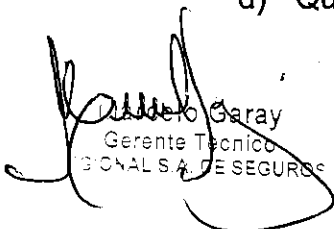
- a) Agendamiento, coordinación y seguimiento a través de operadores de Call Center.
- b) Acceso por dispositivos electrónicos.
- c) Las orientaciones médicas online podrán ser Inmediatas y/o Programadas.
- d) Datos básicos del Paciente para el acceso.
- e) La interacción Médico/Paciente es a través de Videollamada.

La Empresa Prestadora de Servicios utilizará una plataforma digital para el agendamiento y el servicio de orientación médica online, a través de un link de acceso para el servicio que podrá ser válido para smartphones, tablets y otros dispositivos inteligentes.

Las especialidades principales son: Clínica médica (Adultos) y Pediatría (Niños), en el caso de otra especialidad, se debe ver disponibilidad del médico y agendar turno en la fecha y día que disponga el profesional y de acuerdo con la preferencia del Asegurado.

El servicio no comprende y no deberá ser utilizado para:

- Problemas médicos que pongan en peligro la vida o que pueda causar deterioro grave del paciente.
- Eventos que se consideren una emergencia, urgencia o un caso grave.
- Afecciones del corazón o cerebrales.
- Cualquier otra consulta médica que a criterio de la Empresa Prestadora de Servicios no pueda ser atendida por el servicio, comprendiendo problemas médicos de atención inmediata en sala de urgencia, según se detalla, de manera ejemplificativa, a continuación:
  - a) Hemorragia o sangrado significativo
  - b) Pérdida de la conciencia
  - c) Envenenamiento
  - d) Quemaduras moderadas a severas

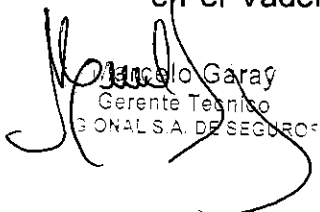
  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

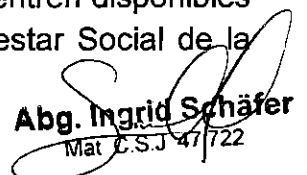
  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 47 722

- e) Lesión grave de la cabeza, el cuello o la espalda
- f) Afectación grave de alguna extremidad
- g) Fracturas o hueso roto
- h) Herida por arma de fuego.
- i) Herida por arma blanca.
- j) Herida con mucho sangrado que no se logra contener
- k) Herida cortante en cuello o cara.
- l) Intoxicación con alcohol.
- m) Intoxicación con medicamentos o drogas.
- n) Consumo advertido o inadvertido de sustancias ácidas, soda caustica o corrosivas.
- o) Incapacidad brusca para ver, hablar o moverse.
- p) Desmayo.
- q) Pérdida de conocimiento.
- r) Desorientación brusca.
- s) Golpes en la cabeza con posterior mareo, desorientación o pérdida de conocimiento.
- t) Crisis epiléptica o convulsiva.
- u) Electrocuación.
- v) Tos o vómitos con Sangre.
- w) Sangrado nasal que no cede.
- x) Crisis asmática.
- y) Dificultad respiratoria.
- z) Inhalación de humo o gases tóxicos.
- aa) Dolor intenso en el pecho.
- bb) Disminución de visión unilateral o bilateral brusca.
- cc) Lesiones oculares con sustancias ácidas, soda caustica o corrosivas.
- dd) Reacción alérgica severa con edema de labios, ojos y resto de la cara.
- ee) Diarrea con sangre.
- ff) Fractura de hueso constatada o sospecha de fractura.
- gg) Accidentes de alto impacto: accidentes de tránsito, caída de altura o accidentes o maquinarias.
- hh) Dolor abdominal persistente.
- ii) Fiebre mayor a 40 grados.
- jj) Cuerpo extraño en ojo, oído o garganta (atragantamiento)
- kk) Embarazadas con golpes, sangrados, pérdidas de líquidos, dejar de sentir movimientos del Bebé.
- ll) Parto en curso.
- mm) Intento de suicidio.

El profesional médico podrá recetar solo los medicamentos que se encuentren disponibles en el Vademecum habilitado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la

  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

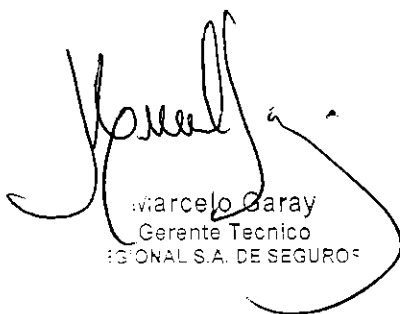
República del Paraguay. La receta será enviada al Asegurado en formato digital, a su mail, WhatsApp, en conjunto con las indicaciones de cómo tomar esa medicación. El costo de los medicamentos no se encuentra incluido en la cobertura.

No se podrán prescribir recetas de:

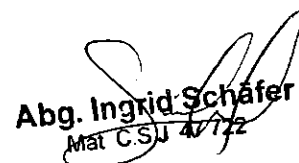
- Narcóticos
- Opioides
- Sedantes y relajantes musculares
- Medicamentos que requieren una estrecha vigilancia por parte de un profesional de la salud (Clonazepam, Anfetaminas, entre otros.)
- Medicamentos que requieren administración por parte de un profesional de la salud o capacitación para el uso por primera vez (Remicade, Epogen, Enbrel, entre otros.)

En caso de omisiones o errores involuntarios por parte de la Empresa Prestadora de Servicios al momento del agendamiento, durante o posterior a la consulta online, el Asegurado deberá dar aviso inmediato dentro del plazo máximo de 24 horas a Regional S.A. de Seguros.

La reparación de la omisión u error deberá ser realizada por la Empresa Prestadora de Servicios dentro de los tres (3) días hábiles contados a partir del momento en que Regional S.A. de Seguros hubiera realizado su reclamo ante la Empresa Prestadora de Servicios. La reparación del error u omisión únicamente podrá realizarse a través de la plataforma utilizada por la Empresa Prestadora de Servicios, y en ningún caso Regional S.A. de Seguros reembolsará gastos originados por consultas online realizadas a través de otras plataformas digitales, consultas presenciales o procedimientos médicos en cualquier centro asistencial.

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

\*\*\*\*\*

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.U. 4/172



**ENDOSO N°1  
COBERTURA EN EL USO DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS SIMILARES PARA USO  
COMERCIAL**

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares Específicas de esta póliza y en virtud del premio adicional correspondiente, esta Compañía consiente en ampliar la cobertura para cubrir los riesgo de muerte e invalidez permanente y gastos médicos por el uso de motocicletas o vehículos similares como medio de transporte comercial (Ejemplo: delivery, courier, mensajería, cobradores, vendedores, etc.), hasta la suma máxima de establecida en las Condiciones Particulares.

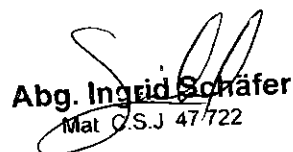
\*\*\*\*\*

**ENDOSO N°2  
COBERTURA PARA VIAJAR EN AERONAVES NO PERTENECIENTES A LAS LÍNEAS  
AÉREAS COMERCIALES**

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo dispuesto en las Condiciones Particulares Específicas de esta póliza y en virtud del premio adicional correspondiente, esta Compañía consiente en ampliar la cobertura para viajar en aeronaves no pertenecientes a las líneas aéreas comerciales autorizadas para transportar pasajeros con itinerarios fijos, ya sea en calidad de pasajero, tripulante o mecánico.

\*\*\*\*\*

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

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

**CONDICIONES PARTICULARES – CARATULA  
SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO VIDA**

**Regional**

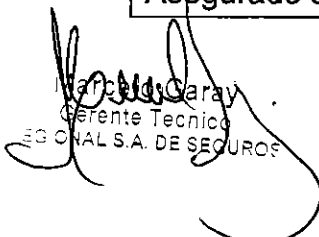
**SEGUROS**

**REGIONAL S.A. DE SEGUROS**  
Av. Irrazabal y Ruta VI, Encarnación.  
Tel. (071) 203700  
[www.regionalseguros.com.py](http://www.regionalseguros.com.py)

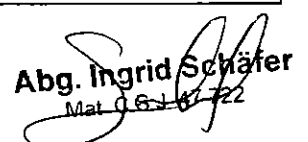
**CONDICIONES PARTICULARES  
SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO VIDA**

Póliza Nro.:		Sección/Sub-sección:	
Documento:		Tomador:	
Domicilio:		Localidad:	
Lugar y Fecha de Emisión:	Vigencia Desde las hs del	Vigencia Hasta las hs del	Plazo en días:
Entre REGIONAL S.A. DE SEGUROS y REASEGUROS en adelante el "Asegurador" y quien precedentemente se designa con el nombre de "Tomador" conforme a la Propuesta presentada, celebran un Contrato de Seguro sujeto a las Condiciones Generales Comunes, Condiciones Particulares y Condiciones Particulares Especificas convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buena fe, y que se anexan a la presente Póliza formando parte integrante de la misma.			
Edad máxima de ingreso para cobertura básica:			
Edad máxima de ingreso para coberturas complementarias:			
Edad máxima de permanencia para cobertura básica:			
Edad máxima de permanencia para coberturas complementarias:			

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada Gs.
Fallecimiento	
Invalidez total y permanente	
Beneficio por accidente	
Anticipo por enfermedad terminal	
Periodo de Carencia:	
Trasplante de órganos	
Periodo de Carencia:	
Renta Diaria (Hospitalización)	
Monto por día G/US\$	
Periodo de Carencia:	
Franquicia:	
Plazo máximo en días:	
Número máximo de padecimientos a cubrir para cada Asegurado serán .....eventos por año de vigencia	

  
Marcelo Caray  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. 0.6.16.722

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada Gs.
Gastos Médicos	
Gastos de Sepelio	
Repatriación de restos mortales:	
Fallecimiento del cónyuge	
Gastos de Sepelio del hijo menor de 18 años	

Servicio adicional incluido: Orientación Médica Online.

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

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

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:

Aplican a todas las pólizas de seguros los siguientes artículos del Código Civil: 666, 1574, 1575, 1577, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595 y 1597.

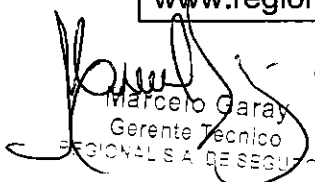
Aplican a esta Póliza los siguientes artículos del Código Civil sobre seguros patrimoniales 1601, 1604, 1605, 1606, 1607, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614 y 1615.

Aplican a esta Póliza los siguientes artículos sobre seguros de vida del Código Civil: 1670, 1671, 1672, 1673 y 1674.

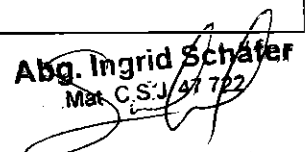
Esta Compañía está autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros según: Resolución SS.SG. N°10 de Fecha 15/03/1994

“El texto de esta póliza ha sido inscrito en el Plan de Seguro registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el Res.N° xx/xx de fecha según inciso h) 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/](http://www.regionalseguros.com.py/)...«información a completar»

  
 Marcelo Garay  
 Gerente Técnico  
 REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

Agente:

Matricula:

Tel:

Dirección:

**EN CASO DE SEA PÓLIZA ELECTRÓNICA CON FIRMA DIGITAL**

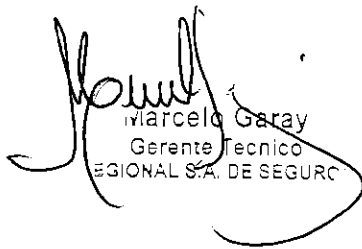
Documento firmado digitalmente mediante certificado suministrado por OPENCODE S.A. y emitido por la Autoridad de Certificación CODE 100 S.A., habilitada por el Ministerio de Industria y Comercio, siguiendo lo establecido en la Ley 4160 de Firma Digital y Comercio Electrónico.

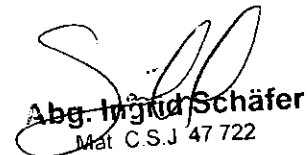
Autorización SS.SG.N° 053/18 de fecha 19.01.2018.

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.

\*\*\*\*\*

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

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

3. Modelo de Certificado Individual

**Regional**  
**SEGUROS**

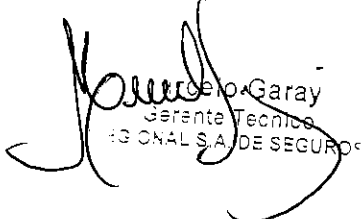
**REGIONAL S.A. DE SEGUROS**  
Av. Irrazabal y Ruta VI, Encarnación.  
Tel. (071) 203700  
[www.regionalseguros.com.py](http://www.regionalseguros.com.py)

**CERTIFICADO INDIVIDUAL**  
**SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO VIDA**

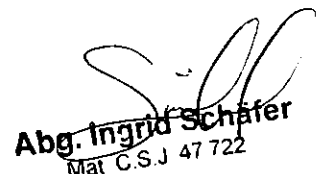
Póliza Nro.:	Sección/Sub-sección:	Certificado N°:	
Documento:	Asegurado:		
Domicilio:	Localidad:		
Contratante y/o Tomador:			
Lugar y Fecha de Emisión:	Vigencia Desde las hs del	Vigencia Hasta las hs del	Plazo en días:
Edad máxima de ingreso para cobertura básica:			
Edad máxima de ingreso para coberturas complementarias:			
Edad máxima de permanencia para cobertura básica:			
Edad máxima de permanencia para coberturas complementarias:			

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada Gs.
Fallecimiento	
Invalidez total y permanente	
Beneficio por accidente	
Anticipo por enfermedad terminal	
Periodo de Carencia:	
Trasplante de órganos	
Periodo de Carencia:	
Renta Diaria (Hospitalización)	
Monto por día \$/US\$	
Periodo de Carencia:	
Franquicia:	
Número máximo de padecimientos a cubrir para cada Asegurado serán .....eventos por año de vigencia	
Gastos Médicos	
Gastos de Sepelio	
Repatriación de restos mortales:	
Fallecimiento del cónyuge	
Gastos de Sepelio del hijo menor de 18 años	

Servicio adicional incluido: Orientación Médica Online.

  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

Beneficiarios			
Nombre completo	Parentesco	C.I.	Proporción (%)
Beneficiario 1			
Beneficiario 2			
Beneficiario 3			

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

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

El texto de esta póliza ha sido inscrito en el Plan de Seguro registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el Código ..... según .....h) de la Ley N° 827/96 'De Seguros'.

La copia facsimilar actualizada de la póliza madre se encuentra en [www.regionalseguros.com.py/...](http://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.

**COBERTURA**

Mediante este contrato, la Compañía se compromete al pago de la indemnización estipulada en la presente póliza para la cobertura principal de fallecimiento, en caso que el Asegurado sufra una muerte natural o accidental, teniendo en cuenta que en caso de fallecimiento por enfermedades no se cubrirá aquella que haya sido diagnosticado antes de iniciado la vigencia de la esta póliza.

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

- a) Incapacidad total y permanente.
- b) Beneficio por Accidente.
- c) Anticipo de suma asegurada por enfermedades terminales.
- d) Trasplante de órganos.
- e) Gastos médicos.

*[Signature]*  
 Marcelo Garay  
 Gerente Técnico  
 REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

*[Signature]*  
 Abg. Ingrid Schäfer  
 Mat. C.S.J. 47 722

- f) Renta diaria por hospitalización.
- g) Gastos de sepelio
- h) Repatriación de restos mortales
- i) Fallecimiento del cónyuge.
- j) Gastos de Sepelio del hijo menor de 18 años

El modo de cobertura es base ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en los Certificados Individuales durante la vigencia de la póliza).

#### INVALIDEZ PERMANENTE

La Compañía concederá el beneficio que acuerda este Seguro Complementario al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente se dé 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 o temporal.

#### BENEFICIO POR ACCIDENTE

El Asegurador cubre al Asegurado contra las consecuencias de los accidentes que pudieren ocurrirle, dentro de las condiciones que se especifican en el Seguro Complementario.

#### ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDADES TERMINALES

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cobertura cuando al Asegurado le sea diagnosticada, de acuerdo con los conocimientos médicos y científicos del momento del examen, una enfermedad incurable, de progresión rápida y en su fase terminal, con una esperanza de vida no superior a los doce (12) meses, siempre que la misma le hubiera sido diagnosticada por primera vez después de la fecha de vigencia de la póliza y antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad.

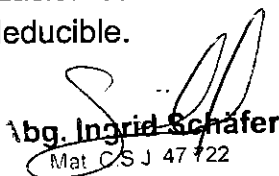
#### TRASPLANTE DE ÓRGANOS

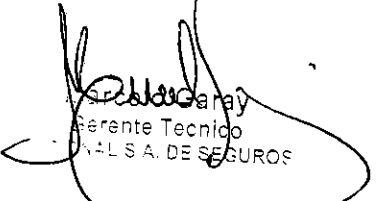
La Compañía concederá el beneficio acordado por este Seguro Complementario, al Asegurado que, por diagnóstico médico, debió realizarse alguno de los trasplantes, siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez, con posterioridad al periodo de carencia estipulado, y antes de la fecha de fin de vigencia de la cobertura.

#### RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si durante la vigencia de la póliza y como consecuencia directa de un accidente o enfermedad cubierta, el Asegurado se viera precisado a internarse en un hospital para someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud, la Compañía pagará una indemnización diaria durante el tiempo que permanezca el Asegurado en el hospital y hasta por un máximo de días de hospitalización establecido en las Condiciones Particulares, considerando dentro de dicho plazo el deducible.

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

  
Sr. Carlos Caray  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

### GASTOS MÉDICOS

El Asegurador amplía la cobertura de la póliza para cubrir las sumas incurridas por Gastos Médicos motivados por todo accidente cubierto por el presente seguro ocurrido dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares.

### GASTOS POR SEPELIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por accidente, la Compañía pagará la suma asegurada para este beneficio únicamente para sufragar los gastos funerarios.

### REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En caso de fallecimiento del Asegurado por accidente en el exterior de la República del Paraguay, la Compañía abonará la suma asegurada para esta cobertura con el fin de sufragar los gastos de repatriación de los restos mortales desde el país en que se hubiera producido el accidente hasta el aeropuerto internacional más cercano a la localidad de inhumación del país de repatriación del Asegurado fallecido.

Los gastos de repatriación cubren: féretro simple obligatorio para el transporte internacional, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que se considere más conveniente hasta el lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, hasta el tope especificado en las Condiciones Particulares.

### FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE

Por la presente cobertura complementaria, la Compañía ofrece sufragar los gastos funerarios del cónyuge del Asegurado hasta los sesenta y seis (66) años de edad, cubriendo el monto máximo de la suma asegurada para esta cobertura, conforme se establece en las Condiciones Particulares.

### GASTOS DE SEPELIO DEL HIJO MENOR DE 18 AÑOS

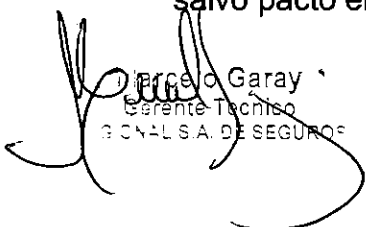
Por la presente cobertura complementaria, la Compañía ofrece sufragar los gastos funerarios del hijo del Asegurado hasta los diez y ocho (18) años de edad, cubriendo el monto máximo de la suma asegurada para esta cobertura, conforme se establece en las Condiciones Particulares.

### **PERSONAS ASEGURABLES**

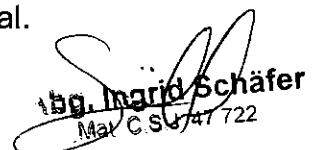
A los efectos de este seguro, se considerarán asegurables a todas las personas que se encontraren al servicio activo del Contratante y/o estén asociadas, adheridas, afiliadas o de algún modo formen parte integrante de Asociaciones, Agremiaciones, Sindicatos, Clubes Sociales o Deportivos, Cooperativas, Mutuales, Instituciones de carácter comunitario, familiares y en general a personas y organizaciones ligadas por un interés común.

Se consideran asegurables las personas físicas que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Edad: esté comprendida entre la edad mínima y máxima de incorporación al seguro establecidas en las Condiciones Particulares (carátula del certificado) de esta póliza, salvo pacto en contrario inserto en el respectivo Certificado Individual.

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
Ingrid Schäfer  
Max. C.S. 747.722

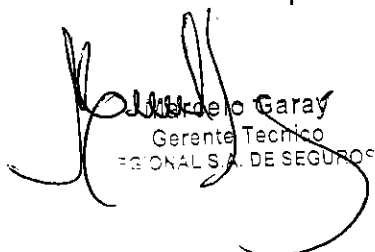


- b) De acuerdo a la Política de Suscripción se aplicará las condiciones de asegurabilidad, las cuales podrán requerir, pero no limitarse a Declaración de Salud y/o Exámenes laboratoriales y médicos.

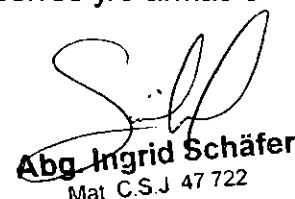
### EXCLUSIONES

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

- a) Enfermedades, lesiones, o dolencias preexistentes, entendiéndose por tales cualquier lesión, enfermedad, o dolencia que afecte al Asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del Asegurado a la póliza.
- b) Participación 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 en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- d) Intervención en ascensiones aéreas; práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- e) Intervención 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 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 motín, huelga o tumulto popular salvo que el Asegurado no participe en estos últimos como elemento activo; por actos de guerra civil o internacional (con o sin declaración); revolución, insurrección, rebelión o invasión.
- h) Participación en empresa criminal, por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.
- i) Acto ilícito provocado por el Asegurado.
- j) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente la muerte o su tentativa, 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.)
- k) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado por embriaguez, por alcaloides o uso de estupefacientes no prescritos médicamente. Salvo pacto en contrario.
- l) Haberse sometido a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- m) 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 manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas.

  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

- n) Los riesgos atómicos y nucleares (Cláusula de Exclusión de Riesgos de Energía Nuclear – Reaseguro 1994 NMA 1975A aplicable).
- o) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.


### **DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO**

El Asegurador deberá recibir las siguientes pruebas: copia legalizada de la partida de defunción, declaración del médico que hubiere asistido al Asegurado o certificado de su muerte y en caso de no haber hecho la declaración del Beneficiario, se deberá presentar la sentencia declaratoria de herederos para el pago. También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiere instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieren.

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

\*\*\*\*\*

  
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](http://www.regionalseguros.com.py)

**MODELO DE PROPUESTA**  
**SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO VIDA**

Poliza N°	Renueva a la Póliza N°		
Endoso N°	Moneda		
Lugar y Fecha de Emisión:	Vigencia Desde las hs del	Vigencia Hasta las hs del	Plazo en días:

**DATOS DEL PROPONENTE**  
**PERSONA JURIDICA**

Razón Social:  
Domicilio Comercial:  
Ciudad:  
Nombre del Responsable:

Código:  
RUC:  
Teléfonos:  
Celular

**PERSONA FÍSICA**

Nombre:  
Cédula de Identidad N°:  
Domicilio Particular:  
Domicilio Laboral, Actividad:  
Teléfono Particular N°  
E-mail:

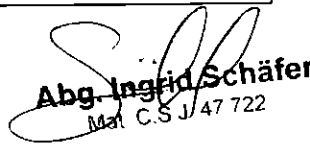
Fecha Nacimiento  
Teléfono Laboral N°

Código:  
RUC:  
Ciudad:  
Empresa:  
Celular N°

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada Gs.
Fallecimiento	
Invalidez total y permanente	
Beneficio por accidente	
Anticipo por enfermedad terminal	
Periodo de Carencia:	
Trasplante de órganos	
Periodo de Carencia:	
Renta Diaria (Hospitalización)	
Monto por día \$/US\$	
Periodo de Carencia:	
Franquicia:	
Plazo máximo en días:	
Número máximo de padecimientos a cubrir para cada Asegurado serán .....eventos por año de vigencia	

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada Gs.
Gastos Médicos	
Gastos de Sepelio	
Repatriación de restos mortales:	
Fallecimiento del cónyuge	
Gastos de Sepelio del hijo menor de 18 años	

Servicio adicional incluido: Orientación Médica Online

Edad máxima de ingreso para cobertura básica:  
 Edad máxima de ingreso para coberturas complementarias:  
 Edad máxima de permanencia para cobertura básica:  
 Edad máxima de permanencia para coberturas complementarias:

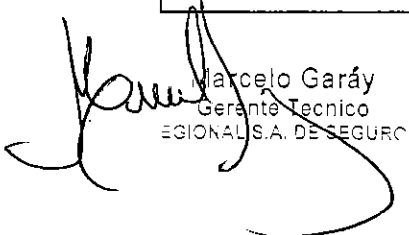
CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés	
Costo del Financiamiento:	
<b>COSTO FINAL:</b>	

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

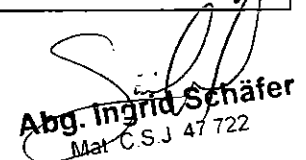
En mi carácter de titular de cuenta autorizo irrevocablemente a debitar de mi Cuenta Corriente, Caja de Ahorro o Tarjeta de Crédito indicado más abajo, y proceder a acreditar en la Cuenta N° ..... de REGIONAL S.A. DE SEGUROS, el importe correspondiente a las cuotas de la(s) póliza(s) emitida(s) por esa aseguradora a mi favor según la opción indicada mas arriba

<b>Tipo:</b>	<input type="checkbox"/>	Visa	<input type="checkbox"/>	Mastercard	Banco/ Entidad Emisora	Número	Vto.
	<input type="checkbox"/>	Cabal	<input type="checkbox"/>	Panel			
<b>Otros:</b>				Cta. Cte./ Caja de Ahorro N.º			

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

  
 Marcelo Garay  
 Gerente Técnico  
 REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

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, exoneramos 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 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 tomador acepta en todas sus partes, autorizando a Regional S.A. de Seguros y Reaseguros, 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

Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Ing. Ingrid Schäfer  
C. 4777

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.

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 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.

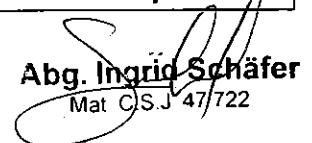
En mi carácter de solicitante de la póliza, o representante del solicitante (persona jurídica) con RUC / C.I. N° ..... declaro que los fondos a ser utilizados para el pago de la prima, provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna, con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, 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.

Asimismo, Regional S.A. de Seguros podrá proporcionar mi (nuestro) nombre y otros datos personales y/o la razón social que represento/amos a empresas que llevan registros de datos personales y que brindan informaciones de operaciones morosas, cuando surjan atrasos de pagos conforme a lo establecido en la legislación nacional vigente y las reglamentaciones correspondientes. De igual forma, es decir, si surgen atrasos de pago, Regional S.A. de Seguros podrá proporcionar dicha información a terceros que estén autorizados a revelar esa información y/o ante un requerimiento de autoridad competente. El acceso, la actualización, la rectificación, la supresión de los datos personales en dichos registros o bases de datos se realizará de acuerdo a los términos establecidos en la ley 6534/20 o las reglamentaciones que regulen esta materia en el futuro.

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

  
Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

**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.

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 y Reaseguros 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).

\_\_\_\_\_  
Agente

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador

Mat. N°.: \_\_\_\_\_

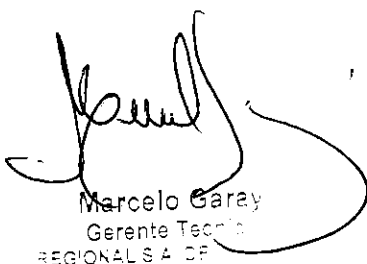
Aclaración:.....

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

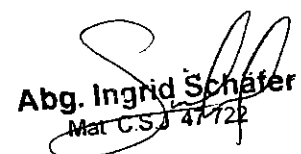
C.I. N°.....

Vendedor	
ID DE LLAMADA	

\*\*\*\*\*



Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE



Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 47122

SOLICITUD INDIVIDUAL (Ventas por Escritorio)

**Regional**

**SEGUROS**

**REGIONAL S.A. DE SEGUROS**  
Av. Irrazabal y Ruta VI, Encarnación.  
Tel. (071) 203700  
[www.regionalseguros.com.py](http://www.regionalseguros.com.py)

**SOLICITUD INDIVIDUAL**  
**SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO VIDA**

Póliza Nro.:	Sección/Sub-sección:	Certificado N°:	
Contratante y/o Tomador:			
Domicilio:			
Lugar y Fecha de Emisión:	Vigencia Desde las hs del	Vigencia Hasta las hs del	Plazo en días:

**Persona Física**

Nombre: RUC.:  
Cedula de identidad N°: Fecha de nac.: Edad:  
Domicilio Particular: Ciudad:  
Domicilio Laboral, Actividad: Empresa:  
Teléfono particular: Celular:  
Email:

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada Gs.
Fallecimiento	
Invalidez total y permanente	
Beneficio por accidente	
Anticipo por enfermedad terminal	
Periodo de Carencia:	
Trasplante de órganos	
Periodo de Carencia:	
Renta Diaria (Hospitalización)	
Monto por día ¢/US\$	
Periodo de Carencia:	
Franquicia:	
Plazo máximo en días:	
Gastos Médicos	
Gastos de Sepelio	
Repatriación de restos mortales:	
Fallecimiento del cónyuge	
Gastos de Sepelio del hijo menor de 18 años	

Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. C.S.J. 47722



Beneficiarios			
Nombre completo	Parentesco	C.I.	Proporción (%)
Beneficiario 1			
Beneficiario 2			
Beneficiario 3			

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

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

En mi carácter de titular de cuenta autorizo irrevocablemente a debitar de mi Cuenta Corriente, Caja de Ahorro o Tarjeta de Crédito indicado más abajo, y proceder a acreditar en la Cuenta N° ..... de REGIONAL S.A. DE SEGUROS, el importe correspondiente a las cuotas de la(s) póliza(s) emitida(s) por esa aseguradora a mi favor según la opción indicada mas arriba

<b>Tipo:</b>	<input type="checkbox"/>	Visa	<input type="checkbox"/>	Mastercard	Banco/ Entidad Emisora	<input type="checkbox"/>	Vto.
	<input type="checkbox"/>	Cabal	<input type="checkbox"/>	Panel			
<b>Otros:</b>				Número			
				Cta. Cte./ Caja de Ahorro N.º			

### CUESTIONARIO

Profesión: [REDACTED]

Cargo desempeñado:

Ejerce otra ocupación o realiza manipulaciones peligrosas o experimentos de laboratorio?  Si  No

Especifique si tiene o ha tenido alguna enfermedad grave o accidente?  Si  No

Algún defecto visual?  Si  No

Algún defecto físico?  Si  No

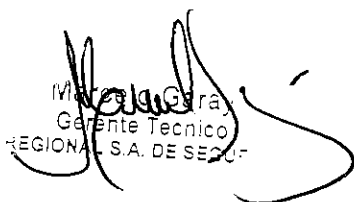
Sordera Total?  Si  No

Estatura: [REDACTED] Peso: [REDACTED] Kg

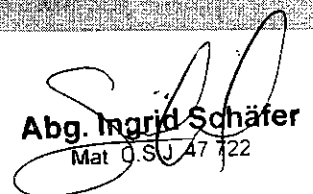
Especifique si tiene o ha tenido alguna enfermedad grave o accidente:

Tiene, ha tenido o le fue rechazada alguna solicitud para un seguro similar a este?

Detalles: [REDACTED]


  
Gerardo Gray  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

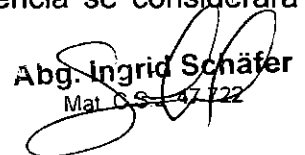
  
Abg. Ingrid Schäfer  
Mat. O.S.J. 47.722

<b>Declaración de Salud</b>		
En caso de marcar "Sí" subraye las dolencias que padece en cada campo:	<b>si</b>	<b>no</b>
a) Falta de respiración, persistencia de ronquera o tos, escupir sangre, bronquitis Pleuresis, asma, enfisema, ¿tuberculosis o desorden crónico respiratorio?		
b) Palpitaciones dolorosas del pecho, presión alta, fiebre reumática, murmullos en el Corazón, ¿ataque cardiaco o cualquier otro desorden del corazón o de las arterias?		
<b>Si subrayó presión alta, indicar niveles de presión arterial:</b> ...../.....		
c) Diabetes, tiroides o cualquier desorden glandular?		
<b>Si subrayó diabetes, indicar tipo:</b> .....		
d) Desorden de la piel, glándulas linfáticas, ¿quiste, tumor o cáncer?		
e) Uso excesivo del alcohol, tabaco o uso habitual de drogas?		
f) Cualquier desorden mental o físico no mencionado aquí?		
g) ¿Se le ha aconsejado tomar una prueba para un diagnóstico, hospitalización para cirugía no completada?		
h) Ha sido o está siendo analizado, tratado, consultado o informado de tener SIDA?		
i) Ha sufrido algún accidente, herida y operación quirúrgica grave durante los tres últimos años?		
j) Confirme que no ha sufrido ninguna enfermedad que haya requerido tratamiento de un médico, en caso contrario detalle a continuación:		
Detalles:		

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. Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará

  
 Marcelo Garay  
 Gerente Técnico  
 REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

  
 Abg. Ingrid Schäfer  
 Mat. O.S. 47122

aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556 C.C.).

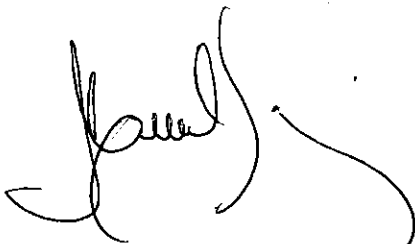
Autorizo irrevocablemente a **REGIONAL S.A. DE SEGUROS** otorgándole mandato suficiente en los términos del Art. 917 Inc. a) del Código Civil Paraguayo, para que por cuenta propia o a través de empresas especializadas del medio pueda recabar y proveer información referente a mi situación patrimonial,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

Firma

Lugar y Fecha

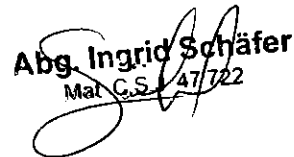
Afirmamos la autenticidad de los datos que anteceden y que el firmante forma parte de nuestro personal.

Lugar y Fecha



Marcelo Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

\*\*\*\*\*



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

Denominación del Plan: SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO VIDA.

71- (setenta y uno)

Pág. 68

**SOLICITUD INDIVIDUAL (Ventas Telefónicas)**

**Regional**

**SEGUROS**

**REGIONAL S.A. DE SEGUROS**  
Av. Irrazabal y Ruta VI, Encarnación.  
Tel. (071) 203700  
[www.regionalseguros.com.py](http://www.regionalseguros.com.py)

**SOLICITUD INDIVIDUAL  
SEGURO DE VIDA COLECTIVO – MULTIRRIESGO VIDA**

Póliza Nro.:	Sección/Sub-sección:	Certificado N°:	
Contratante y/o Tomador:			
Domicilio:			
Lugar y Fecha de Emisión:	Vigencia Desde las hs del	Vigencia Hasta las hs del	Plazo en días:

**Persona Física**

Nombre: RUC.:  
Cedula de identidad N°: Fecha de nac.: Edad:  
Domicilio Particular: Ciudad:  
Domicilio Laboral, Actividad: Empresa:  
Teléfono particular: Celular:  
Email:

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada Gs.
Fallecimiento	
Invalidez total y permanente	
Beneficio por accidente	
Anticipo por enfermedad terminal	
Periodo de Carencia:	
Trasplante de órganos	
Periodo de Carencia:	
Renta Diaria (Hospitalización)	
Monto por día ¢/US\$	
Periodo de Carencia:	
Franquicia:	
Plazo máximo en días:	
Gastos Médicos	
Gastos de Sepelio	
Repatriación de restos mortales:	
Fallecimiento del cónyuge	
Gastos de Sepelio del hijo menor de 18 años	

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

*Ingrid Schäfer*  
Mat. C.S.J. 47 722

*Mercedes Garay*  
Regional S.A. de Seguros

Beneficiarios			
Nombre completo	Parentesco	C.I.	Proporción (%)
Beneficiario 1			
Beneficiario 2			
Beneficiario 3			

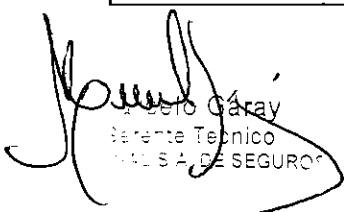
CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés	
Costo del Financiamiento:	
<b>COSTO FINAL:</b>	

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

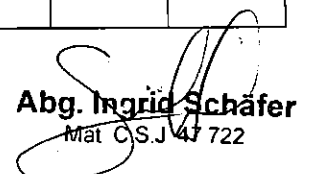
En mi carácter de titular de cuenta autorizo irrevocablemente a debitar de mi Cuenta Corriente, Caja de Ahorro o Tarjeta de Crédito indicado más abajo, y proceder a acreditar en la Cuenta N° ..... de REGIONAL S.A. DE SEGUROS, el importe correspondiente a las cuotas de la(s) póliza(s) emitida(s) por esa aseguradora a mi favor según la opción indicada mas arriba

Tipo:	<input type="checkbox"/>	Visa	<input type="checkbox"/>	Mastercard	Banco/ Entidad Emisora	Número	Vto.	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Cabal	<input type="checkbox"/>	Panal				
Otros:				Banco/ Entidad Emisora	Cta. Cte./ Caja de Ahorro N.º			

CUESTIONARIO			
Profesión:			
Ocupación:			
Estatura (cm):			
Peso (Kg):		si	no
¿Ejerce otra ocupación, o realiza manipulaciones peligrosas? Especifique:			
Especifique si tiene o ha tenido alguna enfermedad grave o accidente:			
¿Posee alguna limitación física?:			
¿Posee sordera total?:			
¿Posee algún defecto visual?:			
¿Tiene, ha tenido o le fue rechazada alguna solicitud para un Seguro similar a éste o de vida?			

  
Gerardo Caray  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad/dolencia o patología? En caso de marcar sí especifique:		
Detalles:		

Quando 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 (Art. 1556 C.C.).

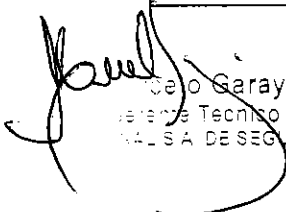
Confirmando bajo declaración jurada haber leído el cuestionario que antecede y que las respuestas son verdaderas, que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Aseguradora. Reconozco 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.

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 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.

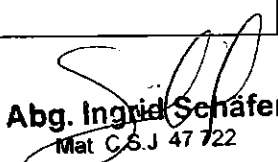
Firma

Lugar y Fecha

Vendedor	
ID DE LLAMADA	

  
Celso Garay  
Gerente Técnico  
REGIONAL S.A. DE SEGUROS

Regional S.A. de Seguros y Reaseguros

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

