



ROYAL
SEGUROS S.A.

CONDICIONES GENERALES COMUNES

Cláusula 1 - LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones contenidas en el Capítulo XXIV, Título III 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.

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

Cláusula 2 - RETICENCIA Y FALSA DECLARACIÓN

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 Artículo 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.C.).

Cláusula 3 - AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador o el Asegurado están obligados a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Art. 1580 C.C.). Cuando se trate de un hecho propio del Tomador o Asegurado, debe comunicar de la agravación, antes de que se produzca. Cuando la agravación sea causada por hecho ajeno, debe comunicarla al Asegurador en un plazo inferior a treinta (30) días.

Toda agravación del riesgo que, si hubiese existido al tiempo de la celebración del contrato, hubiera 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 o del Asegurado, la cobertura queda suspendida, desde que la agravación efectivamente se produce. El Asegurador, en el plazo de siete (7) días de producida la agravación, deberá notificar su decisión de rescindir el contrato (Art. 1582 C.C.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador o al 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 Artículo 1582 del Código Civil si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.

Si el Tomador o el Asegurado 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 o el Asegurado 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.).
- c) La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:
- d) si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido;
- e) en caso contrario, a percibir la prima por el periodo de seguro en curso (Art. 1584 C.C.)

Cuando el riesgo real resulte menor que el denunciado inicialmente, el Asegurado tiene derecho a la rectificación de la prima (Art 1577 C.C.)



Cláusula 4 - CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

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 Artículo 1579 del Código Civil.

Cláusula 5 - PAGO DE LA PRIMA

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

Cláusula 6 - VIGENCIA Y RENOVACIÓN

La vigencia de esta póliza es de un (1) año a contar desde las doce (12) hs del día de inicio de vigencia expresado en la Condiciones Particulares, salvo pacto expreso en contrario

Mientras la póliza se encuentre en vigor, ésta podrá ser renovada para los Asegurados que no hubieran alcanzado la Edad Máxima de Cobertura. La renovación sólo se hará efectiva con el pago -dentro del plazo de gracia estipulado- del premio inicial del nuevo período de cobertura.

Las anulaciones anticipadas están previstas en la Cláusula 14 (Rescisión Unilateral) de estas Condiciones Generales Comunes.

Cláusula 7 - DENUNCIA DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado, o sus beneficiarios, deberán comunicar por escrito al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a la indemnización, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 1589 y 1590 C.C.).

El Tomador, el Asegurado o sus beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin (Art. 1589 C.C.).

El Tomador, el Asegurado o sus beneficiarios pierden el derecho a ser indemnizados si dejan de cumplir con culpa grave o con dolo, las cargas previstas en el Artículo 1589 del Código Civil, o exageran fraudulentamente los daños o emplean pruebas falsas para acreditar los daños (Art. 1590 C.C.).

Cláusula 8 - VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

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 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.

Cláusula 9 - GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

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.).

Cláusula 10 - REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO

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.).

Cláusula 11 - VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR

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.).

Cláusula 12 - PROVOCACIÓN DEL SINIESTRO

El Asegurador queda liberado de pagar la suma asegurada, cuando el Asegurado se ha dado voluntariamente la muerte, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres (3) años (Art.1670 C.C.).

Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado con un acto ilícito (Art.1671 C.C.).

El Asegurador se libera si la persona cuya vida se asegura, la pierde en empresa criminal (Art.1672 C.C.).

Cláusula 13 - REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

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

Cláusula 14 - RESCISIÓN UNILATERAL

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión. Cuando el seguro rija de doce (12) a doce (12) horas, la rescisión se computará desde la hora doce (12) inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro (24).

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 1562 C.C.). Igual derecho tiene el Asegurador si la rescisión se produjera por mora en el pago de la prima (Art. 1575 C.C.)

Cláusula 15 - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El Productor o Agente de Seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referente a contratos o sus prórrogas; y
- c) 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 (Arts. 1595 y 1596 C.C.)

Cláusula 16 - MORA AUTOMÁTICA

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

Cláusula 17 - PRESCRIPCIÓN

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.).

Cláusula 18 - DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

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

Cláusula 19 - USO DE LOS DERECHOS POR EL TOMADOR O ASEGURADO

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

Cláusula 20 - CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Cláusula 21 - PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

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.).

Cláusula 22 - ADECUACIÓN A SEGUROS COLECTIVOS

EN CASO DE CONTRATACIÓN COLECTIVA DE ESTE SEGURO, REGIRÁN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

22.1 DEFINICIONES

A los fines de esta póliza colectiva, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Certificado Individual de Incorporación: es el documento que emite el Asegurador a favor del Asegurado y que exterioriza y prueba la incorporación de este último a la póliza contratada por el Tomador.

Tomador: es la persona física o jurídica que suscribe el presente seguro y que mantiene una relación previa con las personas asegurables, distinta de la contratación del seguro.

Asegurado: es aquella persona que se identifique como tal en el respectivo Certificado Individual de Incorporación y que pertenece al grupo regido por el Tomador.

22.2 VIGENCIA DE LAS CONDICIONES PACTADAS

Es requisito para que este seguro pueda mantenerse en vigencia en las condiciones pactadas en materia de Sumas Aseguradas y de Primas, que la cantidad de Asegurados alcance por lo menos al mínimo indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza. Si en un determinado momento no se reuniera el mínimo antes mencionado, el Asegurador se reserva el derecho de modificar las primas pactadas. En este caso, el Asegurador notificará su decisión por escrito al Tomador con una anticipación mínima de treinta (30) días.

22.3 TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

Complementariamente a lo que estipulen las Condiciones Específicas de las coberturas contratadas, la cobertura individual de cada Asegurado caducará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Cuando el Asegurado deje de pertenecer al grupo regido por el Tomador
- b) Cuando se produzca la caducidad del Certificado Individual de Incorporación del Asegurado
- c) Cuando la póliza quede rescindida según lo estipulado en la Cláusula 14 (Rescisión Unilateral) de estas Condiciones Generales Comunes

22.4 OBLIGACIONES DEL TOMADOR

El Tomador se compromete a:

- a) Denunciar al Asegurador todo accidente presumiblemente cubierto por esta póliza.
- b) Informar al momento de ocurrida y/o conocida cualquier alta, baja y/o modificación relativa a los Asegurados, mediante el envío en soporte magnético de un archivo con los datos mínimos requeridos por el Asegurador.
- c) Hacer entrega de los Certificados Individuales de Incorporación a cada uno de los Asegurados.
- d) Denunciar al Asegurador las agravaciones/modificaciones del riesgo asumido.

El Asegurador podrá solicitar o acceder en cualquier momento a la información, documentación y registros en poder del Tomador relacionados con la ejecución de este contrato.

22.5 DUPLICADO DE PÓLIZA Y DE CERTIFICADOS - COPIAS

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza o de cualquier Certificado Individual de Incorporación, el Tomador o el Asegurado respectivamente, podrán obtener un duplicado en sustitución de la póliza o Certificado de Incorporación original. Las modificaciones o suplementos incorporados vía endoso o adenda, también integrarán este duplicado.

El Tomador o el Asegurado tienen derecho a que se les entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente Certificado Individual de Incorporación. Serán por cuenta de los solicitantes, los gastos que origine la extensión de duplicados y copias.



**ACCIDENTES PERSONALES 24 HORAS
CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LA COBERTURA BÁSICA**

Cláusula 1 - CONTRATO COMPLETO

Esta póliza (conformada por las Condiciones Particulares, las Condiciones Específicas de todas las coberturas contratadas, las Condiciones Generales Comunes y la Solicitud de Seguro) constituye el contrato completo entre el Asegurado y el Asegurador.

Cuando se trate de una póliza colectiva, el contrato completo abarca además el Registro de Asegurados y los Certificados Individuales de Incorporación que se hubieran emitido.

Cláusula 2 - RIESGO CUBIERTO

La presente póliza cubre los accidentes que el Asegurado sufra durante el período de vigencia de la póliza -o Certificado Individual de Incorporación, en caso de corresponder- que fueran la causa originaria de su muerte y alguno de los otros eventos cubiertos establecidos en las Condiciones Específicas, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año a contar desde su fecha de ocurrencia.

Se entiende por Accidente, toda lesión corporal -que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta- sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo. También se consideran accidentes:

- a) La asfixia por vapores o gases; por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad;
- b) La intoxicación o envenenamiento por vapores o gases, por ingestión de sustancias tóxicas o de alimentos en mal estado.
- c) Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 6 (Riesgos No Asegurados) de las presentes Condiciones Específicas.
- d) El carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico.

Cláusula 3 - ALCANCE

Se encuentran cubiertos los accidentes que sufra el Asegurado en cualquier franja horaria, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada o en su vida particular.

Quedan comprendidos los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante su tránsito o permanencia en el extranjero, salvo en aquellos países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República del Paraguay.

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

Cláusula 4 - SUMA ASEGURADA

La suma asegurada indicada para cada cobertura en las Condiciones Particulares- y/o Certificado Individual de Incorporación en caso de corresponder- constituye el límite máximo de la responsabilidad del Asegurador.

Cláusula 5 - MODIFICACIÓN DE LA PROFESIÓN U OCUPACIÓN

Las modificaciones que se produzcan en las descripciones detalladas de la profesión u ocupación que constan en las Condiciones Particulares -y/o Certificados Individuales de Incorporación en caso de corresponder- y demás circunstancias que impliquen una variación o agravación del riesgo, deberán ser declaradas por el Asegurado bajo pena de nulidad. Estas modificaciones deberán ser denunciadas antes de que se produzcan cuando se trate de un hecho propio del Asegurado y dentro de los ocho (8) días de conocerlas cuando deriven de un hecho ajeno.

Se entiende por agravación del riesgo la que, si hubiese existido al tiempo de celebración del contrato, hubiera impedido el mismo o modificado sus condiciones a juicio de peritos o del Asegurador según sus prácticas comerciales. Se consideran agravaciones del riesgo únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- a) Modificación del estado físico o mental del Asegurado
- b) Modificación de su profesión o actividad y de las condiciones de trabajo declaradas
- c) Fijación de residencia fuera del país

El Asegurador deberá pronunciarse por escrito dentro del término de ocho (8) días a contar desde la recepción de la comunicación del Asegurado, sobre las condiciones de continuación del seguro, sin perjuicio de mantener la cobertura durante dicho lapso. Vencido ese término, el silencio del Asegurador se interpretará como que admite la vigencia de la póliza en las nuevas condiciones y sin aumento de la prima.

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

En caso de que el Asegurador rescinda el contrato, devolverá la fracción de prima pagada que corresponda para el caso de rescisión por su parte, según la Cláusula 13 (Rescisión Unilateral) de las Condiciones Generales Comunes. Si el Asegurador propusiera el aumento de la prima y éste no fuere aceptado por el Asegurado dentro del plazo de ocho (8) días de notificado, el seguro quedará en vigencia con una reducción proporcional de las sumas aseguradas.

Cláusula 6 - RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga esta póliza, los accidentes sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Enfermedades de cualquier naturaleza pre-existentes o no a la fecha de inicio de vigencia, profesionales o no, inclusive las originadas por la picadura de insectos, arácnidos y/o la mordedura de víboras, salvo lo especificado en la Cláusula 2 (Riesgo Cubierto) de estas Condiciones Específicas. Se entiende por enfermedad pre-existente, a toda malformación, afección o enfermedad diagnosticada, tratada, o que haya evidenciado síntomas o signos, antes de la fecha de inicio de vigencia de cada cobertura.
- b) Lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2 (Riesgo Cubierto) de las presentes Condiciones Específicas.
- c) Quemaduras por rayos solares, insolación, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, salvo pacto en contrario.
- d) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
- e) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- f) Vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2 (Riesgo Cubierto).
- g) Estados de ebriedad o de intoxicación por la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- h) Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- i) Hechos provocados con dolo, o con culpa grave, o mediante un acto ilícito, ya sea por acción o por omisión del Asegurado o el beneficiario.
- j) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes, la acción de rayos "x" y similares y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares
- k) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes
- l) Actos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, insurrección, revolución, conmoción civil, terrorismo, tumulto popular, vandalismo o lock-out

Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, y/o Certificado Individual de Incorporación en caso de corresponder, también se excluyen:

— Las consecuencias mediatas o inmediatas de:

- m) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- n) Accidentes derivados de la navegación aérea, marítima o fluvial cuando se trate de líneas de transporte no regulares o charters entre aeropuertos o puertos no autorizados
- o) Accidentes derivados del uso de motocicletas, cuatriciclos y vehículos similares
- p) Accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento profesional de cualquier deporte
- q) Accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes y/o actividades de alto riesgo, tales como: aladeltismo, montañismo, buceo, esquí, patinaje, pruebas de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre y otros que impliquen similares niveles de velocidad, altura, esfuerzo físico y riesgo

— Los accidentes sufridos por:

- r) Tripulaciones de embarcaciones y aeronaves.
- s) Miembros de fuerzas armadas (ejército, marina, aeronáutica), mineros, trabajadores de canteras, domadores de animales, trabajadores en perforaciones y/o producción petrolífera, excavaciones o trabajos en profundidad mayor a 4 metros y/o trabajos en altura a más de 8 metros.



Cláusula 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

No pueden ser aseguradas las personas menores de catorce (14) años, o las mayores de sesenta y cinco (65) años, los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados, parálíticos, epilépticos, gotosos, toxicómanos o alienados. En consecuencia, el seguro se rescindirá si el Asegurado llegara a encontrarse, por causas distintas a las cubiertas por esta póliza, con carácter permanente en alguno de los casos previstos expresamente en el párrafo anterior.

En este caso el Asegurador devolverá la fracción de prima pagada que corresponda para el caso de rescisión por su parte según la Cláusula 13 (Rescisión Unilateral) de las Condiciones Generales Comunes y a partir del día en que reciba el aviso de tal circunstancia. Si el Asegurador no notificara la rescisión por escrito dentro de los ocho (8) días a contar de la recepción de la comunicación del Asegurado, se entenderá que según su práctica aseguradora no existe agravación del riesgo de accidentes y que la póliza no ha perdido en ningún momento su vigor.

Cláusula 8 - PLURALIDAD DE SEGUROS

Si se contratara más de un seguro de accidentes personales con distintos Aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

Si al momento de contratar la presente póliza se hubiera omitido informar la existencia de otros seguros de los descriptos precedentemente, se estará a lo indicado en la Cláusula 2 (Reticencia y Falsa Declaración) de las Condiciones Generales Comunes. Por otra parte, si se omitiera informar la contratación de otros seguros de los descriptos precedentemente durante la vigencia de esta cobertura, se estará a lo indicado en la Cláusula 3 (Agravación del Riesgo) de las Condiciones Generales Comunes.

Cláusula 9 - SEGURO SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO

Cuando el seguro se contrate sobre la persona de un tercero con primas exclusivamente a cargo del Tomador, la cobertura permanecerá en vigor mientras el Tomador tenga un interés económico lícito sobre la vida o salud del Asegurado.

En tal caso, se instituye al Tomador como beneficiario en primer término, con preminencia sobre los restantes beneficiarios -quienes conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación-:

- a) Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufra el Asegurado especificado en las Condiciones Particulares
- b) Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud del Asegurado especificado en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando éste sufriera accidentes cubiertos por el seguro.

Previa citación al Tomador para que invoque su derecho al cobro preferente, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a las personas indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza o a beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

Cláusula 10 - CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado -o sus beneficiarios- deberán comunicar 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.

El Tomador, el Asegurado -o sus beneficiarios- están obligados 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 sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior, en un todo de acuerdo con lo que estipulen las Condiciones Específicas de las coberturas contratadas.

En todos los casos, el Asegurado -o sus beneficiarios, según corresponda- deberán presentar el formulario de denuncia suministrado por el Asegurador además de la documentación detallada en las Condiciones Específicas de la cobertura correspondiente.

Cláusula 11 - AGRAVACIÓN POR CONCAUSAS

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



Cláusula 12 - VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas 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 fuere electo en el plazo establecido en el párrafo primero, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la autoridad competente de Salud Pública.

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

Cláusula 13 - FRAUDE

El Asegurador quedará liberado si el siniestro fuera provocado por el Asegurado o el beneficiario dolosamente o por culpa grave. Se perderán los derechos a la indemnización si se exageraran fraudulentamente las lesiones o se emplearan pruebas falsas para acreditarlas.

Cláusula 14 - LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

El Asegurador deberá hacer saber al Asegurado o sus beneficiarios, según corresponda, la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio dentro de los quince (15) días de notificado o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 10 (Configuración del Siniestro) de estas Condiciones Específicas, lo que sea posterior. En caso de aceptación, el Asegurador procederá al pago.

ACCIDENTES PERSONALES 24 HORAS ENDOSO DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA

Contrariamente a lo estipulado en la Cláusula 6 (Riesgos No Asegurados) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, este seguro ampara los accidentes que sufra el Asegurado a causa del uso de motocicletas

ACCIDENTES PERSONALES LABORAL CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LA COBERTURA BÁSICA

Cláusula 1 - CONTRATO COMPLETO

Esta póliza (conformada por las Condiciones Particulares, las Condiciones Específicas de todas las coberturas contratadas, las Condiciones Generales Comunes y la Solicitud de Seguro) constituye el contrato completo entre el Asegurado y el Asegurador.

Cuando se trate de una póliza colectiva, el contrato completo abarca además el Registro de Asegurados y los Certificados Individuales de Incorporación que se hubieran emitido.

Cláusula 2 - RIESGO CUBIERTO

La presente póliza cubre los accidentes que el Asegurado sufra durante el período de vigencia de la póliza -o Certificado Individual de Incorporación, en caso de corresponder- que fueran la causa originaria de su muerte y alguno de los otros eventos cubiertos establecidos en las Condiciones Específicas, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año a contar desde su fecha de ocurrencia.

Se entiende por Accidente, toda lesión corporal -que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta- sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo. También se consideran accidentes:

- a) La asfixia por vapores o gases; por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad;
- b) La intoxicación o envenenamiento por vapores o gases, por ingestión de sustancias tóxicas o de alimentos en mal estado.

- c) Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 6 (Riesgos No Asegurados) de las presentes Condiciones Específicas.
- d) El carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico.

Cláusula 3 - ALCANCE

Se encuentran cubiertos los accidentes que sufra el Asegurado durante el ejercicio de su profesión o actividad declarada para el seguro, por el hecho o en ocasión del trabajo, dentro del horario y ámbitos habituales donde desempeña sus tareas, incluidos los accidentes *in itinere*.

Se entiende por Accidentes *in itinere* aquéllos que sufra el Asegurado en el trayecto directo e inmediato entre su domicilio particular y el lugar de trabajo o viceversa, siempre y cuando el Asegurado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

Quedan comprendidos los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante su tránsito o permanencia en el extranjero, salvo en aquellos países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República del Paraguay.

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

Cláusula 4 - SUMA ASEGURADA

La suma asegurada indicada para cada cobertura en las Condiciones Particulares- y/o Certificado Individual de Incorporación en caso de corresponder- constituye el límite máximo de la responsabilidad del Asegurador.

Cláusula 5 - MODIFICACIÓN DE LA PROFESIÓN U OCUPACIÓN

Las modificaciones que se produzcan en las descripciones detalladas de la profesión u ocupación que constan en las Condiciones Particulares -y/o Certificados Individuales de Incorporación en caso de corresponder- y demás circunstancias que impliquen una variación o agravación del riesgo, deberán ser declaradas por el Asegurado bajo pena de nulidad. Estas modificaciones deberán ser denunciadas antes de que se produzcan cuando se trate de un hecho propio del Asegurado y dentro de los ocho (8) días de conocerlas cuando deriven de un hecho ajeno.

Se entiende por agravación del riesgo la que, si hubiese existido al tiempo de celebración del contrato, hubiera impedido la misma o modificado sus condiciones a juicio de peritos o del Asegurador según sus prácticas comerciales. Se consideran agravaciones del riesgo únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- Modificación del estado físico o mental del Asegurado
- Modificación de su profesión o actividad y de las condiciones de trabajo declaradas
- Fijación de residencia fuera del país

El Asegurador deberá pronunciarse por escrito dentro del término de ocho (8) días a contar desde la recepción de la comunicación del Asegurado, sobre las condiciones de continuación del seguro, sin perjuicio de mantener la cobertura durante dicho lapso. Vencido ese término, el silencio del Asegurador se interpretará como que admite la vigencia de la póliza en las nuevas condiciones y sin aumento de la prima.

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

En caso de que el Asegurador rescinda el contrato, devolverá la fracción de prima pagada que corresponda para el caso de rescisión por su parte, según la Cláusula 13 (Rescisión Unilateral) de las Condiciones Generales Comunes. Si el Asegurador propusiera el aumento de la prima y éste no fuere aceptado por el Asegurado dentro del plazo de ocho (8) días de notificado, el seguro quedará en vigencia con una reducción proporcional de las sumas aseguradas.

Cláusula 6 - RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga esta póliza, los accidentes sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- Enfermedades de cualquier naturaleza pre-existentes o no a la fecha de inicio de vigencia, profesionales o no, inclusive las originadas por la picadura de insectos, arácnidos y/o la mordedura de víboras, salvo lo especificado en la Cláusula 2 (Riesgo Cubierto) de estas Condiciones Específicas. Se entiende por enfermedad pre-existente, a toda enfermedad, afección o enfermedad diagnosticada, tratada, o que haya evidenciado síntomas o signos, antes de la fecha de inicio de vigencia de cada cobertura.

- b) Lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2 (Riesgo Cubierto) de las presentes Condiciones Específicas.
- c) Quemaduras por rayos solares, insolación, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, salvo pacto en contrario.
- d) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
- e) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- f) Vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2 (Riesgo Cubierto).
- g) Estados de ebriedad o de intoxicación por la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- h) Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- i) Hechos provocados con dolo, o con culpa grave, o mediante un acto ilícito, ya sea por acción o por omisión del Asegurado o el beneficiario.
- j) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes, la acción de rayos "x" y similares y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares
- k) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes
- l) Actos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, insurrección, revolución, conmoción civil, terrorismo, tumulto popular, vandalismo o lock-out

Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, y/o Certificado Individual de Incorporación en caso de corresponder, también se excluyen:

- Las consecuencias mediatas o inmediatas de:
 - m) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
 - n) Accidentes derivados de la navegación aérea, marítima o fluvial cuando se trate de líneas de transporte no regulares o charters entre aeropuertos o puertos no autorizados
 - o) Accidentes derivados del uso de motocicletas, cuatriciclos y vehículos similares
 - p) Accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento profesional de cualquier deporte
 - q) Accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes y/o actividades de alto riesgo, tales como: aladeltismo, montañismo, buceo, esquí, patinaje, pruebas de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre y otros que impliquen similares niveles de velocidad, altura, esfuerzo físico y riesgo
- Los accidentes sufridos por:
 - r) Tripulaciones de embarcaciones y aeronaves.
 - s) Miembros de fuerzas armadas (ejército, marina, aeronáutica), mineros, trabajadores de canteras, domadores de animales, trabajadores en perforaciones y/o producción petrolífera, excavaciones o trabajos en profundidad mayor a 4 metros y/o trabajos en altura a más de 8 metros.

Cláusula 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

No pueden ser aseguradas las personas menores de catorce (14) años, o las mayores de sesenta y cinco (65) años, los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados, parálíticos, epilépticos, gotosos, toxicómanos o alienados.

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

En este caso el Asegurador devolverá la fracción de prima pagada que corresponda para el caso de rescisión por su parte según la Cláusula 13 (Rescisión Unilateral) de las Condiciones Generales Comunes y a partir del día en que reciba el aviso de tal circunstancia. Si el Asegurador no notificara la rescisión por escrito dentro de los ocho (8) días a contar de la recepción de la comunicación del Asegurado, se entenderá que según su práctica aseguradora no existe agravación del riesgo de accidentes y que la póliza no ha perdido en ningún momento su vigor.

Cláusula 8 - PLURALIDAD DE SEGUROS

Si se contratara más de un seguro de accidentes personales con distintos Aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

Si al momento de contratar la presente póliza se hubiera omitido informar la existencia de otros seguros de los descriptos precedentemente, se estará a lo indicado en la Cláusula 2 (Reticencia y Falsa Declaración) de las Condiciones Generales Comunes. Por otra parte, si se omitiera informar la contratación de otros seguros de los descriptos precedentemente durante la vigencia de esta cobertura, se estará a lo indicado en la Cláusula 3 (Agravación del Riesgo) de las Condiciones Generales Comunes.



Cláusula 9 - SEGURO INDIVIDUAL SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO

Cuando el seguro se contrate sobre la persona de un tercero con primas exclusivamente a cargo del Tomador, la cobertura permanecerá en vigor mientras el Tomador tenga un interés económico lícito sobre la vida o salud del Asegurado.

En tal caso, se instituye al Tomador como beneficiario en primer término, con preminencia sobre los restantes beneficiarios -quienes conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación-:

- a) Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufra el Asegurado especificado en las Condiciones Particulares
- b) Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud del Asegurado especificado en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando éste sufriera accidentes cubiertos por el seguro.

Prevía citación al Tomador para que invoque su derecho al cobro preferente, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a las personas indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza o a beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

Cláusula 10 - CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado -o sus beneficiarios- deberán comunicar 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.

El Tomador, el Asegurado -o sus beneficiarios- están obligados 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 sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior, en un todo de acuerdo con lo que estipulen las Condiciones Específicas de las coberturas contratadas.

En todos los casos, el Asegurado -o sus beneficiarios, según corresponda- deberán presentar el formulario de denuncia suministrado por el Asegurador además de la documentación detallada en las Condiciones Específicas de la cobertura correspondiente.

Cláusula 11 - AGRAVACIÓN POR CONCAUSAS

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

Cláusula 12 - VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas 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 fuere electo en el plazo establecido en el párrafo primero, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la autoridad competente de Salud Pública.

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

Cláusula 13 - FRAUDE

El Asegurador quedará liberado si el siniestro fuera provocado por el Asegurado o el beneficiario dolosamente o por culpa grave. Se perderán los derechos a la indemnización si se exageraran fraudulentamente las lesiones o se emplearan pruebas falsas para acreditarlas.

Cláusula 14 - LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

El Asegurador deberá hacer saber al Asegurado o sus beneficiarios, según corresponda, la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio dentro de los quince (15) días de notificado o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 10 (Configuración del Siniestro) de estas Condiciones Específicas, lo que sea posterior. En caso de aceptación, el Asegurador procederá al pago.

**ACCIDENTES PERSONALES LABORAL
ENDOSO DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA**

Contrariamente a lo estipulado en la Cláusula 6 (Riesgos No Asegurados) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, este seguro ampara los accidentes que sufra el Asegurado a causa del uso de motocicletas

**ACCIDENTES PERSONALES LABORAL
ENDOSO DE LIMITACIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA**

Contrariamente a lo estipulado en la Cláusula 3 (Alcance) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, este seguro ampara exclusivamente los accidentes que sufra el Asegurado en su lugar de trabajo, sin contemplar los que ocurran in itinere.

**CONDICIONES ESPECÍFICAS
INVALIDEZ PERMANENTE**

Cláusula 1 - RIESGO CUBIERTO

La presente cobertura ampara el riesgo de invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza o del Certificado Individual de Incorporación -de corresponder- y siempre que las consecuencias invalidantes del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año a contar de su fecha de ocurrencia.

Se entiende que existe una invalidez permanente, ya sea total o parcial, cuando el accidente cause una lesión que implique una disminución de la capacidad funcional –independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado- según los parámetros presentados en la tabla de la Cláusula 2 (Beneficio) de estas Condiciones Específicas.

Cláusula 2 - BENEFICIO

El beneficio otorgado por la presente cobertura resulta de aplicar a la correspondiente suma asegurada -que se indica en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Incorporación, en caso de corresponder- el porcentaje estipulado en la siguiente tabla:

TOTAL		
		%
Estado absoluto e incurable de alienación mental		100
Fractura incurable de la columna vertebral		100
PARCIAL		
A) CABEZA		%
Sordera total e incurable de los dos oídos		50
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal		40
Sordera total e incurable de un oído		15
Ablación de mandíbula inferior		50
	%	%
B) MIEMBROS SUPERIORES	Izquierdo	Derecho
Pérdida total de un brazo	52	65
Pérdida total de una mano	48	60
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total)	36	45

Anquilosis del hombro en posición no un funcional	24	30
Anquilosis del hombro en posición funcional	20	25
Anquilosis del codo en posición no funcional	20	25
Anquilosis del codo en posición funcional	16	20
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	16	20
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	12	15
Pérdida total del pulgar	14	18
Pérdida total del índice	11	14
Pérdida total del dedo medio	7	9
Pérdida total del anular o del meñique	6	8
		%
C) MIEMBROS INFERIORES		
Pérdida total de una pierna		55
Pérdida total de un pie		40
Fractura no consolidada de un muslo (Seudoartrosis total)		35
Fractura no consolidada de una pierna (Seudoartrosis total)		30
Fractura no consolidada de una rotula		30
Fractura no consolidada de un pie (Seudoartrosis total)		20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional		40
Anquilosis de la cadera en posición funcional		20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional		30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional		15
Anquilosis del empeine (Garganta del pie) en posición no funcional		15
Anquilosis del empeine (Garganta del pie) en posición funcional		8
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros		15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros		8
Pérdida total de un dedo gordo de un pie		8
Pérdida total de cualquier otro dedo del pie		4

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

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

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional. No obstante lo anterior, si la invalidez deriva en seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

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

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100 % de la suma asegurada para Invalidez Permanente.

La indemnización por lesiones que constituyan una Invalidez Permanente sin estar comprendidas en la tabla inserta en esta cláusula será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta –en la medida de lo posible– su comparación con la asignada a los casos previstos y siempre en forma independiente de la profesión u ocupación del Asegurado.

Cuando la Invalidez Permanente así establecida alcance el 80 % se considerará total y se abonará, por consiguiente, íntegramente la suma asegurada.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos, ocurridos durante un mismo período de vigencia del seguro y cubiertos por el mismo serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez e indemnizar por el último accidente.

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

Cláusula 3 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 6 (Riesgos no Asegurados) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, quedan expresamente excluidos de la presente cobertura complementaria los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

Las intervenciones quirúrgicas, no quirúrgicas y/o cualquier tipo de tratamientos ilícitos o de carácter experimental o realizado en instituciones o por personal no habilitado legalmente

Cláusula 4 - DENUNCIA DEL SINIESTRO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, corresponde al Tomador o al Asegurado -o a su representante-, según corresponda:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez permanente dentro de los tres (3) días contados a partir de la fecha del diagnóstico de invalidez efectuado por el médico del Asegurado, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia
- b) Presentar la documentación pertinente que incluya los certificados que acrediten el grado de invalidez
- c) Facilitar cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse -a su cargo- a un tratamiento médico adecuado a las prácticas médicas generalmente aceptadas y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste.

El Asegurado, mientras no se determinen en forma categórica el grado de Invalidez Permanente, deberá:

- i. Enviar al Asegurador 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 racional
- ii. Remitir al Asegurador cada quince (15) días corridos certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación
- iii. Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes para que proporcionen toda la información que los médicos del Asegurador soliciten a los efectos de esta cobertura; y
- iv. Adoptar todas las medidas posibles para reducir las consecuencias del Accidente.

Se deja expresamente aclarado que el Asegurador no aceptará como válidas las constancias que:

- Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o conviviente y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad, y/o
- Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales.

Cláusula 5 - PLAZO DE PRUEBA

Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia del Siniestro) de estas Condiciones Específicas y en la Cláusula 10 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la invalidez, a su carácter permanente o al grado de la misma, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

Cláusula 6 - CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta cobertura complementaria es sustitutivo del capital asegurado en caso de fallecimiento del Asegurado.

En consecuencia, el pago del beneficio por Invalidez Permanente liberará al Asegurador de cualquier otra obligación con respecto al Asegurado cuando el monto de la indemnización por invalidez coincidiera con el de fallecimiento. Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada de la Cobertura Básica, dicha liberación será parcial.

Cláusula 7 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes, la presente cobertura terminará:

- a) cuando el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo pacto en contrario indicado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Incorporación, según corresponda
- b) cuando las indemnizaciones otorgadas resulten equivalentes al 100% de la suma asegurada de la presente cobertura



ROYAL
SEGUROS S.A.

CONDICIONES ESPECÍFICAS ASISTENCIA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Cláusula 1 - RIESGO CUBIERTO

La presente cobertura ampara el reintegro de los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado con motivo de un Accidente cubierto por la póliza, siempre que sus consecuencias se manifiesten dentro del año de ocurrido el mismo. Sólo se efectuarán reintegros de “gastos razonables y acostumbrados” o “medicamento necesarios o de necesidad médica”.

Los gastos cuyo reintegro se ampara se definen a continuación:

Atención médica: Se incluyen bajo este concepto los gastos en que incurra el Asegurado en concepto de prestaciones médicas necesarias para su atención, ya sea durante una internación o en forma ambulatoria. Quedan comprendidas:

- a) Las consultas médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria
- b) Las internaciones clínico-quirúrgicas, especializadas, de alta complejidad y domiciliarias
- c) Las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas
- d) Las prácticas de diagnóstico (análisis clínicos y estudios de alta complejidad)
- e) Las prácticas terapéuticas de baja, media y alta complejidad médica

Atención farmacéutica: Se incluyen bajo este concepto los gastos en que incurra el Asegurado en concepto de medicamentos necesarios para la atención de su afección, ya sea durante una internación o en forma ambulatoria.

A los fines de esta cobertura se entiende por:

“Gastos razonables y acostumbrados”: Este concepto alude a todo gasto que:

- a) sea el usual que facturaría el proveedor por un servicio y/o suministro igual o similar
- b) no exceda el gasto usual facturado por la mayoría de los proveedores por el mismo o similar servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que se efectuó la prestación.

“Medicamento necesarios o de necesidad médica”: Este concepto alude a toda operación, procedimiento o tratamiento que:

- a) sea apropiado y esencial
- b) no exceda en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado
- c) haya sido prescripto por un médico especialista en la patología cubierta
- d) sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República del Paraguay
- e) en el caso de una internación, no pueda ser administrado en forma ambulatoria sin riesgos para el paciente

Se deja expresamente aclarado que el hecho de que un tratamiento, operación, servicio o suministro haya sido prescripto, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para considerarlo “medicamento necesario”.

Se deja expresamente aclarado que el Asegurador no aceptará como válidas las constancias que:

- Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o conviviente y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad, y/o
- Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales.

Cláusula 2 - BENEFICIO

La suma asegurada para esta cobertura es la que se indica en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Incorporación, en caso de corresponder.

Dicha suma representa el monto máximo anual que el Asegurador abonará al Asegurado en concepto de reintegro de los gastos cubiertos. Los reintegros no podrán superar el monto efectivamente desembolsado por el Asegurado.

En el supuesto de sucesivas renovaciones de este seguro por una vigencia inferior al año, a los fines de la aplicación del monto máximo anual, se considerarán las anualidades desde el inicio de vigencia de la póliza original.

Del importe a reintegrar, el Asegurador deducirá el monto especificado como Deducible en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Incorporación, en caso de corresponder. Para la aplicación del Deducible, se considerará que los gastos son atribuibles al mismo evento cuando exista una manifestación escrita en tal sentido por parte del médico tratante.

Re-establecimiento de la Suma Asegurada

El Asegurado tendrá derecho al re-establecimiento de la suma asegurada para nuevos siniestros bajo esta cobertura complementaria, mediante el pago de una prima adicional que se calculará a prorrata por el tiempo faltante hasta la finalización de la cobertura.

Se deja expresamente establecido que el re-establecimiento se efectuará -como máximo- hasta por dos (2) veces el importe de la suma asegurada original para esta cobertura.

Cláusula 3 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

En adición de las exclusiones previstas en la Cláusula 6 (Riesgos no Asegurados) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, quedan expresamente excluidos de la presente cobertura los gastos incurridos por:

- a) Las cirugías cosméticas y plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por este seguro
- b) Las intervenciones quirúrgicas, no quirúrgicas y/o cualquier tipo de tratamientos ilícitos o de carácter experimental o realizado en instituciones o por personal no habilitado legalmente
- c) Las prácticas experimentales
- d) Las prótesis y los tratamientos dentales
- e) Los aparatos ortopédicos y órtesis (compra o alquiler) así como la provisión de medias y fajas de goma
- f) Los traslados, hotelería y otros gastos no autorizados por el Asegurador
- g) La compra de anteojos (cristales y armazones)
- h) Los materiales descartables de venta libre (tales como: vendas, agujas, jeringas, etc.)

Cláusula 4 - DENUNCIA DEL SINIESTRO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura complementaria, corresponde al Tomador o al Asegurado -o su representante-, según corresponda:

- a) Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del accidente generador del reclamo, conforme se estipula en las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica
- b) Denunciar dentro de los tres (3) días la existencia del gasto mediante la presentación de las facturas originales respecto de las cuales se solicita reintegro, en las que deberá constar el detalle de los conceptos facturados
- c) Presentar copia firmada de la orden o receta médica que prescribe tratamiento, prestación o medicamento de que se trate así como facilitar toda otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria

Cláusula 5 - PLAZO DE PRUEBA

Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia del Siniestro) de estas Condiciones Específicas y en la Cláusula 10 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de las afecciones sufridas por el Asegurado o en cuanto al contenido y alcance de las prestaciones o suministros cuyo reintegro se solicite, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar la validez del reclamo.

Cláusula 6 - CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta cobertura complementaria es adicional e independiente de los demás previstos en el presente seguro.

Cláusula 7 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes, la presente cobertura terminará:

- a) cuando el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo pacto en contrario indicado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Incorporación, según corresponda
- b) cuando las indemnizaciones otorgadas resulten equivalentes al 100% de la suma asegurada de la presente cobertura