

VISIÓN: Ser una institución técnica e independiente que desarrolle una gestión eficiente y creíble, basada en la excelencia de sus talentos y reconocida en el ámbito nacional e internacional, orientada a preservar el valor de la moneda y la eficacia, integridad y estabilidad del sistema financiero.



RESOLUCIÓN SS.SG. N° 261/2024

AUTORIZACIÓN PARA OPERAR – TU SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA.

Las entidades de seguros y reaseguros autorizadas a operar deben notificar el inicio de sus operaciones a la Superintendencia, con una antelación no menor a treinta (30) días a la fecha prevista para el inicio de sus operaciones activas, debiendo contar con la infraestructura operativa, informática y con la dotación necesaria del personal, aspectos que serán verificados por la autoridad de control.

La compañía realizará tres (3) publicaciones en un periodo de quince (15) días, en dos (2) periódicos de gran circulación, comunicando al público el inicio de sus operaciones con expresa indicación de la denominación social, domicilio, teléfono, ramos en que operará, número y fecha de resolución de autorización para operar, debiendo remitir originales de dichas publicaciones a la Superintendencia.

POR TANTO, con base en lo dispuesto precedentemente y a las facultades conferidas por la Ley N° 827/96 “De Seguros”;

LA SUPERINTENDENTE DE SEGUROS

Resuelve:

- 1) **AUTORIZAR** a **TU SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA** a iniciar sus operaciones de seguros en el ramo **ELEMENTALES O PATRIMONIALES**, conforme a lo solicitado.
- 2) **CODIFICAR** para los registros respectivos a la empresa **TU SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA**, con el número 64.
- 3) **INCORPORAR** al Registro Público de Planes de Seguros los planes presentados por **TU SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA** conforme al siguiente detalle:

Sección	Denominación	Código de registro N°
Riesgos Varios	Seguro de Amortización de Deudas de Tarjetas de Crédito por Desempleo Involuntario u Hospitalización	64-0001
Riesgos Varios	Seguro de Amortización de Deudas de Tarjetas de Crédito por Desempleo Involuntario u Hospitalización	64-0002
Seguro de Vida Corto Plazo	Seguro de Vida Colectivo para Cancelación de Deuda.	64-VC.0001

- 4) **DISPONER** que la aseguradora deberá iniciar sus operaciones dentro del plazo máximo de trescientos sesenta (360) días, contado a partir de la fecha de la resolución que la autoriza a operar. En caso de no iniciar sus actividades en dicho plazo, la autorización quedará automáticamente revocada; siendo necesario, el reinicio de todos los trámites requeridos para una nueva solicitud de autorización para operar.
- 5) **DISPONER** que la aseguradora deberá notificar el inicio de sus operaciones a la Superintendencia, con una antelación no menor a treinta (30) días de la fecha prevista para el inicio de sus operaciones activas, debiendo contar con la infraestructura operativa, informática y con la dotación necesaria del personal, aspectos que serán verificados por la autoridad de control.

MISIÓN: Preservar y velar por la estabilidad del valor de la moneda y promover la eficacia, integridad y estabilidad del sistema financiero, para colaborar con el bienestar del país.

Asunción, 12 de diciembre de 2023

Señor(es)

Tu Seguros S.A.

PRESENTE

En cumplimiento del pedido de dictamen jurídico sobre el modelo del plan para el **"SEGURO DE AMORTIZACIÓN DE DEUDAS DE PRÉSTAMOS POR HOSPITALIZACIÓN Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO"**, para su aprobación y registro respectivo, digo:

Que, habiendo realizado un análisis del modelo de plan para el el **"SEGURO DE AMORTIZACIÓN DE DEUDAS DE PRÉSTAMOS POR HOSPITALIZACIÓN Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO"**, podemos concluir que el modelo de instrumento de cobertura se encuentra enmarcado bajo todas las pautas del Artículo 61 inciso h) de la Ley 827/96; a la Resolución SS.SG. N° 215/17 de fecha 28 de diciembre de 2017 - REGISTRO DE PLANES DE SEGURO Y EMISIÓN DE INSTRUMENTO DE COBERTURA - PAUTAS GENERALES y su ANEXO N° 1; como así también a la Resolución SS.SG. N° 238/19 de fecha de 22 de noviembre de 2019 - MODIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN SS.SG. N° 215/17 "REGISTRO DE PLANES DE SEGURO Y EMISIÓN DE INSTRUMENTOS DE COBERTURA - PAUTAS GENERALES", que la misma no se opone a normas legales y reglamentarias vigentes dictadas por la Superintendencia de Seguros.

Sin otro particular, aprovechamos la oportunidad para saludarle muy atentamente.


Bruno Fiorio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796
Abog. Bruno Fiorio Carrizosa
Mat. Nro. 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

1. Descripción del plan.....	1
2. Modelo de Póliza	5
3. Modelo de Certificado Individual.....	24
4. Modelo de Propuesta.....	30
5. Nota Técnica.....	36
6. Otros Elementos Contractuales	46
7. Requisitos Especiales para Caución....	46

El presente plan consta de 52 páginas.

1. Descripción del plan

1.1 El objetivo del plan

El presente plan es un seguro de amortización de deudas por hospitalización y/o desempleo involuntario, que tiene por objetivo indemnizar al Tomador, entidad financiera que otorga créditos (moneda nacional o extranjera) a sus clientes, personas físicas, por las pérdidas económicas que sufra en caso que éstos, asegurados por la presente cobertura, queden desempleados en forma involuntaria o queden hospitalizados por varios días quedando imposibilitados de generar ingresos para la amortización de su compromiso con el Tomador.

1.2 Riesgos a ser cubiertos.

En caso de Desempleo Involuntario del Asegurado, siempre que haya cumplido el periodo de carencia, la Aseguradora abonará al Tomador la cuota mensual vencida e impaga de Préstamos, con fecha de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha de Desempleo Involuntario del Asegurado, de manera directamente proporcional a la cantidad de días de desempleo del Asegurado en relación al total de días en el mes o al período mensual entre los vencimientos de las cuotas hasta un máximo establecido en las Condiciones Particulares y los Certificados Individuales.

En caso de hospitalización, la Aseguradora abonará al Tomador las cuotas impagas de préstamos emitidos por el Tomador o con fechas de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha de internación del Asegurado. La indemnización será calculada de manera directamente proporcional a la cantidad de días de internación del Asegurado en relación al total de días en el mes o al período mensual entre los vencimientos de las cuotas, hasta el máximo de días establecido en las Condiciones Particulares. El Asegurado debe permanecer hospitalizado un mínimo tres (3) días para que ser indemnizado, mientras la indemnización se pagará desde la fecha de internación.

1.3 Partes que suscribirán el Contrato.

- **Asegurador/a o Compañía:** es la Compañía Aseguradora que, mediante la póliza respectiva, asume el riesgo de las coberturas establecidas en las Condiciones Particulares, hasta los límites pactados por las prestaciones convenidas.

 **Gustavo Cartes**
Presidente

Tu Seguros S.A.


Bruno Fiorio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 2

- **Contratante y/o Tomador:** es quien contrata el seguro con el Asegurador, quien acuerda o acepta las condiciones de la póliza y quien por ello está obligado al pago de la prima. En este producto es también Acreedor del Asegurado y Beneficiario de esta póliza. Acreedor: Persona quien otorga el crédito, y para este seguro resulta ser el Beneficiario.
- **Asegurado:** persona física, titular de la deuda cuyo acreedor es la Entidad Financiera Contratante.

1.4 Duración de la Cobertura y Procedimiento para Anulación Anticipada.

La vigencia de la cobertura correspondiente a las personas que ingresen al seguro, comenzará desde la fecha de desembolso del crédito y tendrá una duración hasta el máximo de cuotas del préstamo a ser cubierto, pero su vigencia no podrá exceder la de la póliza.

Cuando el seguro rija desde las doce (12) horas del mediodía, la rescisión se computará desde la hora doce (12) del mediodía inmediata siguiente, salvo pacto en caso contrario. El sistema horario utilizado para el cómputo del plazo del seguro es el de veinticuatro (24) horas.

Cualesquiera de las partes tienen derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.

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

1.5 Elementos para verificación en caso de Anulación Anticipada.

El Asegurador pondrá a disposición del Tomador y/o Asegurado en la página web de la Compañía www.tuseguros.com.py los certificados individuales y el detalle del cálculo de las primas, donde las primas no ganadas se calculará aplicando la regla proporcional por el plazo no corrido. Esta regla se aplicará en forma indistinta, para casos de rescisión por parte del Tomador o Asegurador.

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

4 (cuatro)

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 3

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

Esta Póliza (Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares), las Solicitudes de Ingreso al Seguro y/o las planillas de Declaración de Incorporación, presentadas por el Contratante o Tomador, y/o los Certificados Individuales de Incorporación al Seguro que se expiden a los Asegurados, constituyen el contrato de seguro entre el Tomador y el Asegurador.

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

En las Condiciones Particulares de la Póliza se incorporan los elementos necesarios para identificar correctamente el interés asegurado, el monto de la indemnización, el Tomador, los riesgos cubiertos, la vigencia, la liquidación de la prima de seguro, los límites de indemnización para cada riesgo, así como otros elementos de conformidad a lo que establece la Resolución SS.SG. N° 215/17 y 238/19, así como sus anexos, de la Superintendencia de Seguros.

1.7 Descripción de los elementos que se prevén establecer en contratos subyacentes

El Plan de Seguro no contempla la prestación de servicios adicionales al Asegurado mediante contratos subyacentes. No obstante, en caso de que en el futuro se cuente con servicios adicionales, estas serán remitidas en su oportunidad a la Autoridad de Control para su registro correspondiente.

1.8 Elementos de Tecnología de la Información a ser utilizados

Como herramienta para emisión y control de las Pólizas se utiliza el software Sebaot que acompaña y optimiza la administración, control y seguimiento de todas las operaciones de comercialización, emisión, cobranza, siniestros, reaseguro, recursos humanos y contabilidad de las Compañías de Seguros, al tiempo que resulta una herramienta imprescindible para la toma de decisiones ya que aporta toda la información estratégica que la alta gerencia necesita.

Para difusión de las Coberturas y Condiciones se utiliza la página web institucional www.tuseguros.com.py

**Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

1.9 Formas de coparticipación del Asegurado

Cuando el desempleo involuntario del Asegurado se inicie dentro del periodo de carencia de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de su cobertura (desde el desembolso del crédito), este periodo de carencia deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, independientemente que el Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior y haber quedado desempleado por menos de treinta (30) días.

1.10 Operativa

A la aceptación de la propuesta de Seguro por parte de la Aseguradora, esta emitirá una póliza madre, sin movimiento de sumas, en la cual posteriormente serán incluidos los préstamos asegurados o el resumen de la declaración mensual de Saldos de Tarjetas de Crédito.

A principio de cada mes, El Contratante y/o Tomador, proveerá a la Aseguradora, un listado donde se detallarán los datos de los titulares de préstamos a incluir en el seguro correspondiente al mes anterior cerrado. El valor de la prima del préstamo declarado será debitado por la Entidad Financiera del préstamo del Cliente y posteriormente remitido a la Cía. de Seguros.

El cliente podrá acceder a la página web institucional www.tuseguros.com.py para verificar su certificado individual, en el cual constatará la información relativa al seguro (coberturas, exclusiones, periodo de carencia, obligaciones, costo).

Por su parte, la Aseguradora procesará la liquidación del premio y la facturación (correspondiente a todas las coberturas declaradas en la planilla e incluidas por endoso) al Contratante/Tomador, emitiendo el endoso correspondiente a la declaración. El Contratante/Tomador a su vez estará emitiendo las facturas individuales correspondiente a cada cobertura individual para ser otorgada al cliente.

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Fiorio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

2. Modelo de Póliza

**CONDICIONES GENERALES COMUNES
SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR
HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

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 Tomador 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, Particulares Específicas y Particulares, predominarán éstas sobre las otras, y las Particulares Específicas sobre las Generales Comunes.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

CLÁUSULA 2.

El Tomador está obligado a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Art. 1580 C.C.).

Toda agravación del riesgo que, si hubiese existido al tiempo de la celebración del contrato, habría impedido éste o modificado sus condiciones, es causa de rescisión del seguro (Art. 1581 C.C.).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Tomador, la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el plazo de siete (7) días, deberá notificar su decisión de rescindir el contrato (Art. 1582 C.C.).

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.

 **Gustavo Cartes**
Presidente

Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 6

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).

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

Cuando el riesgo ha disminuido, el Tomador tiene derecho al reajuste de la prima por los períodos posteriores, de acuerdo a la tarifa aplicable al tiempo de la denuncia de la disminución (Art. 1577 C.C.).

RETICENCIA Y FALSA DECLARACIÓN CLÁUSULA 3.

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

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

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Art. 1549 del Código Civil, el Asegurador puede pedir la nulidad del contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Tomador 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 períodos transcurridos y del periodo en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 1552 C.C.).

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 7

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

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS CLÁUSULA 4.

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

PAGO DE LA PRIMA CLÁUSULA 5.

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

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

DENUNCIA DE SINIESTRO CLÁUSULA 6.

El Tomador, 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 Tomador 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.).

Es nulo el convenio que exonere al Asegurador de la responsabilidad de su mora (Art. 1592 C.C.).



Gustavo Cartes
Presidente

Bruno Fiorio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 8

**MORA AUTOMÁTICA
CLÁUSULA 7.**

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.).

**VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO
CLÁUSULA 8.**

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
CLÁUSULA 9.**

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

**REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO
CLÁUSULA 10.**

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

**VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR
CLÁUSULA 11.**

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.).



Gustavo Cartes
Presidente

Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 9

Cuando el Asegurador estimó el daño y reconoció el derecho del Asegurado o de su derechohabiente, éste puede reclamar un pago a cuenta, si el procedimiento para establecer la prestación debida no se hallase terminado un mes después de notificado el siniestro. El pago a cuenta no será inferior a la mitad de la prestación reconocida u ofrecida por el Asegurador (Art. 1593 C.C.).

Cuando la demora obedezca a omisión del Asegurado, el término se suspenderá hasta que éste cumpla las cargas impuestas por la ley o el contrato.

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

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLÁUSULA 12.

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 C.C.).

USO DE LOS DERECHOS POR EL TOMADOR O ASEGURADO

CLÁUSULA 13.

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

PRESCRIPCIÓN

CLÁUSULA 14.

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 incapacidad, 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.).

Tu Seguros S.A.



Gustavo Cartes
Presidente

Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. Nº 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 10

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

CLÁUSULA 15.

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

RESCISIÓN UNILATERAL

CLÁUSULA 16.

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 esta decisión a través de una nota con acuse de recibo esa decisión o por medio de correo electrónico en la dirección declarada por las partes.

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 (Art. 1562 C.C.).

Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de la prima, el Asegurador tendrá derecho al cobro de la prima única, o a la prima del período en curso (Art. 1575 C.C.).

PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

CLÁUSULA 17.

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los juzgados y tribunales ordinarios competentes de la ciudad de Asunción (Art. 1560 C.C.).

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

CLÁUSULA 18.

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.).

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 11

**CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS
SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR
HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

DEFINICIONES

CLÁUSULA 1.

Grupo Asegurado: personas físicas titulares de uno o varios créditos otorgados por el Tomador.

Cuota de Préstamo: importe de la cuota de amortizaciones mensual de un préstamo otorgado por la Entidad Financiera.

Asegurado: cliente persona física, titular de la deuda cuyo acreedor es la Entidad Financiera Contratante.

Cuenta: cuenta principal de la deuda emitida a nombre del Asegurado.

RIESGOS CUBIERTOS

CLÁUSULA 2.

En caso de Desempleo Involuntario del Asegurado, siempre que haya cumplido el periodo de carencia, la Aseguradora abonará al Tomador la cuota mensual vencida e impaga de Préstamos, con fecha de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha de Desempleo Involuntario del Asegurado, de manera directamente proporcional a la cantidad de días de desempleo del Asegurado en relación al total de días en el mes o al período mensual entre los vencimientos de las cuotas hasta un máximo establecido en las Condiciones Particulares y los Certificados Individuales.

En caso de hospitalización, la Aseguradora abonará al Tomador las cuotas impagas de Préstamos emitidos por el Tomador o con fechas de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha de internación del Asegurado en forma directamente proporcional a la cantidad de días de internación del Asegurado. La indemnización será calculada de manera directamente proporcional a la cantidad de días de internación del Asegurado en relación al total de días en el mes o al período mensual entre los vencimientos de las cuotas, hasta el máximo de días establecido en las Condiciones Particulares. El Asegurado debe permanecer hospitalizado un mínimo tres (3) días para que ser indemnizado, mientras la indemnización se pagará desde la fecha de internación.

PERSONAS ASEGURABLES Y COBERTURA

CLÁUSULA 3.

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 12

Tendrán la condición de Asegurados las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones:

- a) Los empleados permanentes (no temporales) dependientes, que cuenten con contrato de trabajo a término indefinido, en situación de alta en el Instituto de Previsión Social ("IPS") u otra entidad de Seguridad Social; quienes podrán ser cubiertos para el riesgo de:
 - i) Desempleo involuntario; y/o
 - ii) Hospitalización.
- b) Los trabajadores independientes profesionales y no profesionales; quienes podrán ser cubiertos para el riesgo de Hospitalización.

El Asegurador indemnizará por las pérdidas económicas que sufran los Asegurados que queden desempleados en forma involuntaria o queden hospitalizados por varios días quedando imposibilitados de generar ingresos para la amortización de su compromiso con el Tomador.

El modo de cobertura es base ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en el Certificado Individual emitido durante la vigencia de la póliza).

PERSONAS NO ASEGURABLES Y EDAD LÍMITE DE PERMANENCIA CLÁUSULA 4.

El Asegurado no podrá tener una edad inferior a dieciocho (18) años ni superior a la edad establecida en las Condiciones Particulares, o estar actualmente desocupado o sin realizar ninguna actividad por la cual perciba una contraprestación. Adicionalmente, no serán asegurables los interdictos, las personas con discapacidades físicas y mentales, paráliticos, epilépticos y toxicómanos.

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

El Asegurador será el responsable de controlar los datos provistos por el Tomador y podrá exigir, en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados. Si se verificará la existencia de un error, en que se haya otorgado la cobertura a una persona que no reúna los requisitos, el Asegurador asumirá la responsabilidad sobre las mismas.

DE LA SUMA ASEGURADA CLÁUSULA 5.



Gustavo Cartes
Presidente

Bruno Fiorio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17798

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 13

La suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares y/o Certificados Individuales, representa la responsabilidad máxima que asume el Asegurador por cada Asegurado, para los amparos que ofrece durante la vigencia de la póliza.

A efectos del presente contrato, se entiende por suma asegurada de cada Asegurado, a la sumatoria del monto de las cuotas de préstamo, hasta un límite de meses establecido en las Condiciones Particulares y Certificado Individual.

INFORMACIONES NECESARIAS

CLÁUSULA 6.

El Tomador deberá suministrar al Asegurador la nómina completa de todos los deudores asegurados a través de las Planillas de Declaración de Asegurados, igual información deberá proporcionar mensualmente de:

- a) todos los deudores nuevos registrados en el mes anterior y dentro de los diez (10) primeros días de cada mes siguiente al del otorgamiento;
- b) todos los deudores registrados con anterioridad cuyos créditos se encuentran vigentes y los certificados de cobertura deben ser renovados.
- c) los saldos de la cartera de créditos del Acreedor o Tomador provenientes de personas físicas que serán declarados mensualmente.

En las Planillas de Declaración de Asegurados deberá constar la nómina de los asegurables con sus datos (Nombres y Apellidos, Número de documento, Fecha de nacimiento, Capital o saldo de capital por persona, correo electrónico o número de celular para contacto) deberá facilitarse mediante medio magnético (Ej. archivo Excel) previo a la emisión de la póliza.

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

De acuerdo a la política de suscripción se solicitará o no la Declaración de Salud (Simple o Extendida) y/o estudios médicos (según requerimientos de asegurabilidad) a los Asegurados para que el riesgo sea aceptado.

El Asegurador podrá exigir, en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados.

ERRORES ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA 7.

 **Gustavo Cartes** Presidente

Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. Nº 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 14

Los errores administrativos que puedan producirse en las Solicitudes Individuales de Incorporación y/o planillas de declaración mensual de este seguro, no invalidarán un seguro en vigor ni continuarán uno ya terminado. Descubierta el error, se hará el reajuste correspondiente.

A. COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

BENEFICIARIO

CLÁUSULA 8.

La Aseguradora, comprobando el desempleo involuntario, pondrá a disposición del Tomador el importe de las cuotas de amortización e interés o un porcentaje de estas, devengadas en el periodo que comienza el día siguiente de la fecha en que haya quedado desempleado, por el periodo de tiempo que dure la misma. La indemnización será calculada de manera directamente proporcional a la cantidad de días de desempleo del Asegurado en relación al total de días en el mes o al período mensual entre los vencimientos de las cuotas, teniendo como límite máximo la cantidad de cuotas establecidas establecidos en las Condiciones Particulares.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

CLÁUSULA 9.

El beneficio acordado por esta cláusula es recurrente al acumulativo hasta alcanzar el plazo máximo establecida en las Condiciones Particulares. En cada desempleo involuntario del Asegurado, la Aseguradora abonará las cuotas de préstamos devengadas por el crédito a partir del día siguiente de cumplido el periodo de carencia de sesenta (60) días del nuevo desempleo involuntario del Asegurado. Es decir, si el Asegurado durante la vigencia de esta cláusula tuviera más de un desempleo involuntario, éstos se encuentran cubiertos de la misma forma que el primer desempleo involuntario, pero la duración de cada desempleo involuntario se acumula hasta alcanzar entre todos el plazo máximo establecido en las Condiciones Particulares, en cuyo caso, caduca la presente cláusula.

RIESGOS NO CUBIERTOS

CLÁUSULA 10.

La Aseguradora no pagará la indemnización prevista en esta cláusula cuando el desempleo involuntario se produjera por alguna de las siguientes causas:

- a) Cuando el desempleo involuntario del Asegurado se inicie dentro periodo de carencia de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de su cobertura (desde el desembolso del crédito), este periodo de carencia deberá cumplirse cada vez



Gustavo Cartes
Presidente

Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 15

- que se ingrese al seguro, independientemente que el Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior y haber quedado desempleado por menos de treinta (30) días.
- b) Conflicto de intereses, violación a reglas establecidas por, el empleador, omisión intencional de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, cuando dichas instrucciones sean legales e importantes para la actividad comercial del empleador e incumplimiento en la realización de las labores del empleo.
 - c) Programas anunciados por el empleador del Asegurado, previo a la fecha de inicio de vigencia de su cobertura, para reducir el personal o iniciar despidos que de una manera específica o general incluyan la categoría de trabajo del Asegurado.
 - d) Cuando el Asegurado sea autoempleado o funcionario que tenga un cargo de elección pública.
 - e) Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.
 - f) Renuncia o pérdida voluntaria de su empleo del Asegurado. Despido arbitrario del Asegurado, si no reclama en tiempo y forma contra la decisión empresarial.
 - g) Terminación de un contrato de trabajo de obra o tiempo determinado del Asegurado.
 - h) Despido justificado del Asegurado.
 - i) Cuando el Asegurado estuviera, en el mismo periodo en que se produzca el desempleo involuntario, percibiendo los beneficios cualquier seguro de Desempleo proveniente de cualquier entidad pública o privada.
 - j) Tentativa de suicidio del Asegurado.
 - k) Si es provocado deliberadamente por el acto ilícito del Asegurado (Art. 1671 C.C.).
 - l) Por duelo o riña salvo que se tratase de legítima defensa empresa o acto criminal (Art. 1672 C.C.).
 - m) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga, tumulto popular, paros o disputas laborales, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
 - n) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.
 - o) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
 - p) Por la práctica o el uso de la navegación aérea o aladeltismo.
 - q) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
 - r) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justa hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
 - s) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
 - t) Desempeño de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica y otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
 - u) Por enfermedades preexistentes.

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Fiorio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 16

- v) El trabajo del Asegurado era estacional, ocasional o temporal o el desempleo es característico del tipo de labor que desarrolla el Asegurado.
- w) El Asegurado se encuentra vinculado a través de un contrato de Prestación de Servicios.

COMPROBACION DEL DESEMPLEO INVOLUNTARIO

CLÁUSULA 11.

Requisitos para la configuración del siniestro:

- a) Denunciar el desempleo involuntario días hasta un máximo de ciento ochenta (180) del despido.
- b) Presentar las constancias que demuestren el desempleo involuntario, como ser, la comunicación de despido expedido por la patronal del Asegurado o cualquier otro medio fehaciente que contemple la legislación vigente.
- c) Copia de Cédula de Identidad
- d) Facilitar cualquier comprobación por la Aseguradora con los gastos a cargo de ésta.
- e) Estado del préstamo a la fecha de denuncia.

La Aseguradora podrá solicitar, en caso de que lo crea necesario, una constancia del Empleador explicando los motivos que originan el desempleo.

CONTINUIDAD DEL DESEMPLEO INVOLUNTARIO

CLÁUSULA 12.

No obstante haberse reconocido como involuntario el desempleo del Asegurado, al acordarse el beneficio correspondiente, éste solo continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez cada tres (3) meses una declaración jurada que se encuentra aún desempleado y autorizando su verificación en Instituto de Previsión Social ("IPS") u otra entidad de Seguridad Social debidamente firmado.

Si el desempleo involuntario que afectaba al Asegurado cesara, esta cláusula se rehabilitará reduciendo la suma asegurada.

TERMINACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

CLÁUSULA 13.

La cobertura del riesgo de desempleo involuntario prevista en esta cláusula cesará, para cada Asegurado, en las siguientes circunstancias:

- a) Al caducar la póliza y/o dejar de pertenecer el Asegurado al grupo de personas asegurables por cualquier causa.

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 17

- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad establecida en las Condiciones Particulares.
- c) Cancelación o transferencia de la deuda.
- d) Cuando sea indemnizado en su totalidad, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares; o
- e) Cuando el Asegurado no comunique la vigencia de la cesantía, en los términos de estas Condiciones Particulares Específicas.

Cuando la deuda es refinanciada con anterioridad a la fecha de vencimiento estipulada, este seguro terminará en el mismo momento en que firme la documentación del nuevo préstamo, debiendo el Tomador comunicar este hecho al Asegurador a los efectos de extender la nueva cobertura, bajo pena de caducidad de todo derecho.

B. COBERTURA DE HOSPITALIZACION

EXCLUSIONES

CLÁUSULA 14.

La Aseguradora no pagará el beneficio estipulado en la presente póliza, si el Asegurado sufriera una internación a consecuencia de:

- a) Afecciones provocadas por el propio Asegurado, sano o con trastornos mentales, incluyendo tentativa de suicidio.
- b) Alteraciones producidas por el uso de drogas, tóxicos, alcohol y psicofármacos.
- c) Afecciones como consecuencia del embarazo y parto y licencia maternal reglamentaria.
- d) Aborto no espontáneo y sus complicaciones.
- e) Incapacidad producida por enfermedades crónicas: cardiorrespiratorias, neurológicas, músculo esqueléticas, metabólicas y urogenitales, y cualesquiera otras dolencias preexistentes o crónicas conocidas o no por el usuario al momento del comienzo de la cobertura. Incluso sus agudizaciones o consecuencias, salvo pacto en contrario.
- f) Tratamientos de rejuvenecimiento o cirugía estética.
- g) Afecciones físicas o mentales como consecuencia de actos u operaciones de guerra, revolución, tumultos y otras perturbaciones que alteren el orden público y de las producidas por radiaciones y/o emanaciones nucleares o ionizantes.
- h) Afecciones psiquiátricas incluyendo aquellas que exijan tratamiento de psicoanálisis, psicoterapia y cura del sueño.
- i) Inseminación y actos quirúrgicos con fines de esterilización o fertilización de ambos sexos, cambio de sexo y sus consecuencias.
- j) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) con toda su patología.
- k) Trasplante e implante de órganos, diálisis peritoneal y hemodiálisis.
- l) Afecciones de columna vertebral excepto las fracturas traumáticas.


Bruno Fiorio Carrizosa
 Abogado
 Mat. N° 17796

 **Gustavo Cartes**
 Presidente

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 18

- m) Cuando el Asegurado fuera un deportista profesional, y el origen de la lesión que motive la internación se produjera durante la practica especifica de su profesión.
- n) Accidentes causados por infracción grave del Asegurado a los beneficiarios del Seguro a las Leyes, ordenanzas Municipales, y Decretos relativos a la seguridad de las personas.
- o) Participación como conductor o integrante de equipos de competencia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción de sangre, o en justa hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos)
- p) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
- q) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajeros de transporte aéreo regular.
- r) Guerra que no comprenda a la Nación paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.
- s) Acto ilícito provocado por el Asegurado (Art. 1671 C.C.).
- t) Participación en empresa criminal, duelo o por la aplicación legítima de la pena de muerte (Art. 1672 C.C.).
- u) Acontecimiento catastrófico provocado por la energía nuclear.
- v) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- w) Las consecuencias de enfermedad o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro.
- x) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de caballo, automóviles, motocicletas y de lanchas; otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.
- y) La práctica o desarrollo de actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.

INDEMNIZACIONES

CLÁUSULA 15.

En caso de hospitalización, la Aseguradora abonará al Tomador las cuotas impagas de préstamos o con fechas de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha de internación del Asegurado en forma directamente proporcional a la cantidad de días de internación del Asegurado. La indemnización será calculada de manera directamente proporcional a la cantidad de días de internación del Asegurado en relación al total de días en el mes o al período mensual entre los vencimientos de las cuotas, hasta el máximo de días establecido en las Condiciones Particulares. El Asegurado debe permanecer hospitalizado un mínimo

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Fiorio Carrizosa
Abogado
Mat. Nº 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 19

tres (3) días para ser indemnizado, mientras la indemnización se pagará desde la fecha de internación.

El total a indemnizar por la Aseguradora, por los siniestros ocurridos dentro del periodo de vigencia de la póliza de seguro, será el equivalente al máximo de días indicado en las Condiciones Particulares.

En el caso que la póliza de seguro caducará por falta de pago durante el periodo que corresponda al pago de la amortización de la deuda, el derecho a la misma también caducará.

DENUNCIA DE SINIESTRO CLÁUSULA 16.

La denuncia del siniestro a reclamar deberá ser presentada a la Aseguradora hasta un máximo de ciento ochenta (180) días de la internación de una institución médica asistencial, pública o privada.

Requisitos para la configuración del siniestro:

- a) Denunciar la hospitalización o internación.
- b) Certificado de Internación de la institución correspondiente.
- c) Copia de Cédula de Identidad.

COMPROBACION DE LA INTERNACION CLÁUSULA 17.

Corresponde al Asegurado dar prueba de la internación mediante un certificado, constancia o liquidación de la internación expedido por el centro médico donde se haya hospitalizado. La Aseguradora, además, podrá exigirle al Asegurado en cualquier ocasión las pruebas necesarias de la continuación de la internación, sin perjuicio de la facultad que se reserva de obtenerlas por sus propios medios. El Asegurado releva a tales efectos el secreto profesional.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA POR HOSPITALIZACIÓN CLÁUSULA 18.

La validez del beneficio que otorga la presente póliza cesará automáticamente cuando:

- a) Lo solicite el Tomador de la póliza de seguro que figura en las Condiciones Particulares, en cualquier vencimiento de la póliza.
- b) El Asegurado cumpla la edad establecida en las Condiciones Particulares.

 **Gustavo Cartes**
Presidente

Tu Seguros S.A.


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 20

- c) El Asegurado niegue a la Aseguradora la posibilidad de comprobar que la incapacidad continúa.
- d) Cancelación o transferencia de la deuda.
- e) Cuando sea indemnizado en su totalidad, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares.
- f) Cuando el Asegurado no comunique oportunamente la vigencia de la hospitalización, en los términos de estas Condiciones Particulares Específicas.

Cuando la deuda es refinanciada con anterioridad a la fecha de vencimiento estipulada, este seguro terminará en el mismo momento en que firme la documentación del nuevo préstamo, debiendo el Tomador comunicar este hecho al Asegurador a los efectos de extender la nueva cobertura, bajo pena de caducidad de todo derecho.

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 21

CONDICIONES PARTICULARES – CARATULA

Tu Seguros S.A.
(dirección a completar)
Tel. 595 21 xxx xxxx.
Asunción - Paraguay
www.tuseguros.com.py

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Cía.	Sección	Póliza	Endoso
Tomador			RUC
Domicilio:		Ciudad:	
Correo electrónico:			
Teléfono:		Celular:	
Lugar y Fecha de Emisión	Vigencia desde lashs del.....	Hasta desde lashs del.....	Capital Asegurado
Entre TU SEGUROS S.A., con domicilio en la calle XXXX, de la ciudad de Asunción, en adelante el "Asegurador" y quien precedentemente se designa con el nombre de "Tomador", conforme a la propuesta por él presentado, celebran un contrato de seguros, sujeto a las Condiciones Particulares, Condiciones Particulares Específicas, Condiciones Generales Comunes, convenidos y aceptados para ser efectuados de buena fe, y que se anexan a la presente Póliza formando parte integrante de la misma.			
Objeto del seguro: Beneficiarios: Tomador y/o Acreedor – Banco XXX			

Coberturas

- Amortización de Deudas por Desempleo Involuntario hasta Gs. XXX, acumulado anual por Asegurado.
- Amortización de Deudas por Hospitalización hasta Gs. XXX acumulado anual por Asegurado.

Edad de entrada:

Edad de salida:

Límite de cantidad de cuotas de préstamos o días cubiertos: ... cuotas o su equivalente en...
Días.

Límite de días de hospitalización:



Gustavo Cartes
Presidente


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. Nº 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE
PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO
INVOLUNTARIO

Pág. 22

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

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

De manera alternativa se indicar la tasa % sobre el capital cubierto.

Forma de indemnización: A Primer Riesgo Absoluto

Modo de cobertura: Base Ocurrencia

Periodos de carencia: Desempleo involuntario: sesenta (60) días

Cuando el texto de la Póliza difiere del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza (Artículo 1556 Código Civil).

Esta Compañía está autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros según:
Resolución SS.SG. N°: _____
Fecha: dd/mm/aaaa

El texto de esta póliza ha sido inscrito en el Plan de Seguro registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el Código segúnh) de la Ley N° 827/96 De Seguros.
La copia facsimilar actualizada del modelo de póliza inscrito en el Registro Público de Modelos de Pólizas con todos sus componentes se encuentra en www.tuseguros.com.py/... «información a completar»

En caso de utilización de firmas digitales, electrónicas o facsimilares, los representantes legales de la Compañía reconocen expresamente y se obligan a asumir las obligaciones inherentes a los contratos a través de los registros habilitados, por cuenta y riesgo de la Compañía.

Se deja constancia que, según lo expresado por el asegurado en la propuesta de seguros, esta póliza fue emitida en formato electrónico y remitida a la/s dirección/es de correo electrónico/s y/o número/s de celular/es proveídos por el asegurado en la propuesta de seguros.
Así mismo toda notificación enviada por la compañía desde las direcciones de correo electrónico bajo el dominio de @tuseguros.com.py o desde la línea de celular [información a completar], como Avisos de Recisión de Contrato de Seguro, Notas de

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Fiorio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 23

Rechazo de Siniestros u otras, se considerarán como correspondencias oficiales para todos los aspectos legales.	
Agente:	Matricula:
Tel:	Dirección:
La presente póliza consta de hojas.	

**Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. Nº 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

3. Modelo de Certificado Individual

Tu Seguros S.A.
(dirección a completar)
Tel. 595 21 xxx xxxx.
Asunción - Paraguay
www.tuseguros.com.py

**CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR
HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

Cía.	Sección	Póliza	Endoso
Certificado N°			
Por el presente, CERTIFICAMOS que			
....., cuya operación de crédito ha sido realizada con EL CONTRATANTE, está cubierto con una Póliza de Seguro de Amortización de Deudas de Préstamos por Hospitalización y/o Desempleo Involuntario emitida por nuestra Compañía.			
Tomador		RUC	
Asegurado		C.I.	
Dirección			
Lugar y Fecha de Emisión	Vigencia desde lashs del.....	Hasta desde lashs del.....	Capital Asegurado

COBERTURA		CAPITAL MAXIMO	
Desempleo involuntario			
Hospitalización			
Monto del Crédito:		PLAZO DEL CRÉDITO:	
Fecha de Cancelación:		FORMA DE AMORTIZACIÓN:	
Monto de la Cuota:			
Beneficiarios: Tomador- Banco XXX			

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

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


Gustavo Cartes
 Presidente
 Tu Seguros S.A.



Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 25

De manera alternativa se indicar la tasa % sobre el capital cubierto.
Límite de cantidad de cuotas de préstamos o días cubiertos: ... cuotas o su equivalente en... Días.
Límite de días de hospitalización:
Periodos de carencia: Desempleo involuntario: sesenta (60) días
La copia facsimilar actualizada del modelo de póliza inscrito en el Registro Público de Modelos de Pólizas con todos sus componentes se encuentra en www.tuseguros.com.py/ ...«información a completar»
En caso de utilización de firmas digitales, electrónicas o facsimilares, los representantes legales de la Compañía reconocen expresamente y se obligan a asumir las obligaciones inherentes a los contratos a través de los registros habilitados, por cuenta y riesgo de la Compañía.

RIESGOS CUBIERTOS

En caso de Desempleo Involuntario del Asegurado, siempre que haya cumplido el periodo de carencia (desde el desembolso del crédito), la Aseguradora abonará al Tomador la cuota mensual vencida e impaga de Préstamos, con fecha de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha de Desempleo Involuntario del Asegurado, de manera directamente proporcional a la cantidad de días de desempleo del Asegurado en relación al total de días en el mes o al período mensual entre los vencimientos de las cuotas hasta un máximo establecido en las Condiciones Particulares y los Certificados Individuales.

En caso de hospitalización, la Aseguradora abonará al Tomador las cuotas impagas de préstamos emitidos por el Tomador o con fechas de vencimiento inmediatamente posterior a la fecha de internación del Asegurado en forma directamente proporcional a la cantidad de días de internación del Asegurado. La indemnización será calculada de manera directamente proporcional a la cantidad de días de internación del Asegurado en relación al total de días en el mes o al período mensual entre los vencimientos de las cuotas, hasta el máximo de días establecido en las Condiciones Particulares. El Asegurado debe permanecer hospitalizado un mínimo tres (3) días para ser indemnizado, mientras la indemnización se pagará desde la fecha de internación.

PERSONAS ASEGURABLES Y COBERTURA

Tendrán la condición de Asegurados las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones:

- a) Los empleados permanentes (no temporales) dependientes, que cuenten con contrato de trabajo a término indefinido, en situación de alta del Instituto de Previsión Social ("IPS") u otra entidad de Seguridad Social; quienes podrán ser cubiertos para el riesgo de:
 - i) Desempleo involuntario; y/o
 - ii) Hospitalización.

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Fiorio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 26

b) Los trabajadores independientes profesionales y no profesionales; quienes podrán ser cubiertos para el riesgo de Hospitalización.

El Asegurador indemnizará por las pérdidas económicas que sufran los Asegurados que queden desempleados en forma involuntaria o queden hospitalizados por varios días quedando imposibilitados de generar ingresos para la amortización de su compromiso con el Tomador.

El modo de cobertura es base ocurrencia (la fecha del siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura establecido en el Certificado Individual emitido durante la vigencia de la póliza).

PERSONAS NO ASEGURABLES Y EDAD LÍMITE DE PERMANENCIA

El Asegurado no podrá tener una edad inferior a dieciocho (18) años ni superior a la edad establecida en las Condiciones Particulares, o estar actualmente desocupado o sin realizar ninguna actividad por la cual perciba una contraprestación. Adicionalmente, no serán asegurables los interdictos, las personas con discapacidades físicas y mentales, paráliticos, epilépticos y toxicómanos.

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

El Asegurador será el responsable de controlar los datos provistos por el tomador y podrá exigir, en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados. Si se verificara la existencia de un error, en que se haya otorgado la cobertura a una persona que no reúna los requisitos, el Asegurador asumirá la responsabilidad sobre las mismas.

RIESGOS NO CUBIERTOS

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el desempleo involuntario se produjera por alguna de las siguientes causas:

- a) Cuando el desempleo involuntario del Asegurado se inicie dentro periodo de carencia de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de su cobertura (desde el desembolso del crédito), este periodo de carencia deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, independientemente que el Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior y haber quedado desempleado por menos de treinta (30) días.
- b) Conflicto de intereses, violación a reglas establecidas por, el empleador, omisión intencional de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, cuando dichas instrucciones sean legales e importantes para la actividad comercial del empleador e incumplimiento en la realización de las labores del empleo.
- c) Programas anunciados por el empleador del Asegurado, previo a la fecha de inicio de vigencia de su cobertura, para reducir el personal o iniciar despidos que de una manera específica o general incluyan la categoría de trabajo del Asegurado.
- d) Cuando el Asegurado sea autoempleado o funcionario que tenga un cargo de elección pública.
- e) Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.



Gustavo Cartes
Presidente

Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. Nº 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 27

- f) Renuncia o pérdida voluntaria de su empleo del Asegurado. Despido arbitrario del Asegurado, si no reclama en tiempo y forma contra la decisión empresarial.
- g) Terminación de un contrato de trabajo de obra o tiempo determinado del Asegurado.
- h) Despido justificado del Asegurado.
- i) Cuando el Asegurado estuviera, en el mismo periodo en que se produzca el desempleo involuntario, percibiendo los beneficios cualquier seguro de Desempleo proveniente de cualquier entidad pública o privada.
- j) Tentativa de suicidio del Asegurado.
- k) Si es provocado deliberadamente por el acto ilícito del Asegurado (Art. 1671 C.C.).
- l) Por duelo o riña salvo que se tratase de legítima defensa empresa o acto criminal (Art. 1672 C.C.).
- m) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga, tumulto popular, paros o disputas laborales, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- n) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.
- o) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- p) Por la práctica o el uso de la navegación aérea o aladeltismo.
- q) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- r) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justa hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- s) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- t) Desempeño de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica y otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- u) Por enfermedades preexistentes.
- v) El trabajo del Asegurado era estacional, ocasional o temporal o el desempleo es característico del tipo de labor que desarrolla el Asegurado.
- w) El Asegurado se encuentra vinculado a través de un contrato de Prestación de Servicios.

La Aseguradora no pagará el beneficio estipulado en la presente póliza, si el Asegurado sufriera una internación a consecuencia de:

- a) Afecciones provocadas por el propio Asegurado, sano o con trastornos mentales, incluyendo tentativa de suicidio.
- b) Alteraciones producidas por el uso de drogas, tóxicos, alcohol y psicofármacos.
- c) Afecciones como consecuencia del embarazo y parto y licencia maternal reglamentaria.
- d) Aborto no espontáneo y sus complicaciones.
- e) Incapacidad producida por enfermedades crónicas: cardiorrespiratorias, neurológicas, músculo esqueléticas, metabólicas y urogenitales, y cualesquiera otras dolencias

Tu Seguros S.A.



Gustavo Cartes
Presidente

Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 28

- preexistentes o crónicas conocidas o no por el usuario al momento del comienzo de la cobertura. Incluso sus agudizaciones o consecuencias, salvo pacto en contrario.
- f) Tratamientos de rejuvenecimiento o cirugía estética.
 - g) Afecciones físicas o mentales como consecuencia de actos u operaciones de guerra, revolución, tumultos y otras perturbaciones que alteren el orden público y de las producidas por radiaciones y/o emanaciones nucleares o ionizantes.
 - h) Afecciones psiquiátricas incluyendo aquellas que exijan tratamiento de psicoanálisis, psicoterapia y cura del sueño.
 - i) Inseminación y actos quirúrgicos con fines de esterilización o fertilización de ambos sexos, cambio de sexo y sus consecuencias.
 - j) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) con toda su patología.
 - k) Trasplante e implante de órganos, diálisis peritoneal y hemodiálisis.
 - l) Afecciones de columna vertebral excepto las fracturas traumáticas.
 - m) Cuando el Asegurado fuera un deportista profesional, y el origen de la lesión que motive la internación se produjera durante la práctica específica de su profesión.
 - n) Accidentes causados por infracción grave del Asegurado a los beneficiarios del Seguro a las Leyes, ordenanzas Municipales, y Decretos relativos a la seguridad de las personas.
 - o) Participación como conductor o integrante de equipos de competencia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción de sangre, o en justa hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos)
 - p) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
 - q) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajeros de transporte aéreo regular.
 - r) Guerra que no comprenda a la Nación paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.
 - s) Acto ilícito provocado por el Asegurado (Art. 1671 C.C.).
 - t) Participación en empresa criminal, duelo o por la aplicación legítima de la pena de muerte (Art. 1672 C.C.).
 - u) Acontecimiento catastrófico provocado por la energía nuclear.
 - v) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
 - w) Las consecuencias de enfermedad o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro.
 - x) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de caballo, automóviles, motocicletas y de lanchas; otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.



Gustavo Cartes
Presidente

Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Tu Seguros S.A.

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 29

- y) La práctica o desarrollo de actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar este seguro o durante su vigencia.

COMPROBACION DEL DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Requisitos para la configuración del siniestro:

- a) Denunciar el desempleo involuntario días hasta un máximo de ciento ochenta (180) días del despido.
- b) Presentar las constancias que demuestren el desempleo involuntario, como ser, la comunicación de despido expedido por la patronal del Asegurado o cualquier otro medio fehaciente que contemple la legislación vigente.
- c) Copia de Cédula de Identidad
- d) Facilitar cualquier comprobación por la Aseguradora con los gastos a cargo de ésta.
- e) Estado del préstamo a la fecha de denuncia.

La Aseguradora podrá solicitar, en caso de que lo crea necesario, una constancia del Empleador explicando los motivos que originan el desempleo.

Cobertura de hospitalización

La denuncia del siniestro a reclamar deberá ser presentada a la Aseguradora hasta un máximo de ciento ochenta (180) días siguientes a la internación de una institución médica asistencial, pública o privada.

Requisitos para la configuración del siniestro:

- a) Denunciar la hospitalización o internación
- b) Certificado de Internación de la institución correspondiente.
- c) Copia de Cédula de Identidad.

ERRORES ADMINISTRATIVOS

Los errores administrativos que puedan producirse en las Solicitudes Individuales de Incorporación y/o planillas de declaración de este seguro, no invalidarán el seguro en vigor ni continuarán uno ya terminado. Descubierto el error, se hará el reajuste correspondiente.

 **Gustavo Cartes**
Presidente


Bruno Fiorio Carrizosa
Abogado
Mat. Nº 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 30

4. Modelo de Propuesta

Tu Seguros S.A.
(dirección a completar)
Tel. 595 21 xxx xxxx.
Asunción - Paraguay
www.tuseguros.com.py

MODELO DE PROPUESTA SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Cía.	Sección	Póliza	Endoso
Tomador			RUC
Dirección Comercial	Teléf.	E-mail:	
Lugar y Fecha de Emisión	Vigencia desde lashs del.....	Hasta desde lashs del.....	Capital Asegurado
Beneficiarios: Tomador- Banco XXX			

Coberturas

- a) Amortización de Deudas por Desempleo Involuntario hasta Gs.XXX, acumulado anual por Asegurado.
- b) Amortización de Deudas por Hospitalización hasta Gs. XXX acumulado anual por Asegurado.

Edad de entrada:

Edad de salida:

Límite de cantidad de cuotas de préstamos o días cubiertos: ... cuotas o su equivalente en... Días.

Límite de días de hospitalización:

De manera alternativa se indicar la tasa % sobre el capital cubierto.
Forma de Indemnización: A Primer Riesgo Absoluto
Modo de cobertura: Base Ocurrencia
Periodos de carencia:
Desempleo involuntario: sesenta (60) días

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	
Premio:	

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

 **Gustavo Cartes**
Presidente

Tu Seguros S.A.


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés	
Costo del Financiamiento:	
COSTO FINAL:	

Fecha:	Monto:

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. 1556° del Código Civil Paraguayo).

Firma Agente / Corredor de Seguro
N° Matrícula:

Lugar y Fecha:

Conformidad del Proponente



Gustavo Cartes
Presidente


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 32

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO

Tu Seguros S.A.
(dirección a completar)
Tel. 595 21 xxx xxxx.
Asunción - Paraguay
www.tuseguros.com.py

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

El abajo firmante solicita a TU SEGURO S.A., con domicilio en XXXX, mi incorporación como asegurado al Seguro de Amortización de Deudas de Préstamos por Desempleo Involuntario u Hospitalización N', emitido a favor de: <INSTITUCIÓN FINANCIERA>, en su calidad de Tomador/Contratante, basado en las siguientes declaraciones:

DATOS DEL ASEGURABLE

NOMBRE Y APELLIDO:	NACIONALIDAD:
PROFESIÓN / OCUPACIÓN:	ESTADO CIVIL:
FECHA DE NACIMIENTO:	DOCUMENTO:
DOMICILIO PARTICULAR:	TELEFONO:
DOMICILIO COMERCIAL:	TELEFONO:
MONTO DEL CRÉDITO:	PLAZO:
FECHA DE CANCELACIÓN:	ANTIGÜEDAD LABORAL:
MONTO DE LA CUOTA:	

COBERTURA	CAPITAL MAXIMO
Desempleo involuntario	
Hospitalización	
Forma de Indemnización: A Primer Riesgo Absoluto	
Modo de cobertura: Base Ocurrencia	
Periodos de carencia:	
Desempleo involuntario: sesenta (60) días	

CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO	
Prima:	
I.V.A. s/ Prima:	

DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Monto financiado:	
Tasa de interés	X%

Tu Seguros S.A.



Gustavo Cartes
Presidente

Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. Nº 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Premio:	
Interés por financiamiento:	
I.V.A. s/ Interés	
Costo del Financiamiento:	
COSTO FINAL:	

Vencimientos	
Fecha:	Monto:

De manera alternativa se indicar la tasa % sobre el capital cubierto.
 Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Artículo 1556 Código Civil).

DECLARACIÓN DE SALUD

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR LA ENFERMEDAD ESPECÍFICA.

Ha sido usted alguna vez tratado para o ha tenido alguna indicación conocida de:

a) Falta de respiración, persistencia de ronquera o tos, escupir sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o desorden crónico respiratorio? No Sí

Favor indique si toma algún tipo de medicamento o sigue tratamiento:

b) Palpitaciones dolorosas del pecho, presión alta, fiebre reumática, murmullos en el corazón, ataque cardíaco o cualquier otro desorden del corazón o de las arterias? No Sí

Favor indique si toma algún tipo de medicamento o sigue tratamiento:

c) Diabetes, tiroides o cualquier desorden glandular? No Sí

Favor indique si sigue algún tipo de tratamiento:

d) Desorden de la piel, glándulas linfáticas, ¿quiste, tumor o cáncer? No Sí

Favor indique si sigue algún tipo de tratamiento:

e) Consumo de alcohol, tabaco o drogas? No Sí

¿En caso afirmativo, indicar tipo o cantidad diaria?

f) Cualquier desorden mental o físico no mencionado aquí?

g) ¿Se le ha aconsejado tomar una prueba para un diagnóstico, Hospitalización para cirugía no completada? No Sí

Favor especifique:

 **Gustavo Cartes**
 Presidente

Tu Seguros S.A.


Bruno Fiorio Carrizosa
 Abogado
 Mat. Nº 17796

Denominación del Plan: SEGURO DE AMORTIZACION DE DEUDAS DE PRESTAMOS POR HOSPITALIZACION Y/O DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Pág. 34

- h) Ha sido o está siendo analizado, tratado, consultado o informado de tener SIDA?
 No Sí
- i) Ha sufrido algún accidente, herida u operación quirúrgica grave durante los cinco últimos años? No Sí
- Favor especifique:

-
- j) Ha contraído Usted el Covid-19 (SARS-CoV-2) o se encuentra en aislamiento por sospecha de contagio? No Sí
- k) Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina fiebre acompañada de alguno de los siguientes síntomas: No Sí
 tos, dificultades respiratorias, fatiga, debilidad/malestar, producción de esputo/expectoración (flemas), dolor de garganta, falta de apetito, dolores musculares?

Por la presente confirmo que no he sufrido ninguna enfermedad que haya requerido tratamiento de un médico especialista y que tampoco he sido sometido a ninguna intervención quirúrgica durante los últimos dos años.

En caso contrario indico detalles a continuación:

.....

Declaro haber leído el cuestionario que antecede y que las respuestas son verdaderas y como tales las reconozco, aun cuando no estuvieran escritas de mi puño y letra. Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, hacen nulo el seguro.

Se hace constar, a pedido del Asegurado, que en caso de siniestro, los derechos a la indemnización que pudieren corresponder por la póliza queda transferido a favor de XXXX con R.U.C. XXX en carácter de Acreedor(a) hasta el límite de la suma adeudada por el Asegurado a dicho acreedor, especificado en las Condiciones Particulares. De existir saldo una vez cancelado lo adeudado corresponderá a los beneficiarios de la póliza.

Asimismo, queda acordado entre las partes, que en caso de que el Cliente renueve la presente operación de préstamo antes de la finalización del plazo previsto, las pólizas de seguro aplicables a la presente operación no serán canceladas, sino que continuarán vigentes hasta la finalización del plazo convenido en las mismas, beneficiando al Cliente con una cobertura adicional que se aplicará a su operación de renovación, además de las pólizas que se contratarán con el nuevo contrato de préstamo

Firma y sello del
Agente

Lugar y Fecha

 **Gustavo Cartes**
Presidente

Tu Seguros S.A.

Firma del
Deudor/Asegurado


Bruno Florio Carrizosa
Abogado
Mat. N° 17796

