

SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES PARTICULARES ESPECIFICAS

RIESGOS ASEGURADOS

Cláusula 1: Mediante este contrato, el Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado, sufriera durante la vigencia del seguro, algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o incapacidad para trabajar permanente o temporaria, total o parcial, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año, a contar de la fecha del mismo.

En todos los casos en que esta póliza se refiere a incapacidad, se entiende “incapacidad para trabajar”, esta expresión deberá tomarse con carácter general, es decir, independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

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

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

Reconoce igualmente esta póliza como hechos que traen aparejado el derecho a la indemnización, los accidentes producidos a los médicos cirujanos y otras personas que como principales o como auxiliares hacen profesión de la ciencia médica, veterinaria y sus anexos, cuando tales accidentes produzcan infecciones microbianas o intoxicaciones, originadas mediante heridas externas producidas en la ejecución de operaciones quirúrgicas o en las disecciones y autopsias.

Salvo las limitaciones que resulten de las Condiciones Generales Comunes y las Particulares de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes (en términos y alcances establecidos en esta cláusula) que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en la forma y con las modalidades que resulten de las contestaciones a las preguntas pertinentes de la solicitud; o fuera de él, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando, a pié o a

caballo, en bicicleta sin motor, o haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo (en líneas sujetas a itinerario fijo) o de coches particulares, a tracción a sangre o mecánica, propios o ajenos, conduciéndolos o no.

El seguro cubre también los accidentes que se produzcan en la práctica de juegos de salón y en la práctica normal y no profesional de los siguientes deportes: atletismo, basket-ball, bochas, bolos, canoaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras o senderos, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en altamar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volleyball y waterpolo.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Cláusula 2: Quedan excluidos de este seguro:

- a) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo las especificadas en la cláusula 1 de estas Condiciones Particulares Específicas; de las lesiones causadas por la acción de los rayos "X", del radio o de cualquier otro elemento radioactivo u originados en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la cláusula 1 antedicha; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamientos y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes o de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevengan a consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- b) Los accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado o por los beneficiarios del seguro; los que sean la consecuencia de suicidio voluntario o tentativa de suicidio voluntario; de la participación del Asegurado en crímenes u otros delitos, en duelos y en desafíos o riñas, no considerándose como riñas los casos de legítima defensa del Asegurado y de sus familiares.
- c) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastróficos; por actos de guerra civil, internacional declarada o no, e insurrecciones y por tumultos populares, salvo que el Asegurado no participe en estos últimos como elemento activo.
- d) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que sobrevengan en estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante su vigencia, o en estado de ebriedad o mientras el Asegurado se encuentre bajo influencia de estupefacientes o alcaloides.
- e) Los accidentes provocados por infracción grave del Asegurado o los beneficiarios del seguro a las leyes, ordenanzas municipales y decretos relativos a la seguridad de las personas, o por actos notoriamente peligrosos que no sean justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamentos de vidas o bienes.
- f) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia, o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

- g) Los accidentes derivados de la navegación aérea realizada en líneas no sujetas a itinerario fijo.
- h) Salvo pacto en contrario, los accidentes derivados del uso de motocicletas, vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la cláusula 1 de estas Condiciones Particulares Específicas, o en condiciones distintas a las enunciadas en el mismo.

ALCANCE TERRITORIAL

Cláusula 3: Este seguro está exento de toda restricción en cuanto al lugar de estada del Asegurado, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República del Paraguay, donde la cobertura de esta póliza no tendrá efecto mientras se mantenga esa situación.

Si el Asegurado fijare su residencia fuera del territorio de la República del Paraguay, deberá dar aviso al Asegurador dentro de los términos y con las modalidades previstas en la cláusula 5 de estas Condiciones Particulares Específicas en cuanto a la rescisión del seguro o las condiciones de su continuación.

Sin embargo, la incapacidad temporaria será indemnizada únicamente cuando sea la consecuencia de accidentes ocurridos en el territorio de la República del Paraguay.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Cláusula 4: No pueden ser aseguradas las personas menores de 16 años, o las mayores de 65 años, salvo pacto en contrario, y en ningún caso los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados o incapacitados con invalidez superior al 45% según la cláusula 9 de estas Condiciones Particulares Específicas, o paralíticos, epilépticos, gotosos, toxicómanos o alienados o las personas que en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan o de las secuelas de las que hubieren padecidos, constituyan un riesgo de accidentes agravados y no fueran cubiertas por el Asegurador según su práctica aseguradora.

En consecuencia, el seguro se rescindirá si el Asegurado llegara a encontrarse, con carácter permanente en alguno de los casos previstos expresamente en el párrafo anterior, y quedará en suspenso en las demás situaciones mientras ellas duren o hasta tanto se comunique al Asegurador por carta certificada o telegrama colacionado. En este caso el Asegurador devolverá la fracción de prima pagada que corresponda para el caso de rescisión por su parte y a partir desde el día en que reciba el aviso de tal circunstancia. Si el Asegurador no notificara la rescisión por telegrama colacionado o carta certificada dentro de los siete 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.

MODIFICACION DE LA PROFESIÓN U OCUPACIÓN

Cláusula 5: Toda modificación que afecte la profesión u ocupación del Asegurado deberá notificarse al Asegurador por telegrama colacionado o carta certificada, dentro de los siete días de haberse producido.

El Asegurador deberá pronunciarse mediante telegrama colacionado o carta certificada, dentro del término de siete días a contar desde la recepción de la comunicación del Asegurado, sobre las condiciones del seguro o las condiciones de la continuación. 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. Si el Asegurador propusiera el aumento de la prima y éste no fuere aceptado por el Asegurado dentro del plazo de siete días de notificado y pagado dentro de los treinta días de la misma fecha, el seguro quedará en vigencia con una reducción proporcional de las sumas aseguradas.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO , BENEFICIARIOS O SUCESOES EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 6: En caso de accidente, dentro de los tres días de ocurrido el mismo, el asegurado o los beneficiarios deberán avisar al Asegurador por medio de telegrama colacionado o carta certificada, indicando la fecha, hora, lugar, circunstancias del accidente, las lesiones provocadas, así como los nombres y domicilios de los testigos, mencionando si han intervenido los representantes de la autoridad y si se ha substanciado sumario acerca del accidente.

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

Posteriormente el asegurado remitirá al Asegurador, cada quince días, certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Si el accidente causare la muerte del asegurado, e independientemente del aviso previsto en el primer apartado de esta cláusula, el o los beneficiarios deberán comunicar el fallecimiento al Asegurador por telegrama colacionado, dentro de los tres días de producido y presentar dentro de un plazo prudencial el certificado de defunción, constancias policiales y/o judiciales y los otros elementos probatorios que el Asegurador considere necesarios.

Desde el momento en hacerse aparentes las lesiones producidas por el accidente, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite. Los exámenes se harán en horas adecuadas y días hábiles. El Asegurado debe facilitar al

Asegurador todos los informes y elementos que le sean pedidos a fin de indagar y aclarar las causas y consecuencias del accidente y los medios usados para disminuir su importancia.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios o sucesores, bajo pena de pérdida de todo derecho a indemnización, prestar su conformidad, y su concurso si fuera imprescindible, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales para realizarlas.

La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ella motiven serán por cuenta del Asegurador excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

Cláusula 7: La falta de cumplimiento de las obligaciones y formalidades establecidas en la cláusula anterior, hará perder todo derecho a la indemnización que pudiera corresponder, salvo caso de imposibilidad debidamente justificada, pero sin que pueda alegarse como excusa del incumplimiento la ignorancia de la existencia del seguro. Sin embargo, la responsabilidad del Asegurador subsiste si la falta de cumplimiento (salvo el caso de incumplimiento doloso o su prescripción) no haya influido en la comprobación del accidente o en la fijación del monto de la indemnización.

INDEMNIZACIONES EN CASO DE MUERTE

Cláusula 8: Si el accidente causare la muerte del asegurado, el Asegurador pagará la indemnización estipulada para este caso, a la o a las personas designadas como beneficiarias en esta póliza.

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

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

INDEMNIZACIONES EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE

Cláusula 9: Si el accidente causare una incapacidad permanente para trabajar, el Asegurador pagará al asegurado una suma igual al porcentaje sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL

%

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida.	100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100

PARCIAL

	%
a) <u>CABEZA</u>	
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) <u>MIEMBROS SUPERIORES</u>	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo.	65	52
Pérdida total de una mano.	60	48
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total).	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30	24
Anquilosis del hombro en posición funcional	25	20
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional.	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15	12
Pérdida total del pulgar.	18	14
Pérdida total del índice.	14	11
Pérdida total del dedo medio.	9	7
Pérdida total del anular o del meñique.	8	6

c) <u>MIEMBROS INFERIORES</u>	%
Pérdida total de una pierna.	55
Pérdida total de un pie.	40

Fractura no consolidada de un muslo (Seudoartrosis total)	35
Fractura no consolidada de una pierna (Seudoartrosis total)	30
Fractura no consolidada de una rotula.	30
Fractura no consolidada de un pie (Seudoartrosis total)	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15
Anquilosis del empeine (Garganta 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 del dedo gordo del pie.	8
Pérdida total de cualquier otro dedo del pie.	4

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

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

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

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

Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considera incapacidad total y se abonará, por consiguiente, íntegramente la suma asegurada.

Las incapacidades derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma, serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de incapacidad a 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 incapacidad anterior.

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

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

INDEMNIZACIONES EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORARIA

Cláusula 10: Si el accidente causare una incapacidad temporaria, que impida al asegurado atender sus ocupaciones habituales, el Asegurador le pagará la indemnización diaria estipulada en las Condiciones Particulares para este caso por toda la duración de su incapacidad, desde el primer día del tratamiento médico y hasta el máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días. Dicha indemnización se reducirá a la mitad tan pronto como el asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones o haya recobrado, en parte, las facultades necesarias para dirigir o vigilar los trabajos que le estén encomendados o de los que habitualmente se ocupe. Si el asegurado no ejerce ninguna profesión, la indemnización quedará reducida a la mitad desde el día en que pueda salir de su vivienda.

La indemnización diaria por incapacidad temporaria se liquidará según lo establecido en la cláusula 13 de estas Condiciones Particulares Específicas.

En caso de que el asegurado no haya enviado las certificaciones médicas periódicas prescritas en la cláusula 6 de estas Condiciones Particulares Específicas, se liquidará la indemnización diaria considerando como fecha de alta la que se pronostica en el último certificado remitido dentro de los plazos reglamentarios salvo que el Asegurador pruebe que aquella se produjo en una fecha anterior.

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

INDEMNIZACIÓN EN CASO DE MÚLTIPLES CONSECUENCIAS

Cláusula 11: Si un accidente causare una incapacidad temporaria y, posteriormente, una incapacidad total permanente y/o muerte del asegurado, el Asegurador deberá pagar solamente la mayor de las indemnizaciones que correspondan para cada uno de estos tres casos, pero cuando a una incapacidad temporaria acompañe o sobrevenga una incapacidad parcial permanente la indemnización será equivalente a la suma que corresponda por la incapacidad parcial permanente más la incapacidad temporaria.

AGRAVACIÓN CONCAUSA

Cláusula 12: Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por el 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 la consecuencia que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Cláusula 13: Una vez producido el siniestro, el Asegurador abonará las indemnizaciones que correspondan en virtud de esta póliza en su domicilio legal o mediante giro a su cargo sobre el lugar del domicilio declarado del asegurado dentro del país, a opción de este o de los beneficiarios formulada en oportunidad del pago, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 15 de las Condiciones Generales Comunes y llenados los siguientes requisitos:

- a) En caso de muerte, dentro de los quince días de presentada la documentación pertinente que atestigüe la identidad y derecho de los reclamantes.
- b) En caso de invalidez permanente, una vez dada el alta definitiva y dentro de los quince días de acompañados los certificados que acrediten la incapacidad resultante.
- c) En caso de incapacidad temporaria la indemnización será pagada en forma periódica (mensual, bimestral o períodos más amplios) o a más tardar, dentro de los quince días de haber sido dado el alta definitivo, a opción del Asegurado.

Sí, iniciado un viaje aéreo y si con motivo de cualquier percance acaecido durante el mismo, no se tuvieran noticias del asegurado por un periodo no inferior a seis (6) meses de ocurrido aquél, el Asegurador hará efectivo a los beneficiarios el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte.

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

Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán presentar su informe dentro de los treinta días y elegir, dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo, quien decidirá en caso de divergencia entre los dos primeros y dispondrá, para expedirse, de un plazo de quince días.

El médico de la parte que omitiese designarlo dentro del octavo día de requerido por la otra, bajo constancia, así como el tercer facultativo, si no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, serán nombrados por el Ministerio de Salud Pública a pedido de la parte más diligente.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a cargo de la que representen respectivamente, y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del fallo definitivo. Si la diferencia entre el fallo definitivo y las pretensiones de ambas partes fueren equivalentes, tales honorarios y gastos se pagarán por mitades entre las partes.

RESCISIÓN

Cláusula 14: En caso de fallecimiento o incapacidad permanente que dé lugar a la indemnización total a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, el contrato quedará automáticamente rescindido quedando ganadas para el Asegurador la prima total del seguro.

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

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES COMUNES

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

CLAUSULA 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.

PROVOCACION DEL SINIESTRO

CLAUSULA 2: El Asegurador se libera si el Asegurado o el Beneficiario provoca, el accidente dolosamente, o por culpa grave, o lo sufre en empresa criminal. (Art. 1686 C.Civil)

CAMBIO DE TITULAR DEL INTERES ASEGURADO

CLAUSULA 3: 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

CLAUSULA 4: Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace anulable el contrato.

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

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

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

PLURALIDAD DE SEGUROS

CLAUSULA 5: Quien asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, notificará dentro de los diez (10) días hábiles a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario. (Art. 1606 C.Civil).

RESCISIÓN UNILATERAL

CLAUSULA 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

CLAUSULA 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.)

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

- a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b) En caso contrario, a percibir la prima por el periodo de seguro en curso (Art. 1584 C.C.)

PAGO DE LA PRIMA

CLAUSULA 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

CLAUSULA 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

CLAUSULA 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.).

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

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

CLAUSULA 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

CLAUSULA 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 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

CLAUSULA 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

CLAUSULA 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

CLAUSULA 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

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

MORA AUTOMÁTICA

CLAUSULA 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 incurrir en mora por el mero vencimiento del plazo. (Art. 1559 Código Civil)

PRESCRIPCIÓN

CLAUSULA 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

CLAUSULA 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).

CÓMPUTOS DE LOS PLAZOS

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

PRORROGA DE JURISDICCIÓN

CLAUSULA 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

CLAUSULA 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.)

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