

Oficina Central: Edificio Segesa
Olivia 393 - 1er. Piso
Asunción, Paraguay



Apartado Postal: 802
Teléfono: 491 362 (R.A.)
Fax: 491 360



CONDICIONES PARTICULARES

Cía	Sección/Subsección SEGURO DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA		POLIZA	End.
Asegurado				R.U.C.
Domicilio Comercial				
Plazo	Vigencia desde las del / /	Hs.	Vigencia hasta las del / /	Capital Asegurado

Entre SEGUROS GENERALES S.A (SEGESA) en adelante la 'Compañía' o Asegurador y quien precedentemente se designa con el nombre de 'Asegurado' o 'Tomador' conforme a la propuesta por el presentada, celebran un Contrato de Seguro sujeto a las Condiciones Generales Comunes, Condiciones Específicas y Particulares convenidas y aceptadas para ser ejecutadas de buena fe y que se anexan a la presente póliza formando parte integrante de la misma.

Funcionamiento autorizado y Personería Jurídica
Reconocida por el Poder Ejecutivo según:

Decreto N° 17.759 Fecha 10/03/1956

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

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza (Art. 1055 C.C.).

FORMA DE PAGO

PRIMA DE RIESGO	
GTOS. ADM.	
PRIMA	
R.P.F.	
SUB-TOTAL	
I.V.A. 10.00 %	
PREMIO	

Asunción, de de

SEGUROS GENERALES S.A.
SEGESA

Gerente



El texto de esta póliza ha sido registrado
en la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, bajo el
Código N° 4-0032, por Resolución
S.S. N° 477/98, de fecha 19/11/98

JEFE

DIVISION ESTUDIOS ACTUARIALES



SEGURO DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA

CONDICIONES ESPECIFICAS

RIESGOS ASEGURADOS CLAUSULA 1

Mediante este Contrato, la Compañía se compromete a pagar a la Entidad Prestadora las indemnizaciones a nombre del Asegurado por las prestaciones realizadas por el Contratante de la póliza y/o la red de prestadores enunciadas en los Anexos I, II, III y IV; como consecuencia de las enfermedades o tratamientos establecidos a continuación:

- 1 Transplantes
- 2 Sida - HIV
- 3 Abuso de drogas y alcohol
- 4 Cáncer (medicación)
- 5 Prótesis
- 6 Diálisis Renal
- 7 Cirugía Cardiovascular con o sin circulación extracorpórea
- 8 Neurocirugía Craneana y Vertebromedular
- 9 Hemodiálisis
- 10 Neonatología
- 11 Hospitalización prolongada
- 12 UTI (Unidad de Terapia Intensiva)
- 13 Alta Complejidad Ambulatoria



EXCLUSIONES CLAUSULA 2

Quedan excluidos de la cobertura de este contrato, todos los gastos que no correspondan a la recuperación de la salud y aquellos que aunque correspondan a ellos sean originados por:

- a) Todo procedimiento médico o quirúrgico, inclusive consulta médica, ya sea ambulatorio o en internación, realizado para diagnosticar o tratar enfermedades y/o sus secuelas que tengan origen en:
 1. La participación del Asegurado en hechos de guerra, civil o internacional, rebelión, sedición o motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga y lock-out.
 2. Actos, calificados como delito por la ley, en los que el Asegurado tomó participación activa en su comisión.
 3. Fenómenos naturales considerados como catástrofe, epidemias oficialmente declaradas y accidentes producidos por elementos radioactivos.
 4. Accidentes cubiertos por seguros obligatorios o voluntarios que actúen como tales. En estos casos, como principio general, sólo después que el Asegurado haya percibido los beneficios del seguro que corresponda, **SEGESA** otorgará cobertura - siempre que ello no colisiones con las otras condiciones del contrato, especialmente en lo que se refiere a exclusiones y carencias - deduciendo de su cálculo lo que haya sido cubierto por los mencionados seguros. En los casos de accidentes que se





mencionan en este apartado, el Asegurado podrá optar por recibir la cobertura inmediata por parte de **SEGESA** - cuando ella corresponda de acuerdo con las restantes condiciones de este contrato - siempre que ceda a **SEGESA** los derechos que le permitan a ésta, subrogándose en ellos, accionar contra el responsable del accidente y/o la compañía de seguros que le cubría riesgos contra terceros a dicho responsable.

5. Alcoholismo y drogadicción, incluyendo sus consecuencias o patologías derivadas del consumo del alcohol o drogas.
6. Ingestión voluntaria de medicamentos en dosis superiores a las indicadas con fines terapéuticos, productos biológicos o sustancias tóxicas o venenosas, así como lesiones autoinferidas o intentos de suicidio.
7. Aborto provocado.
8. Tratamientos de infertilidad o esterilidad femenina o masculina y tratamientos cuyo objetivo sea conseguir la fertilidad o la fertilización o embarazo de la mujer.
9. Acciones con fines de embellecimiento, cualquiera sea la técnica o procedimiento que se utilice, incluyendo tratamiento para adelgazar.

b) Lentes de contacto.

- c) Toda consulta técnica o procedimiento que no sea de medicina alópata, tales como: medicina naturista, homeopática, acupunturista, etc., así como tratamientos médicos o quirúrgicos, cualquiera sea la técnica o procedimiento, realizado por profesionales o técnicos no calificados y/o certificados y toda internación con fines de reposo que no tenga como objetivo la recuperación de la salud.
- d) El tratamiento o internación en centros asistenciales que no están debidamente calificados o autorizados por las autoridades competentes, conforme a las leyes vigentes.
- e) Aquellos gastos médicos ambulatorios y de internación directamente relacionados con aquellas enfermedades expresamente excluidas de cobertura por las partes.
- f) Atención particular de enfermería, sea o no domiciliaria, salvo aquella que se otorgue como complemento del servicio de internación domiciliaria que **SEGESA** pueda ofrecer.

DEFINICIONES
CLAUSULA 3

a) Contratante:

Es la persona física o jurídica que celebra el contrato colectivo con **SEGuros GENERALES S.A.**, en adelante **SEGESA** y por cuyo intermedio se pagan las primas mensuales y las indemnizaciones establecidas.

b) Asegurado:

1. Cuando se trate de una póliza colectiva. Los empleados, dueños, socios, directores de una Empresa
2. Cuando se trate de un sistema agrupado medicina prepaga, los titulares y adherentes.
3. Asegurados individuales para los que regirán las mismas condiciones.

c) Asegurado Titular:

Se entenderá por Asegurado titular toda persona capaz que por si misma o por medio de sus representantes legales, haya expresado su voluntad de adherirse al Sistema agrupado o medicina prepaga.





d) Asegurado - Adherente:

Se consideran Asegurados Adherentes a aquellas personas que viven con el Asegurado titular y/o dependan económicamente del mismo, incluyendo cónyuge y descendientes o ascendientes directos, siempre y cuando hayan sido declarados en la solicitud original.

e) Entidad Prestadora: Son los Sanatorios, Institutos, o Instituciones que prestan al Asegurado el Servicio Médico o Asistencial cubierto, entidades que se detallan en los anexos I, II, III y IV

f) Emergencia Médica: Situación en la que el facultativo interviniente determina la necesidad de atención inmediata debido al riesgo inminente de pérdida de la vida del Asegurado.

PERSONAS ASEGURABLES
CLAUSULA 4

Podrán ingresar como Asegurados a este seguro, siempre que no sean mayores de sesenta y cinco (65) años al momento de su incorporación, y para el caso de pólizas colectivas de Empresas:

a) Todos aquellos empleados del Contratante y/o participantes de sistemas agrupados o Asegurados individuales que, a la fecha de emisión de esta póliza, se encuentren en servicio activo.

b) Los empleados que en el futuro ingresen al servicio activo del Contratante y las incorporaciones de participantes de sistemas agrupados y asegurables individuales, serán Asegurados a partir de la fecha en que **SEGESA** apruebe la Solicitud Individual del Seguro y el Anexo: Declaración Individual de Salud, que deberán completar y entregar previamente.

Se entiende por "servicio activo" el desempeño normal de las tareas al servicio del Contratante por las personas que figuren en el listado del personal activo. Para los casos de participantes de sistemas agrupados y de los Asegurados individuales, será el hecho de estar desarrollando, normalmente, sus tareas habituales, profesionales, comerciales o técnicas.

INDEMNIZACIONES
CLAUSULA 5

SEGESA pagará a nombre del Asegurado la indemnización establecidas a las Entidades Prestadoras en los casos de pólizas colectivas o al Asegurado en caso de póliza individual.

En todos los casos, SEGESA será válidamente liberada de sus obligaciones, una vez que haya entregado el importe de la indemnización a las Entidades Prestadoras.

La indemnización a cargo de SEGESA será en exceso del deducible y hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares.

OPCION DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO
CLAUSULA 6

Los Asegurados adherentes incorporados a la póliza antes de haber cumplido veintiún (21) años de edad podrán continuar Asegurados después de haber cumplido dicha edad, suscribiendo una nueva póliza, sin plazo de espera y abonando la prima correspondiente.

Cuando la caducidad de la cobertura, en el seguro de los hijos, se produzca a consecuencia de independencia económica o por contraer enlace matrimonial, éstos





tendrán derecho a suscribir una nueva póliza, sin plazo de espera para si, abonando la prima correspondiente al nuevo estado civil.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el cónyuge sobreviviente, siempre y cuando tome la opción, pasará a ser el nuevo Asegurado Titular. La Compañía emitirá una nueva póliza o certificado según corresponda. Los demás Asegurados Adherentes, si los hubiera, mantendrán su condición de tales.

Los Asegurados Titulares y/o Adherentes que cumplan 65 años no serán dados de baja. Podrán continuar Asegurados, siempre y cuando tomen la opción y abonen la prima correspondiente. La Compañía emitirá una nueva póliza o certificado según corresponda. Los demás Asegurados Adherentes mantendrán su condición de tales.

La Compañía podrá, a su exclusivo criterio, aceptar emitir una nueva póliza para los Asegurados Titulares y sus Asegurados Adherentes asociados si el Asegurado Titular cesa en su relación con El Contratante y manifiesta su deseo de continuar Asegurado.

En todos los casos, estas opciones tendrán validez únicamente si la prima correspondiente es abonada dentro de los treinta (30) días posteriores a la vigencia de la nueva póliza.

CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS CLAUSULA 7

Es requisito primordial para que las pólizas colectivas mantengan su vigencia, en todas las condiciones pactadas, que la cantidad de Asegurados titulares y sus adherentes, sean los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, SEGESA se reserva el derecho de reducir los beneficios Asegurados y/o modificar la prima aplicada notificando su decisión al Contratante con una anticipación mínima de treinta (30) días.

ENFERMEDADES Y/O LESIONES CONGENITAS PREEXISTENTE Y PERIODO DE CARENCIA: CLAUSULA 8

Esta póliza cubre además, los gastos que demande el tratamiento y recuperación de la salud de los Asegurados, como consecuencia de accidentes, enfermedades y/o lesiones congénitas o preexistente no diagnosticadas o tratadas con anterioridad a la finalización del período de carencia que para este efecto se fija en doce (12) meses al inicio de vigencia del presente contrato.

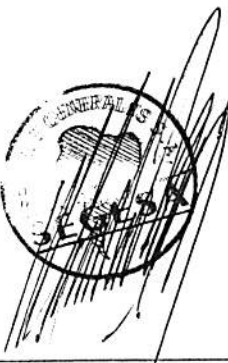
RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN CASO DE TRANSPLANTES: CLAUSULA 9

Queda expresamente convenido entre las partes, que SEGESA no asume ninguna responsabilidad ni se compromete a prestar ninguna atención médica o a realizar acciones administrativas relacionadas con la consecución de los órganos necesarios para realizar transplantes.

Queda expresamente convenido entre las partes, que la responsabilidad de SEGESA queda limitada a hacer frente a los gastos que demanden los servicios médicos, debidamente autorizados en un todo de acuerdo a la ley promulgada y sus modificaciones posteriores.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE O ASEGURADO INDIVIDUAL CLAUSULA 10

Dentro de los 15 días después de finalizar cada mes el Contratante deberá enviar a SEGESA un reporte de los siniestros que superen el deducible establecido en las Condiciones Particulares.





Para los Asegurados individuales, dentro de los tres días siguientes al siniestro.

Al reporte de siniestro mencionado más arriba se deberá adjuntar la documentación legal (recibos, facturas, comprobantes) que avalen la realización del procedimiento médico y/o quirúrgico y/o de la práctica de diagnósticos y/o tratamiento donde figure el nombre del paciente, la fecha y lugar de cada una de las prestaciones, los honorarios profesionales y sanatoriales, el diagnóstico y tratamiento en cada caso.

Deberá informarse a SEGESA sobre todo cambio que se produzca respecto a los datos personales y las altas y bajas, de los Asegurados, informados al momento de suscribir el presente contrato, dentro de los treinta (30) días de producida dicha modificación.

La falta de cumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, para perder todo derecho a la indemnización que pudiera corresponder.

OBLIGACIONES EXTRA CONTRACTUALES **CLAUSULA 11**

a) SEGESA no será responsable por su porción de daños punitivos compensatorios o consecuenciales (denominados acá como "**Obligaciones Extra Contractuales**") pagados o pagaderos por el Contratante como resultado de alguna acción que alegue negligencia y/o actos de mala fe por parte del Contratante en el manejo de reclamos o cualquier asunto cubierto por la póliza y sujeto a este contrato. Sin embargo, el cubrimiento de dichas obligaciones no aplica a menos que se tenga conocimiento de la disputa, o cualquier alegación la cual parezca probable en que se convierta en un reclamo de "Obligación Extra Contractual" y que el Contratante:

1. Debe notificar a SEGESA por escrito suministrando detalles pertinentes al asunto en disputa, posición de las partes y cursos de acción o falta de ellos para revisión por parte de SEGESA; y
2. Asegurar la participación escrita de SEGESA respecto a los cursos de acción o falta de éstos.

b) SEGESA, se compromete a notificar al Contratante, por escrito, y dentro de los primeros 15 días de haber recibido la notificación, su decisión de participar o no y sus razones. La reclamación debió haber sido incurrida durante la vigencia del contrato y notificadas hasta los 6 meses posteriores a la fecha de expiración del mismo.

c) Sin embargo, ninguna obligación extra contractual incurrida por el Contratante como resultado de cualquier acto fraudulento y/o criminal por parte de cualquier empleado o director del Contratante que participe individual o colectivamente en confabulación con cualquier persona o corporación o parte envuelta en la representación, defensa o arreglo de cualquier reclamo cubierto, no aplicará bajo este contrato. El Contratante cooperará con SEGESA (y/o sus representantes) sumándose en la investigación y evaluación de cualquier pérdida; no se harán acuerdos y/o compromisos ni se aceptarán responsabilidades sin la previa aprobación de SEGESA.

AUDITORIA **CLAUSULA 12**

El Contratante o el Asegurado facultan a SEGESA, para que en caso de cualquier siniestro requiera información sobre el tratamiento recibido, autorizando a profesionales médicos intervinientes para que entreguen la información requerida, comprometiéndose ésta a mantener toda la información recibida en absoluta reserva.





AGRAVACION DEL RIESGO CLAUSULA 13

El Contratante y/o el Asegurado Titular deberá comunicar por escrito a **SEGESA**, antes de que se produzca, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad de los Asegurados que agrave el riesgo asumido por **SEGESA**, entendiéndose por tal:

- a) La práctica, profesional o no, de deportes particularmente peligrosos, por ejemplo: acrobacia, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o de otros animales no domesticados y de fieras, u otras actividades de análogas características.
- b) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípias.
- c) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- d) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo autorizado.
- e) Intervención en otras ascensiones aéreas.
- f) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o escalamiento de montañas, o práctica de paracaidismo o aladeltismo.
- g) La dedicación profesional a armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad doble; doma de potros u otros animales, conducción de personal como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos, tareas en fábricas, como usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas, u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.

SEGESA, podrá dentro de los treinta (30) días de recibida la comunicación, rescindir el seguro, si los cambios de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravaran el riesgo de modo tal que, de existir en el momento de la contratación SEGESA no hubiera emitido la póliza.

PAGO DE LA PRIMA CLAUSULA 14

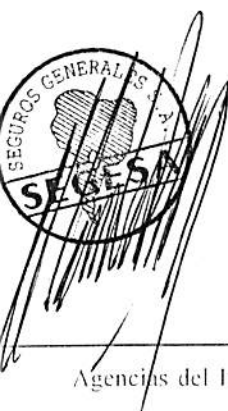
El Contratante a nombre del Asegurado en caso de pólizas para sistemas agrupados o el Asegurado individual asume la obligación de abonar a SEGESA una prima mensual por la cobertura pactada en este contrato. El pago deberá ser efectuado, por mes adelantado, del primero (1º) al diez (10) de cada mes en las oficinas de SEGESA, o a través de cualquier otro mecanismo que se convenga.

Si el pago de la prima no se efectuare en la forma pactada, SEGESA no será responsable por el o los siniestros ocurridos antes del pago.

Se considerará como pagada la prima, en pólizas colectivas, cuando el Asegurado titular haya pagado la misma al contratante.

RECLAMOS POR ACTOS U OMISIONES DE PRESTADORES CLAUSULA 15

El Contratante, el Asegurado titular y sus adherentes y/o sus derechohabientes se comprometen a mantener a SEGESA, indemne por todos los actos u omisiones de los prestadores que pudieran dar lugar a reclamos.





Si SEGESA, indemnizara, por algún acto u omisión de un prestador al Asegurado titular y/o a los Asegurados Adherentes, éstos subrogarán todos sus derechos contra el prestador a favor de SEGESA, hasta el monto total de dicha indemnización

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

CLAUSULA 16

SEGESA proporcionará a cada Asegurado Titular un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también los beneficios que otorga la presente Póliza y la fecha de entrada en vigor del mismo.



SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

CLAUSULA 17

SEGESA ha establecido un listado de servicios de recuperación de la salud que se denominará Listado de Prestaciones (en adelante LP) y según se detalla en las Condiciones Particulares.

El LP contempla un detalle de los procedimientos médicos o quirúrgicos, de diagnóstico o terapéuticos de medicina alópata que pueden realizarse en forma ambulatoria o en internación, y de los equipos, quirófanos, unidades de cuidados especiales y salas de internación que pueden requerirse para la recuperación de la salud de un Asegurado.

TRASLADOS

CLAUSULA 18

Si este "Riesgo Cubierto" se encuentra especificado en las Condiciones Particulares de esta póliza El Asegurador proveerá el traslado de sus Asegurados para ser atendidos en los Centros Asistenciales especificados en la Nómina de Prestadores para el tratamiento de un "Riesgo Cubierto" especificado en las Condiciones Particulares de esta póliza siempre y cuando la distancia que medie desde el lugar de origen y destino del traslado solicitado sea mayor que 200 Km. y la prestación médica para la que deba trasladarse haya sido expresamente autorizada por SEGESA.

Si el Asegurado, por orden médica propone y el contratante y SEGESA, aprueba un tratamiento médico y/o quirúrgico en el extranjero, el traslado del paciente (pasaje del avión) del Aeropuerto al Centro Asistencial y la estancia en el mismo (Internación hospitalaria completa), quedará íntegramente cubierta por SEGESA conforme a estas Condiciones Específicas. Siendo la forma y categorización de los servicios de traslado, una determinación exclusiva de la Compañía, siempre y cuando se ajusten a las necesidades Médicas indicadas para cada caso.

AUTORIZACIONES

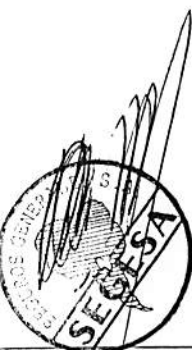
CLAUSULA 19

Todos los servicios médicos necesarios para atender un "Riesgo Cubierto", detallado en las Condiciones Particulares de esta póliza, deberán ser previamente autorizadas por la Compañía, salvo en casos de "emergencia médica".

En los seguros Individuales, el Asegurado deberá notificar al Asegurador dentro de cuarenta y ocho horas de ocurrido cualquier accidente que sufriera y dentro de diez días los demás hechos generadores de beneficios, salvo imposibilidad justificada.

El Asegurado deberá certificar esta notificación.

La falta de notificación en los plazos previstos extinguirá el derecho al Asegurado al beneficio respectivo.





El Asegurador se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado por los facultativos de su elección, ya sea en el establecimiento asistencial, en consultorio particular o en el domicilio de aquel, para comprobar el derecho al beneficio.

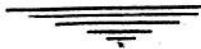
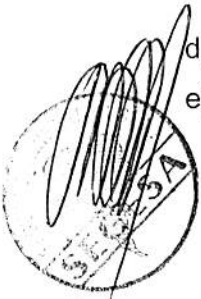
Asimismo, podrá solicitar informaciones a los médicos que hayan asistido al Asegurado y en general adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas.

El Asegurado perderá su derecho, si hubiese suministrado al Asegurador alguna información dolosa o de mala fe, sin perjuicio de las acciones legales que correspondieran.

CAUSALES DE RESCISIÓN
CLAUSULA 20

Además de los establecido en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales Comunes, este seguro quedará rescindido y sin valor alguno, sin perjuicio de la validez de la Cláusula N° 6 de estas Condiciones, en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado Titular a continuar Asegurado.
- b) Cuando los Asegurados Adherentes pierdan su condición de tal, según define la cláusula 3.
- c) Por cesantía o retiro voluntario del empleo, en los casos que el Asegurado Titular integre una póliza contratada a través de su empleador.
- d) Por haber dejado de integrar el sistema agrupado.
- e) Por culpa o dolo del Asegurado.





SEGURO DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA

CONDICIONES GENERALES COMUNES

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

CLÁUSULA 1.

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

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

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

DENUNCIA DE SINIESTRO

CLÁUSULA 2.

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

También está obligado a suministrar al Asegurado, 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 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.).

VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR

CLÁUSULA 3.

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.).

RETICENCIA Y FALSA DECLARACIÓN

CLÁUSULA 4.

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

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





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 Código Civil).

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 Código Civil).

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

RESCISIÓN UNILATERAL

CLÁUSULA 5.

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 a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

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 Código Civil).

PAGO DE LA PRIMA

CLÁUSULA 6.

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 Código Civil).

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

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLÁUSULA 7.

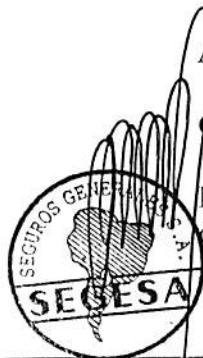
El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, sólo está facultado para recibir propuestas, entregar instrumentos emitidos por el Asegurador referentes a contratos o sus prórrogas y aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo del Asegurador.

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

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

CLÁUSULA 8.

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 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 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.).

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS.

CLÁUSULA 9.

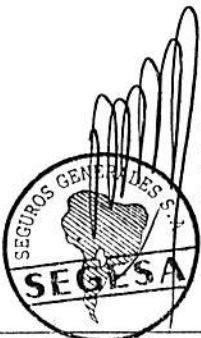
El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por el Código Civil (salvo que se haya previsto otro efecto en el mismo para el cumplimiento) y en el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo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

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 10.

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

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





GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

CLÁUSULA 11.

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 Código Civil).

REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO

CLÁUSULA 12.

El Asegurado podrá hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro, dar el daño, y será por su cuenta los gastos de esa representación (Art. 1613 Código Civil).



MORA AUTOMÁTICA

CLÁUSULA 13.

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

PRESCRIPCIÓN

CLÁUSULA 14.

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un 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 años desde el acaecimiento del siniestro (art. 666 Código Civil).

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

CLÁUSULA 15.

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 Código Civil).

USO DE LOS DERECHOS POR EL TOMADOR O ASEGURADO

CLÁUSULA 16.

Cuando se encuentre en posesión de la póliza, el tomador puede disponer a nombre propio de los derechos que resultan del contrato. Puede igualmente cobrar la indemnización, pero el asegurador tiene el derecho de exigir que el tomador acredite previamente el consentimiento del asegurado, a menos que el tomador demuestre, que contrató por mandato de aquel, o en razón de una obligación legal (Art. 1567 Código Civil).





CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

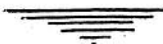
CLÁUSULA 17.

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

PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

CLÁUSULA 18.

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).





Condiciones Particulares - (Cont)

Art. 1º - Riesgos cubiertos

Prestaciones Médicas en:

- 1 Transplantes
- 2 Sida - HIV
- 3 Abuso de drogas y alcohol
- 4 Cáncer (medicación)
- 5 Prótesis
- 6 Diálisis Renal
- 7 Cirugía Cardiovascular con o sin circulación extracorpórea
- 8 Neurocirugía Craneana y Vertebromedular
- 9 Hemodiálisis
- 10 Neonatología
- 11 Hospitalización prolongada
- 12 UTI (Unidad de Terapia Intensiva)
- 13 Alta Complejidad Ambulatoria



Art. 2º - DEL LIMITE DE COBERTURA.

El límite de cobertura para la presente póliza de ALTA COMPLEJIDAD MEDICA, está dada hasta la suma de:

Limites.

El límite por evento de Responsabilidad Máxima absoluta de la Compañía por Asegurado bajo la presente póliza es hasta un Capital de

El ámbito geográfico para atenciones en el exterior incluye los siguientes países:.....

Monto fijo deducible o por participación porcentual por riesgo de:

El límite asegurado/agregado anual por paciente asciende a la suma de:

El límite por Evento de un solo paciente asciende a la suma de:

Art. 3º - CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS

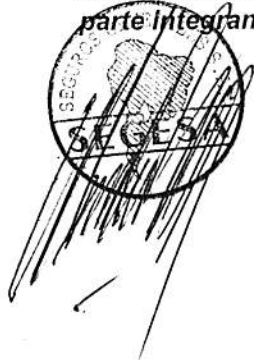
A los efectos de la Cláusula 7 de las Condiciones Específicas el grupo de Asegurados será considerado sobre la base deno pudiendo ser inferior a

Art. 4º - LISTADO DE PRESTACIONES (LP):

-
-
-

Forman parte integrante de la presente póliza los siguientes anexos, endosos, y adicionales:

La propuesta firmada por el Contratante, sus declaraciones que garantizan ser exactas y verdaderas, las Condiciones Generales Comunes, las Condiciones Específicas, las Particulares y las Cláusulas o Anexos insertos o agregados a la misma, suscripta por el Asegurador forman parte integrante del Contrato y las leyes en vigencia a la fecha de su emisión.



Asunción, de de
SEGUROS GENERALES S.A.
S E G E S A

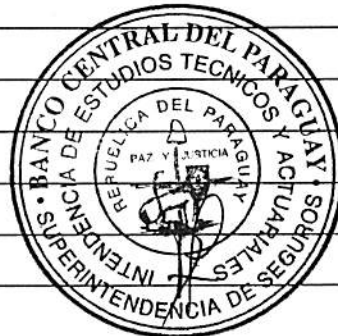
Gerente



SEGURO DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA

Certificado para el Asegurado

Certificado Individual N°:	Poliza N°:
Prepaga, Sanatorio u Hospital:	
Asegurado:	
Capital Asegurado - Límite :	
Vigencia:	



RIESGOS CUBIERTOS:

La Compañía de Seguro reintegrará los Gastos Médicos en que incurran quienes se definan como personas cubiertas como consecuencia de enfermedades o tratamientos establecidos en:

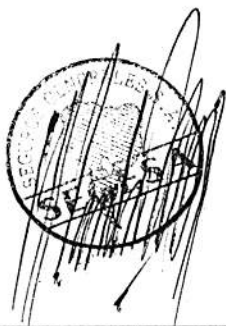
- | | |
|--|---|
| 1 Transplantes | 2 Sida - HIV |
| 3 Abuso de drogas y alcohol | 4 Cáncer (medicación) |
| 5 Prótesis | 6 Diálisis Renal |
| 7 Cirugía Cardiovascular con o sin circulación extracorpórea | 8 Neurocirugía Craneana y Vertebromedular |
| 9 Hemodiálisis | 10 Neonatología |
| 11 Hospitalización prolongada | 12 UTI (Unidad de Terapia Intensiva) |
| 13 Alta Complejidad Ambulatoria | |

RIESGOS NO ASEGURADOS:

Quedan excluidos de la cobertura de este contrato, todos los gastos que no correspondan a la recuperación de la salud y aquellos que aunque correspondan a ellos sean originados por:

a) Todo procedimiento médico o quirúrgico, inclusive consulta médica, ya sea ambulatorio o en internación, realizado para diagnosticar o tratar enfermedades y/o sus secuelas que tengan origen en:

1. La participación del Asegurado en hechos de guerra, civil o internacional, rebelión, sedición o motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga y lock-out.
2. Actos, calificados como delito por la ley, en los que el Asegurado tomó participación activa en su comisión.
3. Fenómenos naturales considerados como catástrofe, epidemias oficialmente declaradas y accidentes producidos por elementos radioactivos.
4. Accidentes cubiertos por seguros obligatorios o voluntarios que actúen como tales. En estos casos, como principio general, sólo después que el Asegurado haya percibido los beneficios del seguro que corresponda, **SEGESA** otorgará cobertura - siempre que ello no colisiones con las otras condiciones del contrato, especialmente en lo que se refiere a exclusiones y carencias - deduciendo de su cálculo lo que haya sido cubierto por los mencionados seguros. En los casos de accidentes que se mencionan en este apartado, el Asegurado podrá optar por recibir la cobertura inmediata por parte de **SEGESA** - cuando ella corresponda de acuerdo con las restantes condiciones de este contrato - siempre que ceda a **SEGESA** los derechos que le permitan a ésta, subrogándose en ellos, accionar contra el responsable del accidente y/o la compañía de seguros que le cubría riesgos contra terceros a dicho responsable.





5. Alcoholismo y drogadicción, incluyendo sus consecuencias o patologías derivadas del consumo del alcohol o drogas.
 6. Ingestión voluntaria de medicamentos en dosis superiores a las indicadas con fines terapéuticos, productos biológicos o sustancias tóxicas o venenosas, así como lesiones autoinferidas o intentos de suicidio.
 7. Aborto provocado.
 8. Tratamientos de infertilidad o esterilidad femenina o masculina y tratamientos cuyo objetivo sea conseguir la fertilidad o la fertilización o embarazo de la mujer.
 9. Acciones con fines de embellecimiento, cualquiera sea la técnica o procedimiento que se utilice, incluyendo tratamiento para adelgazar.
- b) Lentes de contacto.
- c) Toda consulta técnica o procedimiento que no sea de medicina alópata, tales como: medicina naturista, homeopática, acupunturista, etc., así como tratamientos médicos o quirúrgicos, cualquiera sea la técnica o procedimiento, realizado por profesionales o técnicos no calificados y/o certificados y toda internación con fines de reposo que no tenga como objetivo la recuperación de la salud.
- d) El tratamiento o internación en centros asistenciales que no están debidamente calificados o autorizados por las autoridades competentes, conforme a las leyes vigentes.
- e) Aquellos gastos médicos ambulatorios y de internación directamente relacionados con aquellas enfermedades expresamente excluidas de cobertura por las partes.
- f) Atención particular de enfermería, sea o no domiciliaria, salvo aquella que se otorgue como complemento del servicio de internación domiciliaria que **SEGESA** pueda ofrecer.

OBLIGACIONES EXTRA CONTRACTUALES

SEGESA no será responsable por su porción de daños punitivos compensatorios o consecuenciales (denominados acá como "**Obligaciones Extra Contractuales**") pagados o pagaderos por el Contratante como resultado de alguna acción que alegue negligencia y/o actos de mala fe por parte del Contratante en el manejo de reclamos o cualquier asunto cubierto por la póliza y sujeto a este contrato. Sin embargo, el cubrimiento de dichas obligaciones no aplica a menos que se tenga conocimiento de la disputa, o cualquier alegación la cual parezca probable en que se convierta en un reclamo de "Obligación Extra Contractual".

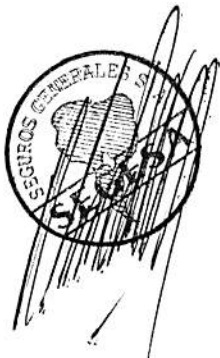
FORMA DE DENUNCIA:

Dentro de los 15 días después de finalizar cada mes el Contratante o Tomador deberá enviar a SEGESA un reporte de los siniestros que superen el deducible establecido en las Condiciones Particulares.

Para los Asegurados individuales, dentro de los tres días siguientes al siniestro.

Al reporte de siniestro mencionado más arriba se deberá adjuntar la documentación legal (recibos, facturas, comprobantes).

La vigencia de este Certificado está supeditada a la vigencia de la póliza principal.



FIRMA DEL CONTRATANTE



SEGUROS GENERALES S.A.
SEGESA

Gerente

Oficina Central: Edificio Segesa
Oliva 393 - 1er. Piso
Asunción, Paraguay



Apartado Postal: 802
Teléfono: 491 362 (R.A.)
Fax: 491 360

ANEXO Nº I

SEGURO DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA
LISTA DE PRESTADORES DE ALTA COMPEJIDAD MEDICA
PARAGUAY

CLINICAS, INSTITUTOS y SANATORIOS

DIRECCION - TELEFONOS



Oficina Central: Edificio Segesa
Oliva 393 - 1er. Piso
Asunción, Paraguay



Apartado Postal: 802
Teléfono: 491 362 (R.A.)
Fax: 491 360

ANEXO Nº II

SEGURO DESALUD DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA

RED DE PRESTADORES U.S.A.

INTERNATIONAL MANAGED CARE SERVICES - TRANSPLANT NETWORK



Oficina Central: Edificio Segesa
Oliva 393 - 1er. Piso
Asunción, Paraguay



Apartado Postal: 802
Teléfono: 491 362 (R.A.)
Fax: 491 360

ANEXO Nº III

SEGURO DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA
LISTA DE PRESTADORES DE ALTA COMPEJIDAD MEDICA
ARGENTINA

CLINICAS, INSTITUTOS y SANATORIOS

DIRECCION - TELEFONOS



Oficina Central: Edificio Segesa
Oliva 393 - 1er. Piso
Asunción, Paraguay



Apartado Postal: 802
Teléfono: 491 362 (R.A.)
Fax: 491 360

ANEXO Nº IV

SEGURO DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA
LISTA DE PRESTADORES DE ALTA COMPEJIDAD MEDICA

BRASIL

CLINICAS, INSTITUTOS y SANATORIOS

DIRECCION - TELEFONOS



Oficina Central: Edificio Segesa
Oliva 393 - 1er. Piso
Asunción, Paraguay



Apartado Postal: 802
Teléfono: 491 362 (R.A.)
Fax: 491 360

N° de Póliza.....
Agente:
Vigencia: Desde: / /
Hasta: / /

PROPUESTA PARA EL SEGURO DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA

Sírvanse extender una póliza de seguro de Alta Complejidad Medica, de acuerdo a las Condiciones Generales Comunes, Condiciones Específicas y Particulares de la Póliza utilizada por esa Compañía y a los datos que a tal efecto les proporciono a continuación:

Nombre de la Empresa o Institución - Contratante: _____ R.U.C.: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
CAPITAL ASEGURADO: _____



RIESGOS CUBIERTOS

Límites por coberturas
(límite anual)
monto límite de resarcimiento.

PLANES MEDICOS OTORGADOS: _____
Plan médico de los Asegurados - Adherentes de la cobertura de Salud de Alta Complejidad: _____
Plan de Alta Complejidad directo: _____
Habilitación de la Empresa de Seguro Médico (Medicina Prepaga): _____
Forman parte integrante de la presente propuesta los siguientes anexos, endosos y adicionales:

FORMA DE PAGO:

LIQUIDACION:

PRIMA DE RIESGO Gs.
GASTOS ADM. Gs.
PRIMA..... Gs.
R.P.F. Gs.
SUB-TOTAL Gs.
I.V.A. 10% Gs.
PREMIO Gs.
=====

OBSERVACIONES:



Oficina Central: Edificio Segesa
Oliva 393 - 1er. Piso
Asunción, Paraguay



Apartado Postal: 802
Teléfono: 491 362 (R.A.)
Fax: 491 360

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

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en esta Propuesta de Seguro está completa y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que esta Propuesta constituya la base y forme parte de cualquier póliza o pólizas extendidas en relación con el riesgo (o los riesgos) mencionado(s) más arriba.

Queda estipulado que los Aseguradores sólo serán responsables en concordancia con los términos de la póliza y que el Asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuere.

Los Aseguradores están obligados a tratar esta información en un plano de estricta confidencia.

Convenimos que esta propuesta, una vez aceptada por la Compañía, pase a formar parte del contrato. Asumimos la responsabilidad de pagar todos los importes originados por la emisión de la póliza, impuestos, recargos y demás gastos detallados en la liquidación, así como el importe de la prima hasta el día de su anulación o cancelación, sirviendo la presente de suficiente documento de reconocimiento de deuda.



Asunción, de de 19

FIRMA DEL AGENTE



FIRMA DEL CONTRATANTE

Oficina Central: Edificio Segesa
Oliva 393 - 1er. Piso
Asunción, Paraguay



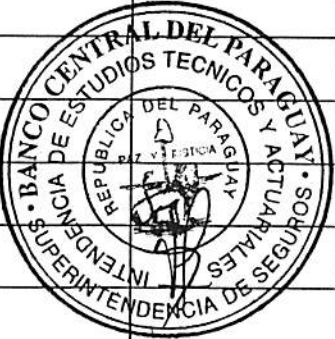
Apartado Postal: 802
Teléfono: 491 362 (R.A.)
Fax: 491 360

SEGURO DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA

Solicitud de incorporación de Asegurables y baja de Asegurados

NOMBRE DE LA PRE PAGA, SANATORIO U HOSPITAL:

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Edad	Nº de Cédula	Nº de Carnet



Oficina Central: Edificio Segesa
Oliva 393 - 1er. Piso
Asunción, Paraguay



Apartado Postal: 802
Teléfono: 491 362 (R.A.)
Fax: 491 360

N° de Póliza.....
Agente:
Vigencia: Desde: / /
Hasta: / /

PROPUESTA INDIVIDUAL PARA EL SEGURO DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD MEDICA

Sírvase contestar exactamente a todas las preguntas formuladas. No están permitidos barras y guiones en lugar y sitio de repuestas. El Asegurador no está de ninguna manera ligado por convenios pasados con representantes.

Nombres(s) y Apellido(s): _____

Dirección: _____

a) Ha habido en su familia (padres, hijos o hermanos) casos de tuberculosis, de cáncer, de apoplejía, de diabetes, de enajenación mental, de epilepsia o de suicidio? SI () NO ()

b) Ha fallecido su padre? _____ de que? _____ Edad _____

c) Ha fallecido su madre? _____ de que? _____ Edad _____

a) Qué cantidad de vino, cerveza, aperitivos o licores o aguardiente bebe Ud. por día? _____

b) Cuántos cigarros, cigarrillos o pipas fuma Ud. por día? _____

c) Con que frecuencia toma Ud. medicamentos? Cuáles? _____

	Cuándo	Motivo	Resultado
a) Cuando ha sido Ud. examinado por un médico la última vez?			
b) Ha sido Ud. declarado en perfecto estado de salud?			
c) Ya se ha sometido Ud. a un examen radiológico o electrocardiograma?			

Cuál es su estatura y su peso?

Mts. _____

Esta Ud. actualmente

a) En perfecto estado de Salud? _____

En caso contrario de qué mal o enfermedad padece Ud.? _____

b) Apto para trabajar sin molestias? _____



a) Ha tenido Ud. que interrumpir por motivos de salud

su actividad profesional o deportiva, en el curso de

los 10 (diez) últimos años por una duración

superior de 15 (quince) días?

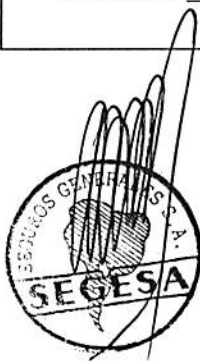
En caso afirmativo, cuando? _____

Porqué? _____

Cuánto tiempo? _____

Nombre de su médico de cabecera? _____

Dirección: _____



FIRMA DEL AGENTE

FIRMA DEL TOMADOR



AFECCIONES ACTUALES O ANTERIORES	Enfermedad operación o accidente	Cuando	Duración	Médico Hospital Dirección exacta
Padece o ha padecido Ud. de				
a) Asma, tos terca, esputopurulento o sanguinolento, neumonía o pleuresía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades ?				
b) Dolores al corazón, ahogo, presión arterial elevada, ataque de apoplejía, flebitis, varices u otras enfermedades del aparato circulatorio ?				
c) Dolores de cabeza, insomnio, vértigos, epilepsia, depresión nerviosa, neuritis y otras enfermedades del sistema nervioso ?				
d) Afecciones del estómago o de los intestinos, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, apendicitis u otras enfermedades del aparato digestivo ?				
e) Enfermedades de los oídos, supuración, sordera ?				
f) Enfermedades de los ojos, inflamaciones, presbi-cia, miopía (grado) ?				
g) Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, afección de la columna vertebral, lumbago ciática ?				
h) Enfermedades de la piel ?				
i) Hinchazón o supuración de los ganglios linfáticos				
j) Afecciones de los riñones u otras enfermedades de las vías urinarias o de los órganos genitales, presencia de albuminuria, de azúcar, de sangre, etc. en la orina ?				
k) Enfermedades infecciosas escarlatina, difteria, anginas graves, gripe, fiebre, tifoidea, septicemia, malaria, etc. ?				
l) Enfermedades o padecimientos no mencionados más arriba como por ejemplo: de la sangre, gota, bocio, hernia, tumores, deformidad, pérdida de un miembro, etc. ?				
m) Ha seguido Ud. un tratamiento médico no antes mencionado ?				
n) Ha sufrido Ud. una operación o debe Ud. someterse próximamente a una intervención quirúrgica ?				
o) Ha sido Ud. víctima de un accidente grave o de una intoxicación ?				
p) Ha sido Ud. tratado en Sanatorios, Clínicas o Estaciones Balnearias o se ha sometido Ud. a un tratamiento de rayos (Rayos X, ondas cortas, etc.) u otras curas ?				



Pregunta para persona del sexo femenino: a) Está Ud. embarazada ?
b) Para cuándo espera Ud. el parto ?



FIRMA DEL AGENTE

FIRMA DEL TOMADOR



El abajo firmante declara que sus contestaciones a las preguntas que preceden son verdaderas y que no ocultó ningún detalle que podría influir en la apreciación del Riesgo, aunque un tercero, para el cual asume la responsabilidad íntegra, haya escrito de su puño y letra las contestaciones a dichas preguntas.

Autoriza a los médicos que lo han asistido a dar a SEGESA todas las informaciones que ella podría solicitarle, y que los releva al propósito de su secreto profesional.

Asimismo convengo en someterme a un examen médico en caso de que el Asegurador lo juzgue necesario. Además el firmante hace constar que SEGESA le informó tener el derecho de rescindir el contrato si él no hubiera declarado la verdad o si hubiese ocultado alguna circunstancia relacionada con su estado de salud. Asimismo le comunico no estar de ninguna manera vinculado, por cualquier promesa hecha por sus representantes.

Queda estipulado que los Aseguradores sólo serán responsables en concordancia con los términos de la póliza y que el Asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuere.

Los Aseguradores están obligados a tratar esta información en un plano de estricta confidencia.

Convengo que esta propuesta, una vez aceptada por la Compañía, pase a formar parte del contrato. Asumo la responsabilidad de pagar todos los importes originados por la emisión de la póliza, impuestos, recargos y demás gastos detallados en la liquidación, así como el importe de la prima hasta el día de su anulación o cancelación, sirviendo la presente de suficiente documento de reconocimiento de deuda.

Asunción, de de 19

FIRMA DEL AGENTE



FIRMA DEL TOMADOR