



BANCO CENTRAL DEL PARAGUAY
Superintendencia de Seguros

RESOLUCIÓN SS. RP. N° 75/02

PATRIA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS - REGISTRO DE PÓLIZA

Asunción, 21 de febrero de 2002.-

VISTO: Las notas de la empresa **PATRIA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS**, con entradas bajo los N°s 260/02 y 361/02 en fechas 22 de enero de 2002 y 08 de febrero de 2002, respectivamente, en esta Autoridad de Control; el Informe SS.IETA.DET. N° 16/02 de fecha 19 de febrero de 2002 de la Intendencia de Estudios Técnicos y Actuariales; y,

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

En uso de sus atribuciones;

EL SUPERINTENDENTE DE SEGUROS

Resuelve:

- 1º) Inscribir en el **REGISTRO PÚBLICO DE PÓLIZAS DE SEGUROS** el modelo de póliza, con sus bases técnicas correspondientes, presentados por **PATRIA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS**, cuyos textos forman parte de esta Resolución, conforme al siguiente detalle:

SECCIÓN VIDA COLECTIVO, modalidad **INSTITUCIONES DE CARÁCTER COMUNITARIO**, Código N° 13-VC.0002.

- 2º) Registrar, comunicar y archivar.

Juan Carlos Ruiz Diaz
26/02/02



LUIS A. TOFFOLETTI RIUS
Superintendente de Seguros

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

MUESTRA PARA
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

Modalidad: Instituciones de Carácter Comunitario.

CONDICIONES PARTICULARES

PÓLIZA NUMERO	ENDOSO NUMERO	FECHA DE EMISIÓN

Vigencia de Póliza	INICIO	VENCIMIENTO	PLAZO	RENUEVA A

CONTRATANTE O TOMADOR:

DOMICILIO:

El Texto de esta póliza ha sido registrado en la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, bajo el Código N° _____ por Resolución S.S.R.P. N° _____ de fecha ____/____/____

PATRIA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, en adelante denominado el “Asegurador” y quien precedentemente se designa con el nombre de “Contratante” o “Tomador”, conforme a la propuesta por él presentada, celebran un Contrato de Seguro, sujeto a la Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares, convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buena fe y que se anexan a la presente Póliza formando parte integrante de la misma.

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: (personas asegurables, según las Condiciones Particulares Específicas, que se incorporan al seguro a través de la nómina proveída por el Contratante o Tomador y solicitudes respectivas)

Profesión:

Beneficiario(s):

Cobertura:

Capital asegurado:

Premio por asegurado:

El texto de esta póliza ha sido registrado en la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, bajo el Código N° 13.VC.0002.-, por Resolución S.S. N° 75/02.., de fecha 21.02.02..

Tasa:

Intendente Estudios Técnicos y Actuarios

Quando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556 C. C.)

Liquidación del Premio Total

PRIMA: G.

I.V.A.: G.

PREMIO: G.

FORMA DE PAGO

Cantidad Cuotas Vencimiento Importe Cuotas

PATRIA S.A. de Seguros y Reaseguros

Forman parte integrante de la presente Póliza las siguientes Cláusulas Adicionales y Endosos:

Cláusulas Adicionales N°s.:

Endosos N°s.:

Arq. BENJAMIN KARLIK
Vice Presidente

Firma
COMPAÑÍA ASEGURADORA

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

INSTITUCIONES DE CARÁCTER COMUNITARIO

MUESTRA PARA INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS

OBJETO DEL SEGURO

Cláusula 1: El Asegurador cubre el fallecimiento del Asegurado hasta el monto del capital asegurado, de conformidad a lo establecido en las Condiciones de esta póliza, siempre y cuando forme parte del grupo asegurado.

Entiéndase por Grupo Asegurado, todas las personas que se incorporen al Contratante o Tomador, cuya nómina deberá suministrar al Asegurador, cuyos datos figuran en la solicitud individual, y que reúnan los requisitos de asegurabilidad indicados en estas Condiciones Particulares Específicas.

CONTRATO COMPLETO

Cláusula 2: Esta póliza, las solicitudes de Seguro presentadas por el Contratante o Tomador y los Asegurados, y los Certificados Individuales de Incorporación al seguro que se expiden a los Asegurados, constituyen el contrato completo entre el Contratante o Tomador y el Asegurador.

PERSONAS ASEGURABLES

Cláusula 3: Podrán ser aseguradas bajo esta póliza todas aquellas personas que forman parte de sociedades, clubes, asociaciones, cooperativas y toda clase de institución de carácter comunitario.

A los efectos de este seguro se considerarán asegurables a todas las personas que en la fecha de solicitud del presente seguro, o en la fecha que se incorporen, a criterio del Asegurador reúnan los requisitos relativos a su salud según los cuestionarios respectivos. El Asegurador podrá requerir del Asegurado su sometimiento a una inspección médica practicada por el facultativo designado por el Asegurador.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Cláusula 4: No pueden asegurarse las personas cuyas edades sean inferior a 20 años ni superior a 65 años, así como los interdictos, las personas con incapacidades físicas y mentales, paralíticos, epilépticos y toxicómanos.

VIGENCIA DEL CONTRATO

Cláusula 5: Previo pago del premio correspondiente y una vez entregada la póliza al Contratante este seguro entrará en vigor en la fecha de iniciación y caducará automáticamente, sin necesidad de comunicación expresa al respecto, en el día de su vencimiento si no fuere previamente renovado.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Cláusula 6: Este contrato es renovable anualmente mediante el pago oportuno del premio correspondiente. En cada renovación se aplicarán las primas en vigor del Asegurador en dicha fecha, de acuerdo a la edad alcanzada por el conjunto de los Asegurados.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Cláusula 7: 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.

Arq. BENJAMIN KAPLES
Vice Presidente

MUESTRA PARA

INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

b) Cuando el número de Asegurados sea inferior a diez (10) personas, en cuyo caso el contrato caducará en forma automática.

Cláusula 8: Podrán ingresar al seguro todas las personas asegurables, que reúnan los requisitos exigidos en la presente póliza.

Los certificados individuales correspondientes a las personas que ingresen inicialmente al seguro, entrarán en vigor conjuntamente con esta póliza. La vigencia de los certificados individuales correspondientes a las personas que ingresen posteriormente al seguro comenzará desde la fecha de recibo de la solicitud del contratante o de la solicitud individual de incorporación al seguro según cual de las dos (2) fechas sea posterior, sin perjuicio del derecho que se reserva el Asegurador de rechazar el riesgo dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de la última solicitud.

SALIDA DEL SEGURO

Cláusula 9: El Tomador deberá comunicar al Asegurador las personas que se separen definitivamente del conjunto de Asegurados, ya sea por exclusión, renuncia u otras causas, y dejarán de estar aseguradas treinta (30) días después de su separación del grupo, quedando automáticamente nulo y sin ningún valor el correspondiente certificado individual de incorporación al seguro.

En caso de cancelación de la presente póliza, todos los certificados individuales de incorporación al seguro correspondientes a la misma, caducarán automáticamente.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

Cláusula 10: 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 que se consideren necesarios.

NUMERO MÍNIMO DE ASEGURADOS

Cláusula 11: Es condición expresa para que esta póliza entre en vigor y mantenga su vigencia que el número de personas aseguradas no sea inferior a diez (10). Si en determinado momento no se cumpliera esta condición, el presente contrato caducará automáticamente según lo establecido en el inciso b) Cláusula 7 de estas Condiciones Particulares Específicas.

PREMIO

Cláusula 12: El premio total del seguro será la suma del premio que corresponda a cada Asegurado. El premio de cada Asegurado será el que resulte de multiplicar la tasa establecida en las Condiciones Particulares por el capital asegurado correspondiente.

En cada renovación se aplicará la tasa en vigor del Asegurador, según la edad alcanzada por el conjunto de Asegurados y ésta se aplicará durante el siguiente período. Aquellos que ingresen con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia o los que se separen del conjunto de asegurados durante el transcurso del periodo anual, se les aplicará la tasa correspondiente a su edad, calculada en proporción al tiempo que falte transcurrir el seguro.

PAGO DEL PREMIO

Cláusula 13: El pago del premio de esta póliza deberá hacerse por anualidad anticipada, pero el Asegurador podrá conceder pagos mensuales.

El pago del premio se abonará en la fecha de vencimiento de la(s) cuota(s) respectiva(s) estipulada(s) en las Condiciones Particulares de esta póliza, contra los recibos oficiales del Asegurador provistas de la firma de los funcionarios debidamente autorizados por él para dicho efecto.

Cuando el pago se efectúe utilizando giro, cheque remitido por vía postal u otro medio que implique un pago indirecto, solo se entenderá aceptado cuando el Asegurador hubiere comunicado al Contratante dicha aceptación por carta certificada o telegrama colacionado remitido al último

Arq. BENJAMIN KARLIK
Vice Presidente

domicilio declarado por éste, dentro de los (10) días de haberse recibido el instrumento de pago. El Asegurador quedará liberado de esta obligación cuando con anterioridad hubiere comunicado la caducidad de la póliza.

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

RESIDENCIA - OCUPACIÓN - VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS - PERDIDA DE DERECHOS A INDEMNIZACIÓN

Cláusula 14: El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar dentro o fuera del país.

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

- a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- e) Guerra que no comprenda a la nación paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado así como las del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- f) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente muerte (suicidio), salvo que el seguro haya sido renovado ininterrumpidamente durante tres años. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyen la voluntad, el Asegurador no se libera.
- g) Participación del Contratante o el Asegurado en actos ilícitos, delitos, crímenes, duelo, desafíos o riñas; no considerándose como riñas los casos de legítima defensa del Contratante o el Asegurado y de sus familiares; o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.

INTERVENCIÓN DEL CONTRATANTE

Cláusula 15: El Contratante deberá certificar la exactitud de los datos contenidos en los formularios de cada Asegurado y proporcionar al Asegurador toda la información que éste le requiera con motivo de la aceptación del riesgo. El Asegurador podrá exigir, en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados. Si con motivo del fallecimiento de algún asegurado se verificara que por error la edad declarada por el Asegurado es menor, y esta se encontrara dentro de los límites de aceptación del seguro, el Asegurador podrá reajustar el capital asegurado al monto que corresponde según el premio abonado durante todo el tiempo que la persona estuvo asegurada en esta póliza y el Contratante será responsable por la diferencia que resulte.

EDADES

Cláusula 16: Los límites de edad fijados por el Asegurador para la aceptación del riesgo son veinte (20) años como mínimo y sesenta y cinco (65) años como máximo. La edad de cada asegurado deberá constar en la respectiva solicitud individual de incorporación al seguro, y quedará consignada en el certificado individual de incorporación al seguro de cada Asegurado.

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

Arq. BENJAMIN KARLIK
Vice Presidente

Si la edad verdadera estuviera fuera de los límites de aceptación del riesgo del Asegurador, se aplicará lo establecido en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales Comunes.

Cláusula 17:

intransferibles.

La presente póliza y los certificados individuales de incorporación al seguro son intransferibles. Por tanto, cualquier cesión se considerará nula y sin ningún valor.

BENEFICIARIOS

Cláusula 18:

a) Designación:

La designación de beneficiario o beneficiarios se hará por escrito, en la solicitud del seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el inciso b).

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

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

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

Cuando se designe a los herederos se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que 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 en 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 en la póliza con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

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

LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO

Cláusula 19: Ocurrido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta póliza, estando ella en pleno vigor, el Asegurador efectuará el pago que corresponda después de quince (15) días de recibidas la copia legalizada de la partida de defunción, declaración del médico que hubiere asistido al Asegurado y del que certificó su muerte, así como las informaciones complementarias y documentos necesarios para liquidar el siniestro. También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiere instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieran.

de Seguros y Reaseguros

Arg. BENJAMIN KARLIK
Vice Presidente

MUESTRA PARA
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

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 caso 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.Civil) se abonará la indemnización contra presentación de la declaración judicial de su muerte. Pero si posteriormente apareciera el Asegurado o se tuviese noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada.

NOTIFICACIONES

Cláusula 20: Todo lo relativo a esta Póliza será tratado por conducto del Contratante o Tomador. El mismo está obligado a dar aviso de inmediato al Asegurador 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 de las nuevas personas y todos los datos necesarios para la apreciación de los riesgos, o acompañando los Certificados Individuales de incorporación al seguro para las modificaciones necesarias. Asimismo deberá notificar al Asegurador los siniestros en caso de fallecimiento, invalidez permanente y accidentes si estos seguros complementarios estuvieren incluidos en la cobertura del seguro.

Todas las comunicaciones y notificaciones que el Asegurador deba hacer a los Asegurados se considerarán válidas y completas cuando las remita por conducto del Contratante. Todas las comunicaciones al Asegurador, se remitirán directamente a la casa central.

CLÁUSULA DE COBRANZA

Cláusula 21: La(s) cuota(s) de la prima deberá(n) ser pagada(s) puntualmente por el Tomador produciéndose la mora automáticamente sin necesidad de intimación judicial ni extrajudicial previa.

La falta de pago a su vencimiento de cualquier cuota establecida en la presente póliza producirá la suspensión automática de la cobertura sin necesidad de intimación alguna.

Arq. BENJAMIN KARLIK
Vice Presidente

*****//*****

MUESTRA PARA
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
MUESTRA PARA
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA
INSTITUCIONES DE CARÁCTER COMUNITARIO

CONDICIONES GENERALES COMUNES

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

CLÁUSULA 1: Las partes contratantes se someten a las disposiciones contenidas en el Capítulo XXIV Título II del Libro III del Código Civil y a las de la presente póliza.

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

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.

PROVOCACIÓN DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 2: El Asegurador queda liberado si el Tomador o el Beneficiario provoca, por acción u omisión, el siniestro, dolosamente o con culpa grave. Quedan excluidos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado. (Art. 1609 C.C.)

PLURALIDAD DE SEGUROS

CLÁUSULA 3: Quién asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, notificará dentro de los diez (10) días hábiles a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario (Art. 1606 C. Civil).

CAMBIO DE TITULAR DEL INTERÉS ASEGURADO

CLÁUSULA 4: El cambio de titular del interés asegurado debe ser notificado al Asegurador. La notificación del cambio de titular se hará en el término de (7) siete días. La omisión libera al Asegurador, si el siniestro ocurriera después de (15) quince días de vencido este plazo. (Art. 1618 C.C.)

RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

CLÁUSULA 5: 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 (3) tres meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art. 1549 C.C.).

MUESTRA PARA
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA



PATRIA S.A.
de Seguros y Reaseguros

Dr. MARCOS PERERA R.
Presidente



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 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.Civil).

RESCISIÓN UNILATERAL

CLÁUSULA 6: 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 (15) quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.

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

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

Cuando el contrato se celebre por tiempo indeterminado, cualquiera de las partes puede rescindirlo de acuerdo con el artículo anterior. (Art. 1563 C.Civil).

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

CLÁUSULA 7: 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 (7) siete días, deberá notificar su decisión de rescindir el contrato (Art. 1582 C.C.).

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

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

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

MUESTRA PARA
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

PATRIA S.A.
de Seguros y Reaseguros
Dr. MARCOS PERERA R.
Presidente

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

- MUESTRA PARA INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA**
- 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.)

PAGO DE LA PRIMA

CLÁUSULA 8: La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 1573 C.C.)

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

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

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLÁUSULA 9: 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 referente a contratos o sus prórrogas y aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo del Asegurador.

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

DENUNCIA DEL SINIESTRO Y CARGAS ESPECIALES DEL ASEGURADO

CLÁUSULA 10: El Tomador, o el derecho-habiente en su caso, comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los (3) tres 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 deja de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el Artículo 1589 del Código Civil, o exagera fraudulentamente los daños o emplea pruebas falsas para acreditar los daños (Art. 1590 C.C.).

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

CLÁUSULA 11: El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas 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 12: 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

MUESTRA PARA INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

PATRIA S.A.
de Seguros y Reaseguros

Dr. MARCOS PERERA R.
Presidente

únicamente un elemento de juicio para que éste pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

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

GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

CLÁUSULA 13: Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable son a cargo del Asegurador, en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del Asegurado. Se excluye el reembolso de la remuneración del personal dependiente del Asegurado (Art. 1614 C.C.)

REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO

CLÁUSULA 14: El Asegurado podrá hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño, es nulo todo pacto en contrario y serán por su cuenta los gastos de esa representación (Art. 1613 C.C.)

VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR

CLÁUSULA 15: 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.Civil).

SEGURO POR CUENTA AJENA

CLÁUSULA 16: 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. Civil).

MORA AUTOMÁTICA

CLÁUSULA 17: 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 Código Civil)

PRESCRIPCIÓN

CLÁUSULA 18: Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. En el seguro de vida, el plazo de prescripción para el beneficiario corre, desde que haya conocido la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el acaecimiento del siniestro (Art. 666 Código Civil).

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

CLÁUSULA 19: 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 Código Civil).

PATRIA S.A.
de Seguros y Reaseguros

MARCOS PERERA R.
Presidente

MUESTRA PARA
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA



CÓMPUTOS DE LOS PLAZOS

CLÁUSULA 20: Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

PRORROGA DE JURISDICCIÓN

CLÁUSULA 21: 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 Código Civil).

DE LOS EFECTOS DEL CONTRATO

CLÁUSULA 22: Las convenciones hechas en los contratos forman para las partes una regla a la cual deben someterse como a la ley misma, y deben ser cumplidas de buena fe. Ellas obligan a lo que esté expresado, y a todas las consecuencias virtualmente comprendidas. (Art. 715 C.C.)

***** // *****

PATRIA S.A.
de Seguros y Reaseguros

Dr. MARCOS PERERA R.
Presidente

**MUESTRA PARA
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA**

MUESTRA PARA
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

INSTITUCIONES DE CARÁCTER COMUNITARIO

SEGURO COMPLEMENTARIO PAGO ANTICIPADO POR INCAPACIDAD TOTAL Y
PERMANENTE



- 1) **Objeto de este seguro:** Por el presente seguro complementario el Asegurador garantiza el pago del capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares, en el supuesto de que el Asegurado, resulte afectado por una incapacidad total y permanente. Es condición esencial para este beneficio, que la incapacidad se produzca por lesiones o enfermedad contraídas después de la fecha de su incorporación a esta póliza y antes de haber cumplido el Asegurado 60 (sesenta) años de edad.

A los efectos de este seguro se entiende por incapacidad total y permanente la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para ejercer su profesión y siempre que tal circunstancia haya continuado ininterrumpida por seis (6) meses como mínimo.

- 2) **Riesgos excluidos:** Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

- Los siniestros causados voluntariamente por el Asegurado.
- Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.
- Las consecuencias de los accidentes causados por temblor meteorológico de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.
- Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro.
- También quedan expresamente excluidos los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

- 3) **Documentos que deben acompañar a la solicitud de indemnización:**

- Partida de nacimiento o cédula de identidad del Asegurado.
- Certificado médico en el que se determine la fecha de origen de la enfermedad o acaecimiento del accidente, y se evidencie la invalidez total y permanente.
- Informaciones complementarias y documentos necesarios para liquidar el siniestro.

-----oOo-----

PATRIA S.A.
de Seguros y Reaseguros

Dr. MARCOS PERERA R.
Presidente

MUESTRA PARA
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

Gral. Santos 715 c/Siria
 Teléfs.: 225 250 - 225 256 - 214 001
 Fax: (595.21) 214 001 - C.C. 2735
 e-mail: patria@conexion.com.py
 Asunción - Paraguay

POLIZA N°	CERTIFICADO INDIVIDUAL N°

MUESTRA PARA
 INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

PATRIA
 S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
 SEGURO DE VIDA COLECTIVO
 INSTITUCIONES DE CARÁCTER COMUNITARIO



CERTIFICADO INDIVIDUAL

Certificamos que:.....
 (Nombre del Asegurado)
 se encuentra comprendido en el Seguro de Vida Colectivo, contratado por:.....
 (Contratante o Tomador)
 de acuerdo a las Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares, estipuladas en la póliza, que se encuentra en poder del Tomador.
 Fecha de Nacimiento del Asegurado:.....edad:.....Profesión:.....
 Capital Asegurado:.....Premio:.....
 Vigencia del Seguro:..... Desde:.....Hasta:.....
 Beneficiario(s):.....

Objeto del Seguro: El Asegurador cubre el fallecimiento del Asegurado hasta el monto del capital asegurado, de conformidad a lo establecido en las Condiciones de esta póliza, siempre y cuando forme parte del grupo asegurado.

Cobertura adicional: Pago Anticipado por Incapacidad Total y Permanente (según cláusula adicional N° 01).

Personas no Asegurables: No pueden asegurarse las personas cuyas edades sean inferior a 20 años ni superior a 65 años, así como los interdictos, las personas con incapacidades físicas y mentales, paralíticos, epilépticos y toxicómanos.

Riesgos no cubiertos: Quedan excluidos de este seguro, y en consecuencia no indemnizables, los siguientes casos:

- a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- e) Guerra que no comprenda a la nación paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado así como las del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- f) Cuando el Asegurado se haya dado voluntariamente muerte (suicidio), salvo que el seguro haya sido renovado ininterrumpidamente durante tres años. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad, el Asegurador no se libera.
- g) Participación del Contratante o el Asegurado en actos ilícitos, delitos, crímenes, duelo, desafíos o riñas; no considerándose como riñas los casos de legítima defensa del Contratante o el Asegurado y de sus familiares; o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.

Denuncia del Siniestro: El Tomador o el derecho-habiente, en su caso, comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los (3) tres días de conocerlo, bajo la 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.)

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. (Art. 1556 C.C.)

En fe de lo cual, PATRIA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS otorga este Certificado Individual, en la ciudad de Asunción, a los días del mes de del año

Arq. BENJAMIN KARLIK
 Vice Presidente

MUESTRA PARA
 INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

Firma
 El Asegurador

Gral. Santos 715 c/Siria
Teléfs.: 225 250 - 225 256 - 214 001
Fax: (595-21) 214 001 - C.C. 2735
e-mail: patria@conexion.com.py
Asunción, Paraguay

PATRIA

S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS

MUESTRA PARA
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA
SECCION VIDA COLECTIVO
INSTITUCIONES DE CARÁCTER COMUNITARIO



PROPUESTA

CONTRATANTE O TOMADOR:.....
(Nombre o Razón social) (RUC o C.I. N°)
DOMICILIO:.....
LOCALIDAD:..... TELEFONO:.....
ACTIVIDAD :.....
En virtud a que interés toma el Seguro?

Cobertura:.....
Capital Máximo asegurado:.....
Tasa:.....
Plazo:..... Vigencia: Desde:..... Hasta:.....
Forma de pago:.....

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 (Art. 1556 C.C.)
Declaro tener conocimiento de las condiciones de cobertura de la póliza, sus cláusulas adicionales y endosos, y estar de acuerdo con ellos.

Declaramos que la información y respuesta anterior son completas y verídicas, y forman parte integrante de la Póliza; acepto que cualquier omisión o declaración falsa exime a la Aseguradora del pago de la indemnización.

Asunción,.....,el.....de.....de.....

.....
Firma del Agente
Nombre:
Matrícula:

.....
Firma del Tomador

Endosos Nros.:
Cláusulas Adicionales Nros.:
MUESTRA PARA CONTROLES
INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA
Emitida el Hecho por Tarifado por Verificado por
PATRIA S.A.
de Seguros y Reaseguros
Dr. Marcos Pereira R.
Presidente

Gral. Santos 715 c/Siria
 Teléfs.: 225 250 - 225 256 - 214 001
 Fax: (595-21) 214 001 - C.C. 2735
 e-mail: patria@conexion.com.py
 Asunción - Paraguay

Póliza/End. N°.: _____
 Cliente N°.: _____
 Certif. N°.: _____



SEGURO DE VIDA COLECTIVO
INSTITUCIONES DE CARÁCTER COMUNITARIO

SOLICITUD INDIVIDUAL

Por la presente solicito a PATRIA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS mi incorporación al Seguro de Vida Colectivo contratado por: _____ en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares de la Póliza emitida a nombre de ésta, en mi carácter de _____ del mismo y de conformidad con las siguientes informaciones que les proporciono.

Nombres: _____ Apellidos: _____
 RUC o C.I.: _____ Profesión: _____ Sexo: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Estado Civil: _____ Talla (calzado): 1m. _____ cm. Peso (vestido): _____ Kg.
 Domicilio Particular: _____ Teléfono: _____
 Domicilio Comercial: _____ Teléfono: _____
BENEFICIARIO(S): que instituye para el caso de muerte (nombres completos y parentescos): _____

Se encuentra desempeñando sus actividades habituales? Si(☐). No(☐) porqué ? _____

Antecedentes Clínicos

a) Sufre usted actualmente o ha sufrido en el transcurso de los últimos 5 (cinco) años, algún malestar físico o enfermedad que le haya obligado a ser visto o no por un médico o sometido a estudios tales como: análisis o prueba por laboratorio, radioscopias o radiografías, electrocardiogramas, presión sanguínea, regímenes alimenticios o cualquier otro no mencionado expresamente ? (sí o no) _____. En caso afirmativo, cite al médico que lo atendió y/o el(los) estudio(s) o pruebas realizadas y el (los) resultado(s) si fueron: normales, regulares, malos: _____

b) Soporta usted algún defecto físico (cojera, amputaciones, etc.): _____

Otros seguros

a) Posee otro seguro de vida (sí o no): _____ b) En qué Compañía y por que suma?: _____

Renuncia al Secreto Médico Profesional

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

Declaro expresamente que he leído con atención las preguntas de este formulario, así como las respuestas consignadas, que a mi entender son verídicas, precisas y completas, manifestando, a los efectos de este seguro, encontrarme en buenas condiciones de salud.

CODIGO CIVIL. - Art. 1.549 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.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o Asegurado, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los seguros, o habría modificado las condiciones de los mismos, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

DATOS DEL SEGURO

a) Monto Asegurado (Gs. _____) b) Plazo: _____

c) Importe del Premio del Seguro (Gs _____)



de _____
PATRIA S.A.
 de Seguros y Reaseguros

Dr. MARCOS PERERA R.
 Presidente

Firma del Tomador

Firma del Asegurado

Gral. Santos 715 c/Siria
Teléfs.: 225 250 - 225 256 - 214 001
Fax: (595-21) 214 001 - C.C. 2735
e-mail: patria@conexion.com.py
Asunción - Paraguay

Póliza/End. N°.: _____
Cliente N°.: _____
Certif. N°.: _____

MUESTRA PARA
INSCRIPCION DE PÓLIZA

PATRIA
S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
SEGURO DE VIDA COLECTIVO
INSTITUCIONES DE CARÁCTER COMUNITARIO



SOLICITUD INDIVIDUAL

Por la presente solicito a PATRIA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS mi incorporación al Seguro de Vida Colectivo contratado por: _____
en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares de la Póliza emitida a nombre de ésta, en mi carácter de _____ del mismo y de conformidad con las siguientes informaciones que les proporcione.
Nombres: _____ Apellidos: _____
RUC o C.I.: _____ Profesión: _____ Sexo: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Estado Civil: _____ Talla (calzado): 1m. _____ cm. Peso (vestido): _____ Kg.
Domicilio Particular: _____ Teléfono: _____
Domicilio Comercial: _____ Teléfono: _____
BENEFICIARIO(S): que instituye para el caso de muerte (nombres completos y parentesco): _____
Se encuentra desempeñando sus actividades habituales? Si() No() porqué? _____

DECLARACIÓN DE SALUD NORMAL

1. Nombre y dirección de su médico de cabecera
¿ Cuando y por cuánto tiempo ha estado Ud. consultando a su médico?

2. a) Su estatura: cm _____
b) ¿ Ha cambiado su peso durante los últimos 12 meses ?
SI/NO (si es así, dé Ud. detalles)

Su peso: Kg. _____

3. ¿Sufre Ud. de algún defecto físico o enfermedad?
SI/NO (si es así, dé Ud. detalles)

4. ¿ Ha tenido Ud. alguna vez

Sí ☐ No ☐

a) parálisis, epilepsia, ataques o alguna afección psicológica o nerviosa
b) tuberculosis, pleuresía, asma, bronquitis, tos persistente u otras enfermedades graves de las vías respiratorias
c) fiebre reumática o algunas enfermedades del corazón o del sistema circulatorio
d) indigestiones persistentes, úlceras gástricas o duodenales o alguna afección intestinal o del hígado
e) diabetes, gota o alguna afección renal o vesicular
f) algún examen radiológico u otro examen especial
g) algún tratamiento médico con drogas
h) fiebre en intervalos o persistente
i) sudoraciones nocturnas persistentes
j) infecciones inexplicables, ganglios linfáticos inflamados o aumentados de tamaño.
k) repetidos ataques de diarrea o diarrea crónica
l) enfermedades dermatológicas
m) hepatitis B o enfermedades transmitidas por contactos sexuales (p. ej. sífilis, gonorrea) incluyendo lesiones, ulceraciones o secreciones genitales?

5. ¿ En los últimos 24 meses, ha solicitado una cobertura de seguro de Vida para Ud. mismo o existe una solicitud pendiente?

MUESTRA PARA
INSCRIPCION DE PÓLIZA

☐ SI ☐ NO

- ¿ Ha sido alguna vez pospuesta, rechazada o retirada una solicitud de cobertura de Vida o de Invalidez para Ud. mismo o se le han impuesto condiciones especiales?

Sí ☐ No ☐

PATRIA S.A.
de Seguros y Reaseguros

Dr. MARCOS PERERA R.
Presidente

¿ Sírvase indicar fechas, nombre de las compañías y si aún están en vigor las pólizas aceptadas.

- MUESTRA PARA INSCRIPCIÓN DE PÓLIZA

6. ¿Existe algún otro factor o circunstancia (como participación en deportes o actividades peligrosas, etc.) que afecte su aptitud para el seguro?

Sí

No

7. ¿ Durante los últimos cinco años, ha residido en un país diferente a aquel en el que reside actualmente?

Sí

No

Sírvase indicar también viajes privados y de negocios

8. ¿ Se ha inyectado Ud. alguna vez drogas que no le fueron prescritas por un médico?

Sí

No

9. ¿ Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre o concentrados sanguíneos en los últimos 5 años?

Sí

No

¿ Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre?

Sí

No

¿ Porqué ?

10. ¿ Se le ha recomendado alguna vez practicarse un análisis de sangre en relación con el SIDA o una enfermedad relacionada con el SIDA ?

Sí

No

11. ¿ Ha consultado o está actualmente consultando a un médico a causa del SIDA o de la sospecha de un síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o se le ha tratado o se le está tratando a causa de tal síndrome ?

Sí

No
- Renuncia al Secreto Médico Profesional
- Autoriza usted con relación al seguro, a los médicos que le han asistido o examinado o que lo hagan en el futuro, a proporcionar los datos que poseen o informes que conozcan sobre su salud o enfermedad padecida? (sí o no).....
- Declaro expresamente que he leído con atención las preguntas de este formulario, así como las respuestas consignadas, que a mi entender son verídicas, precisas y completas, manifestando, a los efectos de este seguro, encontrarme en buenas condiciones de salud.
- CÓDIGO CIVIL. - Art. 1.549 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.
- Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los seguros, o habría modificado las condiciones de los mismos, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
- DATOS DEL SEGURO
- a) Monto Asegurado (Gs.)

b) Plazo:.....

c) Importe del Premio del Seguro (Gs.)
- Asunción, el de de
- Firma del Tomador
- Firma del Asegurado
- PATRIA S.A.
de Seguros y Reaseguros
Dr. MARCOS PERERA R.
Presidente