

**SECCION**  
**SEGURO COLECTIVO**  
**SEGURO DE SALUD**

**CODIGO**  
**18-0070**



BANCO CENTRAL DEL PARAGUAY

Superintendencia de Seguros

NOTA SS.SG. N° 087/11

Nuestra Visión: Ser una Institución independiente que desarrolle una gestión eficiente y creíble, basada en la excelencia de sus valores y talentos, reconocida en el ámbito nacional e internacional.

Asunción, 28 de febrero de 2011

Señor  
**GERARDO TORCIDA CONEJERO**, Presidente  
**ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.**  
Asunción, Paraguay

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a usted, en virtud a lo dispuesto en las Resoluciones SS.SG. N° 292/07 del 12 de diciembre de 2007 y 024/10 del 5 de marzo de 2010, ambas de la Superintendencia de Seguros, que autorizan a la Intendencia de Estudios Técnicos y Actuariales a efectuar inscripciones de planes de seguros, sus elementos técnicos y contractuales, así como las modificaciones requeridas y emitir la constancia correspondiente.

En este contexto y de conformidad al INFORME del Equipo de Inspectores N° 1 de la SIS, de fecha 11 de febrero de 2011 y la providencia en él inserta, el texto del plan de seguro presentado por su compañía en fecha 7 de febrero de 2011 que modifica al texto presentado por nota con entrada N° 220/10, en fecha 09 de diciembre de 2010, cuya copia se adjunta, ha sido inscripto en el Registro Público de Modelos de Pólizas de Seguros a nombre de su empresa, con la expresa salvedad que: **“se consideraran como no inscriptos los textos de cláusulas que fundamenten el ejercicio leonino de derechos o manifestantes arbitrarios o que induzcan a error al asegurado. Igualmente, serán considerados como no inscriptas las cláusulas que fundamenten el ejercicio que se opongan a las prescripciones legales”**.

Advertimos, que no serán considerados como inscriptos los planes de seguros patrimoniales cuando de su aplicación surjan elementos técnicos exclusivos del ramo vida de largo plazo (v.g.: constitución de reservas matemáticas, constitución de fondos de acumulación, pago de rentas, etc.)

Atentamente.

  
**MARIO B. RIVEROS MORINIGO**  
Jefe División Estudios Actuariales

  
**DERLIS PENAYO RAMÍREZ**  
Intendente Estudios Técnicos y Actuariales



REGISTRO IDENTIFICADOR DEL PLAN DE SEGURO		
SECCIÓN	MODALIDAD	CODIGO REGISTRO N°
SEGURO DE SALUD	SEGURO DE SALUD	18-0070

OBS.: El presente registro deja firme el Registro Condicional efectuado por NOTA SS.SG. N° 626/10 de fecha 24/12/2010, bajo el mismo Código de identificación asignado en la misma.

C.C.: Superintendente de Seguros

Nuestra Visión: Preservar y velar por la estabilidad del valor de la moneda, promover la eficacia y estabilidad del sistema financiero.



# asepasa salud

Israel N° 309 y Río de Janeiro  
Tel: (595-21) 215 086 (R.A.), Fax: (595-21) 222 217  
email: [asepasa@asepasa.com.py](mailto:asepasa@asepasa.com.py) / [www.asepasa.com.py](http://www.asepasa.com.py)  
Casilla de Correo 277  
Asunción - Paraguay

  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO ABUJUELA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan Pag. 1  
Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



Asunción, 28-Febrero-2011  
El presente plan de seguros ha sido registrado  
por la Superintendencia de Seguros bajo el  
código N° 18-0070  
NOTA SS.SG.N° 087/11  
DESCRIPCION DEL PLAN Fecha: 28/02/11

A: La finalidad del Plan es el registro de la modalidad de SEGURO DE SALUD, el registro de propuesta de seguro, las declaraciones de salud, solicitud de reembolso de gastos, propuesta de reclamo de cobertura, así como las Condiciones particulares y frente de liquidación de póliza, condiciones específicas; condiciones generales comunes y condiciones generales. **Además de adjuntar el contrato de reaseguro.**

A.1: Será indemnizado el siniestro cubierto del paciente asegurado titular o adherentes del grupo familiar del titular, incluidos en la propuesta y en la póliza. Ya sea en los gastos incurridos por el mismo o a la red de prestadores médicos, sanatorios, u hospitales dentro y fuera del Territorio Paraguayo, los cuales hayan prestado atención medica profesional a los titulares o sus adherentes, incorporados en la póliza de salud, emitida y vigente.

A.2: Las partes que suscribirán el contrato de Seguros son el asegurado, titular, sobre el cual la Compañía de Seguros otorgará la cobertura de salud requerida dentro de los alcances del contrato suscripto entre las partes y propuesto a la compañía. Y podrán contar con adherentes cuya incorporación al Plan será propuesta por el titular de la póliza y firmante de la propuesta de seguros, al igual que los mismos adherentes mayores de edad firmaran las solicitudes de declaración de buena salud o de inspección médica profesional.

A.3: La duración normal de la cobertura, será de un año, renovable dentro de cuyo contexto se emitiría el presente tipo de póliza y en caso de anulación anticipada, se aplicará el procedimiento de anulación de la prima a prorrata, salvo pacto en contrario con el Asegurado.

A.4: Las partes componentes, son las condiciones generales, extraídas del Código Civil Paraguayo vigente. Las condiciones generales comunes, las condiciones específicas, o los endosos específicos de cada cobertura y las condiciones particulares, además de la propuesta de seguros, las declaraciones de salud, planilla de adherentes; solicitud de reembolso de gastos, certificado, propuesta de reclamo de cobertura que forman parte integrante de la póliza.

A.5: No se firmarán convenios con otras empresas del ramo (salvo los eventuales coaseguros) y las que sean necesarias para la red de prestadores, sean estos médicos, sanatorios, hospitales, laboratorios, farmacias relacionados a la salud, requeridas habitualmente para este tipo de coberturas, además del reaseguro respectivo, el cual a su vez cuenta con una red de prestadores internacionales.

A.6: El criterio del cálculo de primas, será con fuente externa (reaseguro automático de contrato suscripto o facultativo), **que están dentro de las capacidades de contrato, en base a la evaluación, análisis y estadísticas de la compañía de Reaseguros en coordinación con la Gerencia Técnica de la compañía de seguros.**

  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
 Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
 Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



Empresario de la compañía  
 Número de póliza



**Solicitud de Seguro de Salud Individual**

La compañía se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o se requiere información adicional.



Póliza Nueva  Dependientes Adicionales  Cambio de Plan

**1 INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre de los solicitantes (asegurado principal/dependientes)	Relación con el Titular	Estado civil*	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Peso	Estatura
Nombre: _____ Apellido: _____	Titular		...../...../.....	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	___kg	___m
Nombre: _____ Apellido: _____			...../...../.....	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	___kg	___m
Nombre: _____ Apellido: _____			...../...../.....	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	___kg	___m
Nombre: _____ Apellido: _____			...../...../.....	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	___kg	___m
Nombre: _____ Apellido: _____			...../...../.....	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	___kg	___m
Nombre: _____ Apellido: _____			...../...../.....	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	___kg	___m

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si es utilizada, marque aquí para confirmar:

\*S-soltero/a C-casado/a CO-concubino/a D-divorciado/a V-viudo/a

**2 PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA**

Favor escoger el producto: Global  Latino  Corporativo  Cobertura: S1000  M2000

Favor escoger la franquicia: 3000  5000  7500  10000  15000  20000  Otro: \_\_\_\_\_

Cobertura adicional: Seguro de Viajero Titular ( ) Cónyuge ( ) Familia ( ) Muerte Accidental ( ) Prima: \_\_\_\_\_

**3 INFORMACIÓN DE SEGURO ANTERIOR**

(3.1) ¿El seguro solicitado reemplazará algún seguro existente? Si  No

Si respondió "Sí", por favor adjunte copia del certificado de cobertura y el recibo del último pago.

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

(3.2) ¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida rechazada, aceptada sujeta a restricciones, o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para cualquiera de los solicitantes? Si  No

Si respondió "Sí", favor explicar: \_\_\_\_\_

**4 INFORMACIÓN GENERAL**

(4.1) Dirección

Residencial: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Comercial: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

*(Handwritten signature)*  
**ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.**  
 Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
 Gerente Técnico

**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
 Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
 Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**4 INFORMACIÓN GENERAL (continúa)**

(4.2) Teléfonos, fax y correo electrónico (e-mail)

Residencial	Código de área	Número	Trabajo	Código de área	Número
Fax	Código de área	Número	E-mail		

Si esta solicitud incluye hijos de 19 años de edad o más, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en un colegio o universidad? Si  No

Si respondió "Si", favor indicar el nombre del colegio o universidad:

**5 INFORMACIÓN MÉDICA**

(5.1) Médico(s) de la familia

Solicitante	Nombre del médico	Especialidad	Teléfono

(5.2) Exámenes médicos

¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen de rutina, pediátrico o ginecológico en los últimos cinco años? Si  No

Si respondió "Si", favor explicar abajo.

Solicitante	Tipo de examen	Fecha	Resultado	Si es anormal, favor explicar.
			Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	
			Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	
			Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si es utilizada, marque aquí para confirmar

(5.3) Condiciones médicas

¿Ha sufrido alguno de los solicitantes de...:

	Si	No
a infecciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b desórdenes de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c convulsiones, migrañas, parálisis, u otros desórdenes neurológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e alergias, asma, bronquitis u otros desórdenes pulmonares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f enfermedades del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, otras enfermedades del hígado, u otros desórdenes digestivos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g enfermedades de los riñones o del tracto urinario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h problemas de la columna vertebral, reumatismo, artritis, gota u otros desórdenes musculares, articulares o de los huesos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i cáncer o tumores benignos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j anemia, leucemia/linfoma u otros desórdenes de la sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k diabetes, desórdenes de la glándula tiroidea u otros desórdenes endocrinos/hormonales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l desórdenes de la próstata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n desórdenes de las mamas, los ovarios, el útero, u otros desórdenes ginecológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o desórdenes de la piel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p desórdenes congénitos o hereditarios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q cualquier otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía, o tiene alguna cirugía u hospitalización pendiente que no ha sido mencionado arriba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si respondió "Si" a cualquiera de las preguntas anteriores, favor explicar en la página siguiente.

*(Handwritten signature)*  
**ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.**  
**Abog. FRANCISCO AGUILERA S.**  
 Gerente Técnico

**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
 Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
 Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**5 INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)**

**(5.4) Condiciones médicas/explicaciones**

Pregunta	Solicitante:	Condición:	Desde:	Hasta:
Tratamiento y resultados:		Estado de salud actual:	Información del médico:	

Pregunta	Solicitante:	Condición:	Desde:	Hasta:
Tratamiento y resultados:		Estado de salud actual:	Información del médico:	

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si es utilizada, marque aquí para confirmar

**(5.5) Medicamentos**

¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente? Sí  No   
 Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante:	Nombre del medicamento:	Causa:	Cantidad:	Frecuencia:	Desde:	Hasta:
Solicitante:	Nombre del medicamento:	Causa:	Cantidad:	Frecuencia:	Desde:	Hasta:

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si es utilizada, marque aquí para confirmar

**(5.6) Hábito(s)**

¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos o consumido algún producto con nicotina? Sí  No  Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante:	Tipo:	Cantidad por día	Solicitante:	Tipo:	Cantidad por día
--------------	-------	------------------	--------------	-------	------------------

¿Alguno de los solicitantes ha consumido alguna vez alcohol o drogas ilegales? Sí  No  Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante:	Tipo:	Cantidad por semana	Solicitante:	Tipo:	Cantidad por semana
--------------	-------	---------------------	--------------	-------	---------------------

**(5.7) Historial familiar**

¿Alguno de los solicitantes tiene historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer, o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí  No   
 Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante	Familiar con el desorden (favor marcar)			Desorden
	Padre	Madre	Hermano(a)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**6 RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN**

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en esta Solicitud y que, a mi mejor entendimiento están completas y son verdaderas. Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta e incorrecta, puede causar que los reclamos sean denegados, y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada. Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después que la solicitud de seguro sea firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a la Aseguradora para la aprobación final antes que la cobertura se haga efectiva. Estoy de acuerdo en aceptar la póliza bajo los términos y condiciones con que sea emitida. De no ser así, notificaré mi desacuerdo por escrito a la Aseguradora durante los diez (10) días siguientes al recibo de la póliza de seguro. En el caso de que sea representado por un Productor, por este medio autorizo a esa persona a recibir las condiciones de la póliza, el certificado de cobertura y todos los documentos relacionados con la cobertura.

**7 AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Por este medio autorizo a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, institución médica, compañía de seguro, o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que tenga cualquier expediente médico o conocimiento sobre mi persona o mi salud, a proporcionar dicha información a Aseguradora Paraguaya S.A o Redbridge y sus afiliados. Una copia de esta autorización será tan válida como el original. Esta autorización se mantiene válida mientras que cualquier póliza esté vigente.

*(Handwritten signature)*  
**ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.**  
 Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
 Gerente Técnico

**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
 Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
 Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**8 FIRMA:** Las firmas abajo constituyen la aceptación de todos los artículos descritos arriba

Firma del solicitante:  X	Nombre del solicitante en letra de molde: _____	Fecha: _____
Firma del cónyuge:  X	Nombre del cónyuge en letra de molde: _____	Fecha: _____

Como Productor, acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que afecte la asegurabilidad de los propuestos asegurados.

Firma del Productor (testigo):  X	Nombre del Productor en letra de molde: _____	Código del Productor: _____
---	--	--------------------------------

**9 INFORMACIÓN DEL PAGO (EL PAGO DEBE SER PRESENTADO CON LA SOLICITUD)**

Modalidad de la póliza:	<input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Semi-Anual <input type="radio"/> Otra	Prima _____ Anexos de Cobertura Adicional _____ IVA 10% _____ Premio _____ I.P.F. _____ IVA s/ interés _____ COSTO FINAL _____	FORMA DE PAGO: C. Inicial _____ 2º Pago _____
-------------------------	---	--	---

Método de Pago: Opción 1  
 Cheque Personal  Giro Bancario Nota: NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de Aseguradora Paraguaya S.A.

Método de Pago: Opción 2  
 Tarjeta de Crédito Favor proporcionar la siguiente información:

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a Aseguradora Paraguaya S.A.

cargar a mi tarjeta de crédito:  MasterCard  VISA  American Express  CABAL

Número de la tarjeta de crédito \_\_\_\_\_ Fecha de expiración \_\_\_\_\_  
 Mes Año

Cantidad a cargar USD \_\_\_\_\_

Documento de Identidad N° o RUC \_\_\_\_\_

Dirección del tarjetahabiente (donde se recibe el estado de cuenta)  
 \_\_\_\_\_

Teléfono del tarjetahabiente \_\_\_\_\_ Firma del tarjetahabiente \_\_\_\_\_

Mail del tarjetahabiente \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA SOBRE LICITUD Y ORIGEN DE LOS FONDOS**

Amparada en la Resolución N° 312 de la Secretaría de Prevención del Lavado de Dinero y al Acta N° 101 Resolución 11, del Banco Central del Paraguay.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1.015/97 "Que previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes" y la Resolución N° 312 de la Secretaría de Prevención del Lavado de Dinero y el Acta N° 101 Resolución 11, del Banco Central del Paraguay, y los estándares y regulaciones internacionalmente aceptadas como instrumentos de Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento del Terrorismo, por la presente **DECLARO, BAJO FE DE JURAMENTO**, que los fondos y valores que corresponden a las operaciones que realizaré con ustedes provienen de **ACTIVIDADES LICITAS** y se originan en la actividad económica que realizo(amos) y no provienen ni se vinculan, directa e indirectamente a: terrorismo, contrabando, tráfico ilícito de armas, explosivos, municiones o material destinado a su producción, tráfico ilícito de órganos, tejidos y medicamento, tráfico ilícito de personas, extorsión, secuestro, proxenetismo, tráfico ilícito de sustancias nucleares, tráfico ilícito de obras de arte, animales o materiales tóxicos, estafa, corrupción, narcotráfico, evasión de impuestos y otros.

Igualmente, certifico que conozco a los clientes que se vinculan a la actividad económica que efectúo y que los fondos que los mismos manejan son propios del giro del negocio y no tienen relación con el lavado de activos o la financiación del terrorismo ni otra actividad ilícita. De igual modo, me(nos) comprometo(amos) a otorgar cualquier información que los órganos controladores de Aseguradora Paraguaya S.A. precisen respecto a las transacciones realizadas. También, en carácter de **DECLARACION JURADA**, manifiesto(amos) que las informaciones consignadas en la presente y en el Legajo de Clientes, que tengo con ustedes, son exactas y verdaderas, y que tengo conocimiento de la Ley 1.015/97 y del Código Penal vigente, de la Resolución N° 312 de la SEPRELAD y el Acta N° 101 del BCP; comprometiéndome a ratificarme de la presente declaración ante cualquier autoridad administrativa, fiscal o judicial, firmando de mi puño y letra la presente declaración.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.**  
 Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
 Gerente Técnico









**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
Modelo de Póliza Pag. 21 - 42

El presente plan consta de 52 páginas.



Formulario de Autorización para el Pago de la Prima con Tarjeta de Crédito



Yo, _____	
autorizo a Aseguradora Paraguaya S.A., a cargar mi tarjeta de crédito:	
<input type="radio"/> MasterCard <input type="radio"/> Visa <input type="radio"/> American Express <input type="radio"/> Cabal	
Número de tarjeta: _____	Fecha de expiración: _____ Mes      Año
Cantidad a cargar: USD _____	Documento de Identidad No.: _____
Dirección del tarjetahabiente (donde recibe los estados de cuenta de su tarjeta)	
_____	
Teléfono del tarjetahabiente: _____	
Correo electrónico: _____	
Número de Póliza: _____	Fecha de Renovación: _____ Día      Mes      Año
Nombre del Asegurado: _____	
_____	_____
Firma del Tarjetahabiente      Día      Mes      Año	Firma del Asegurado Principal      Día      Mes      Año
<b>DECLARACION JURADA SOBRE LICITUD Y ORIGEN DE LOS FONDOS</b>	
<p>Amparada en la Resolución Nº 312 de la Secretaría de Prevención del Lavado de Dinero y al Acta Nº 101 Resolución 11, del Banco Central del Paraguay.</p> <p>En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1.015/97 "Que previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes" y la Resolución Nº 312 de la Secretaría de Prevención del Lavado de Dinero y el Acta Nº 101 Resolución 11, del Banco Central del Paraguay, y los estándares y regulaciones internacionalmente aceptadas como instrumentos de Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento del Terrorismo, por la presente <b>DECLARO, BAJO FE DE JURAMENTO</b>, que los fondos y valores que corresponden a las operaciones que realizaré con ustedes provienen de <b>ACTIVIDADES LICITAS</b> y se originan en la actividad económica que realizo(amos) y no provienen ni se vinculan, directa e indirectamente a: terrorismo, contrabando, tráfico ilícito de armas, explosivos, municiones o material destinado a su producción, tráfico ilícito de órganos, tejidos y medicamento, tráfico ilícito de personas, extorsión, secuestro, proxenetismo, tráfico ilícito de sustancias nucleares, tráfico ilícito de obras de arte, animales o materiales tóxicos, estafa, corrupción, narcotráfico, evasión de impuestos y otros. Igualmente, certifico que conozco a los clientes que se vinculan a la actividad económica que efectúo y que los fondos que los mismos manejan son propios del giro del negocio y no tienen relación con el lavado de activos o la financiación del terrorismo ni otra actividad ilícita. De igual modo, me(nos) comprometo(emos) a otorgar cualquier información que los órganos controladores de Aseguradora Paraguaya S.A. precisen respecto a las transacciones realizadas. También, en carácter de <b>DECLARACION JURADA</b>, manifiesto(amos) que las informaciones consignadas en la presente y en el Legajo de Clientes, que tengo con ustedes, son exactas y verdaderas, y que tengo conocimiento de la Ley 1.015/97 y del Código Penal vigente, de la Resolución Nº 312 de la SEPRELAD y el Acta Nº 101 del BCP; comprometiéndome a ratificarme de la presente declaración ante cualquier autoridad administrativa, fiscal o judicial, firmando de mi puño y letra la presente declaración.</p>	
_____	_____
Firma del Tarjetahabiente      Día      Mes      Año	

Israel Nº 309 y Río de Janeiro  
Tel: (595-21) 215 086 (R.A.), Fax: (595-21) 222 217  
email: asepassa@asepassa.com.py / www.asepassa.com.py  
Casilla de Correo 277  
Asunción - Paraguay

*(Handwritten signature)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

# SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan Pag. 1  
Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



## Formulario de Reclamo



### 1 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL (para ser completada por el Asegurado Principal)

1. Nombre del Asegurado Principal		Número de Póliza	Fecha de Nacimiento
Apellido _____ Nombre _____		_____	____/____/____ día mes año
Dirección: _____			
Correo electrónico _____			
2. Nombre del Paciente		Fecha de nacimiento	
Apellido _____ Nombre _____		____/____/____ día mes año	
Relación con el Asegurado Principal		<input type="radio"/> El mismo <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo dependiente	
¿Tiene alguna otra cobertura de seguro médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Fecha de la lesión / enfermedad:	
Por favor indique el nombre de la compañía de seguro: _____		____/____/____ día mes año	
¿Está la condición relacionada con: Un accidente automovilístico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (si respondió Sí, proporcione el Reporte Policial y el nombre/número de póliza de su seguro de auto.)			
Nombre: _____		No. de Póliza: _____	
Otro tipo de accidente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (si respondió Sí, proporcione una breve descripción del accidente y cualquier reporte que se haya generado como consecuencia del mismo.)			
Razón por la cual buscó atención médica: _____		Fecha de su primera consulta médica con referencia a esta condición:	
_____		____/____/____ día mes año	
¿Ha efectuado ya algún pago por los servicios prestados? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió Sí, moneda _____ cantidad _____			

### AUTORIZACIÓN

Al presentar el original o fotocopia de esta autorización firmada, por este medio yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, institución de cuidados médicos, servicios de seguro, farmacia, agencia gubernamental de salud, compañía de seguro, empleador o asegurado principal de grupo, administrador del plan de beneficios del empleador, y/o compañía de control de calidad para proporcionar cualquier y toda información médica, pasada o presente, relacionada con mi persona, mi cónyuge o mis dependientes (si son menores de edad), y cualquier y todo estado de cuenta de pagos pendientes. Por este medio yo autorizo al empleador o asegurado principal de grupo o al administrador del plan de beneficios del empleador para que proporcione a Aseguradora Paraguaya S.A. cualquier y toda información financiera o laboral relacionada con mi persona, mi cónyuge o cualquiera de mis dependientes (si son menores de edad). Yo entiendo que la información autorizada para ser proporcionada en este documento será utilizada por ASEPASA para evaluar un reclamo de beneficios médicos, y que yo, o mi representante legal autorizado, recibiré una copia de esta autorización si así lo solicito. La información obtenida no deberá proporcionarse a ninguna persona u organización EXCEPTO las compañías de reaseguro o cualquier otra entidad que realice trabajos contractuales o servicios legales para Aseguradora Paraguaya S.A. con referencia a este reclamo.

Esta autorización será válida por un período de doce (12) meses a partir de la fecha en que ha sido firmada

Firma del Asegurado Principal

Firma del Paciente  
(si tiene 18 años o más)

Por favor asegúrese de que su médico o proveedor complete la Sección 2 de este Formulario

*[Firma]*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico



**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**3 Autorización para Pago Electrónico de Reclamos**

Yo, \_\_\_\_\_, Póliza No. \_\_\_\_\_

AUTORIZO a Aseguradora Paraguaya S.A. a depositar en mi cuenta bancaria los fondos correspondientes a reembolsos de reclamos.

**Información Bancaria**

Nombre del Banco \_\_\_\_\_

Dirección del Banco \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

ABA # \_\_\_\_\_ SWIFT # \_\_\_\_\_

Número de Cuenta \_\_\_\_\_ Titular de la Cuenta \_\_\_\_\_

**Comentarios**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ día mes año

Israel N° 309 y Río de Janeiro  
Tel: (595-21) 215 086 (R.A.), Fax: (595-21) 222 217  
email: asepassa@asepassa.com.py / www.asepassa.com.py  
Casilla de Correo 277  
Asunción - Paraguay

*[Handwritten Signature]*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico





**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



Fecha de la primera consulta debido a esta enfermedad o accidente:		____/____/____ Día Mes Año		
¿Ha sufrido síntomas similares anteriormente? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si respondió Sí, ¿cuándo?		____/____/____ Día Mes Año		
<b>EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN</b>				
Nombre del hospital:				
Período de la hospitalización:		De:	A:	
		____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año	
<b>DETALLES SOBRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO</b>				
Fecha del servicio	Nombre del proveedor	Descripción del servicio	Moneda	Cargos
____/____/____ Día Mes Año				
____/____/____ Día Mes Año				
____/____/____ Día Mes Año				
____/____/____ Día Mes Año				
____/____/____ Día Mes Año				
____/____/____ Día Mes Año				
Total de cargos				
Cantidad pagada por el asegurado				
Cantidad pagada por otra aseguradora				
Balance por pagar al hospital, clínica, médico, etc.				
<b>PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE</b>				
Firma y sello del médico tratante:			Fecha: ____/____/____ Día Mes Año	
Nombre y dirección del proveedor:				
Número de registro o licencia:		Teléfono:	Correo electrónico:	
<b>SOLICITUD DE REEMBOLSO CON OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA</b>				
En relación con este diagnóstico/accidente, ¿ha tramitado alguna solicitud de reembolso con otra compañía aseguradora o plan de beneficios? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>				
Nombre de la compañía:			Número de póliza:	
<b>MÉTODO PREFERIDO PARA RECIBIR REEMBOLSO (Por favor marque con una X)</b>				
<input type="radio"/> Por favor enviar un cheque				
<input type="radio"/> Por favor depositar el reembolso en mi cuenta bancaria de los EE.UU.				
<input type="radio"/> Por favor depositar el reembolso en mi cuenta bancaria fuera de los EE.UU				

*(Handwritten signature)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
 Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
 Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.




INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA BANCARIA	
Nombre del banco beneficiario:	
Nombre y dirección de la agencia:	
Nro. ABA para transferencia electrónica (sólo para bancos en los EE.UU)	Código SWIFT (para bancos fuera de los EE.UU):
Número de cuenta:	Titular de la cuenta:
Sub-cuenta ó cuenta final (si aplica)	
BANCO INTERMEDIARIO (completar para transferencias ó bancos fuera de los EE.UU)	
Nombre del banco:	
Dirección:	
Nro. ABA electrónica (para bancos en los EE.UU) ó Código SWIFT:	
Número de cuenta:	

AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

Por este medio certifico que la información proporcionada en este formulario está completa y correcta a mi leal saber y entender, y que estoy tramitando una solicitud de reembolso solamente por los cargos incurridos por el paciente identificado en este formulario.

Al presentar el original o fotocopia de esta autorización firmada, por este medio yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, institución de cuidados médicos, servicios de seguro, farmacia, agencia gubernamental de salud, compañía de seguro, empleador o asegurado principal de grupo, administrador del plan de beneficios del empleador, y/o compañía de control de calidad para proporcionar cualquier y toda información médica, pasada o presente, relacionada con mi persona, cónyuge ó mis dependientes (si son menores de edad), y cualquier y todo estado de cuenta de pagos pendientes. Por este medio autorizo al empleador o asegurado principal de grupo o al administrador del plan de beneficios del empleador para que proporcione a Aseguradora Paraguaya S.A., cualquier y toda información financiera o laboral relacionada con mi persona, mi cónyuge o cualquiera de mis dependientes (si son menores de edad). Entiendo que la información autorizada para ser proporcionada en este documento será utilizada por Aseguradora Paraguaya S.A. para evaluar esta solicitud de reembolso de beneficios médicos, y que yo y/o mi representante legal autorizado recibiremos una copia de esta autorización si así lo solicito. Ninguna información médica confidencial obtenida durante la evaluación de esta solicitud de reembolso será proporcionada a ninguna persona u organización EXCEPTO las compañías de reaseguro o cualquier otra entidad que realice trabajos contractuales o servicios legales para la Aseguradora o para Aseguradora Paraguaya S.A. con referencia a esta solicitud de reembolso, o según lo permitido por ley.

Nombre del asegurado principal (EN MAYÚSCULAS):	
Firma del Asegurado Principal:	Fecha: <small>    Día    Mes    Año</small>
Nombre del paciente (EN MAYÚSCULAS):	
Firma del paciente (si tiene 18 años o más)	Fecha: <small>    Día    Mes    Año</small>

  
**ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.**  
 Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
 Gerente Técnico

**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**Aviso de Renovación**

Estimado/a Sr/a. (Nombre y Apellido)

A continuación encontrará el Aviso de Renovación correspondiente a la renovación de su póliza. El pago debe ser recibido en nuestras oficinas antes de la fecha de vencimiento. De acuerdo con las tarifas vigentes y el modo de pago seleccionado, la cantidad a pagar en esta oportunidad se desglosa de la siguiente forma:

Descripción	Nombre	Prima
Asegurado Principal		
<b>SUBTOTAL</b>		
<b>TOTAL</b>		

\*Esta cantidad puede variar si usted solicita cambios en su póliza

Envíe este documento junto con su pago. Envíe su pago a nombre de Aseguradora Paraguaya S.A. en Dólares Americanos. Por favor no envíe efectivo. Dirección: Israel N° 309 y Río de Janeiro, Asunción - C.P. 1527, Paraguay - C.C. 277



Póliza N°:  
Nombre:  
C.I.No./RUC:  
Agente:  
Cantidad a Pagar:  
Fecha de Vencimiento:

Cambio de Modo de Pago (sólo en la fecha de aniversario)  
 Anual  Semestral

Número de Tarjeta de Crédito: \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cta. Cte. Nro.: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado Principal

Banco: \_\_\_\_\_

Autorizo a Aseguradora Paraguaya S.A. a cargar mi tarjeta de crédito o debitar en mi cuenta

Nombre del Tarjetahabiente

Firma del Tarjetahabiente

Por este medio autorizo a Aseguradora Paraguaya S.A. (en adelante ASEPASA), a debitar directamente la tarjeta de crédito o cuenta bancaria identificada arriba para el pago de la prima de mi póliza de seguro identificada arriba. Entiendo que una copia correcta y fiel de esta Autorización será enviada a mi banco o la compañía de mi tarjeta de crédito, y que con mi firma en este documento, les solicito permitan a ASEPASA debitar directamente de mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito el monto correspondiente al pago de mi póliza identificada arriba. Reconozco que si el débito directo de mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito para el pago de la prima del seguro es denegado o rechazado por cualquier razón, es mi responsabilidad personal pagar inmediatamente la prima de mi póliza o póliza podrá quedar suspendida, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales Comunes.

**DECLARACION JURADA SOBRE LICITUD Y ORIGEN DE LOS FONDOS**

Amparada en la Resolución N° 312 de la Secretaría de Prevención del Lavado de Dinero y al Acta N° 101 Resolución 11, del Banco Central del Paraguay. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1.015/97 "Que previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes" y la Resolución N° 312 de la Secretaría de Prevención del Lavado de Dinero y el Acta N° 101 Resolución 11, del Banco Central del Paraguay, y los estándares y regulaciones internacionalmente aceptadas como instrumentos de Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento del Terrorismo, por la presente DECLARO, BAJO FE DE JURAMENTO, que los fondos y valores que corresponden a las operaciones que realizaré con ustedes provienen de ACTIVIDADES LICITAS y se originan en la actividad económica que realizo(amos) y no provienen ni se vinculan, directa e indirectamente a: terrorismo, contrabando, tráfico ilícito de armas, explosivos, municiones o material destinado a su producción, tráfico ilícito de órganos, tejidos y medicamento, tráfico ilícito de personas, extorsión, secuestro, proxenetismo, tráfico ilícito de sustancias nucleares, tráfico ilícito de obras de arte, animales o materiales tóxicos, estafa, corrupción, narcotráfico, evasión de impuestos y otros. Igualmente, certifico que conozco a los clientes que se vinculan a la actividad económica que efectúo y que los fondos que los mismos manejan son propios del giro del negocio y no tienen relación con el lavado de activos o la financiación del terrorismo ni otra actividad ilícita. De igual modo, me(amos) comprometo(emos) a otorgar cualquier información que los órganos controladores de Aseguradora Paraguaya S.A. precisen respecto a las transacciones realizadas. También, en carácter de DECLARACION JURADA, manifiesto(amos) que las informaciones consignadas en la presente y en el Legajo de Clientes, que tengo con ustedes, son exactas y verdaderas, y que tengo conocimiento de la Ley 1.015/97 y del Código Penal vigente, de la Resolución N° 312 de la SEPRELAD y el Acta N° 101 del BCP, comprometiéndome a ratificarme de la presente declaración ante cualquier autoridad administrativa, fiscal o judicial, firmando de mi mismo puño y letra la presente declaración.

Firma del Tarjetahabiente

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*(Handwritten signature)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



Israel 309 e/Río de Janeiro  
ASUNCIÓN - PARAGUAY  
Teléfono: (595-21) 215-086  
R.U.C. 80002091-0

**POLIZA DE SEGURO  
SECCION: SALUD - CORPORATIVO**

El texto de esta Póliza ha sido registrado en la  
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, bajo el  
Código N° , por Resolución SS.RP. N°  
de fecha

POLIZA N°/Endoso			
Fecha Emisión	Vigencia Desde	Hasta	Plazo:

TOMADOR	R.U.C.
---------	--------

DOMICILIO	TELEFONO:
-----------	-----------

Entre ASEGURADORA PARAGUAYA S.A. o ASEPASA, en adelante denominado el "Asegurador" y quien precedentemente se designa con el nombre de "Asegurado" o "Tomador", conforme a la propuesta por él presentada, celebran un Contrato de Seguro sujeto a las Condiciones Particulares Comunes y Condiciones Generales Comunes, convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buena fe y que se anexan a la presente Póliza, formando parte integrante de la misma.

**CONDICIONES PARTICULARES**

NOMBRE COMPLETO DE LOS TITULARES:

1-...../.....

2-...../.....

3-...../.....

4-...../.....

5-...../.....

6-...../.....

**PLAN:**

Beneficio Máximo, por año Póliza, por Beneficiario: U\$\$

Deducible por persona y por Grupo Familiar U\$\$: U\$\$:

**ADICIONALES:**

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de Un Mes de haber recibido la Póliza (Art. 1.556 C.C.)

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

**LIQUIDACION:**

Prima U\$\$.

Anexos de Cobertura Adicional U\$\$.

I.V.A. 10% U\$\$.

Premio U\$\$.

I.P.F. U\$\$.

I.V.A. s/ interés U\$\$.

COSTO FINAL U\$\$.

**FORMA DE PAGO:**

.....

.....

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.

*(Handwritten signature)*

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
 Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
 Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.



CONDICIONES PARTICULARES  
 ASEGURADOS DE POLIZA Nº.....

1..... / TITULAR	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
<b>SUBTOTAL:</b>	<b>U\$S.....</b>

2..... / TITULAR	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
<b>SUBTOTAL:</b>	<b>U\$S.....</b>

3..... / TITULAR	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
<b>SUBTOTAL:</b>	<b>U\$S.....</b>

4..... / TITULAR	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
<b>SUBTOTAL:</b>	<b>U\$S.....</b>

5..... / TITULAR	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
..... / .....	U\$S.....
<b>SUBTOTAL:</b>	<b>U\$S.....</b>

TOTAL GENERAL DEL GRUPO.....TOTAL: U\$S.....

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.

*[Handwritten Signature]*  
 Aseguradora Paraguaya S.A.  
 Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
 Representante Técnico

**SEGURO DE SALUD**

Descripción del Plan Pag. 1  
Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



Israel 309 e/Rio de Janeiro  
ASUNCION - PARAGUAY  
Teléfono: (595-21) 215-086  
R.U.C. 80002091-0

**CONDICIONES PARTICULARES  
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA**

FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA CORPORATIVA N°: \_\_\_\_\_

TOMADOR: \_\_\_\_\_ RUC: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR ASEGURADO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CEDULA DE IDENTIDAD N°: \_\_\_\_\_ R.U.C. N°: \_\_\_\_\_

TELEF. N°: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

VIGENCIA: Desde las 12:01 hs. del día: \_\_\_\_\_ Hasta las 12:00 hs. del día: \_\_\_\_\_

FECHA DE EMISION: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DE LOS ASEGURADOS:	FECHA NACIM.	EDAD	SEXO
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____

PLAN CORPORATIVO:  
 BENEFICIO MAXIMO, POR POLIZA, POR BENEFICIARIO: \$ \_\_\_\_\_  
 DEDUCIBLE POR PERSONA Y GRUPO FAMILIAR USS.: \_\_\_\_\_ USS: \_\_\_\_\_  
 ADICIONALES: \_\_\_\_\_

EXCLUSIONES O LIMITACIONES: \_\_\_\_\_

PRIMA TOTAL ANUAL USS.: \_\_\_\_\_ FORMA DE PAGO: \_\_\_\_\_

Asunción, de \_\_\_\_\_ de 2.01

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.

*[Handwritten Signature]*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

# SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan Pag. 1  
Propuestas y declaraciones Pag. 2 - 20  
Modelo de Póliza Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



Israel 309 e/Río de Janeiro  
ASUNCION - PARAGUAY  
Teléfono: (595-21) 215-086  
R.U.C. 80002091-0

## POLIZA DE SEGURO SECCION: SALUD

El texto de esta Póliza ha sido registrado en la  
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, bajo el  
Código N° , por Resolución SS.RP. N°  
de fecha

POLIZA N°/Endoso			
Fecha Emisión	Vigencia Desde	Hasta	Plazo:

ASEGURADO	R.U.C.
-----------	--------

DOMICILIO	TELEFONO:
-----------	-----------

Entre ASEGURADORA PARAGUAYA S.A. o ASEPASA, en adelante denominado el "Asegurador" y quien precedentemente se designa con el nombre de "Asegurado" o "Tomador", conforme a la propuesta por él presentada, celebran un Contrato de Seguro sujeto a las Condiciones Particulares Comunes y Condiciones Generales Comunes, convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buena fe y que se anexan a la presente Póliza, formando parte integrante de la misma.

<b>CONDICIONES PARTICULARES</b>
NOMBRE COMPLETO DE ADICIONALES ASEGURADOS:
PLAN:
Beneficio Máximo, por año Póliza, por Beneficiario: U\$S
Deducible por persona y por Grupo Familiar U\$S.
ADICIONALES:

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de Un Mes de haber recibido la Póliza (Art. 1.556 C.C.)

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

LIQUIDACION:		DATOS DEL FINANCIAMIENTO	
Prima	U\$S.	Vencimiento	
Anexos de Cobertura Adicional	U\$S.	Fecha	Monto
I.V.A. 10%	U\$S.		
Premio	U\$S.		
I.P.F.	U\$S.		
I.V.A. s/ interés	U\$S.		
COSTO FINAL	U\$S.		

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.

*[Handwritten Signature]*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



## POLIZA DE SALUD

### CONDICIONES GENERALES COMUNES

#### ARTICULO 1 - RIESGOS CUBIERTOS

**A.** En virtud de la presente póliza, y mediante el pago pertinente, **LA COMPAÑIA** asegura a las personas que revistiendo la calidad de Asegurados/Afiliados de los planes de Salud del **CONTRATANTE**, hayan presentado su solicitud y hayan sido aceptados en esta cobertura, por **LA COMPAÑIA.**, en adelante también denominados los **ASEGURADOS** en esta Póliza, el pago de los gastos médicos en que incurran según el módulo contratado, que se menciona en las condiciones particulares.

Todas las enumeraciones que se realizan en el módulo mencionado como "Riesgos Cubiertos" son taxativas.

**B.** La responsabilidad de **LA COMPAÑIA** respecto de cada **ASEGURADO** comienza en la fecha efectiva de su ingreso a esta cobertura indicada en las condiciones particulares de esta póliza, y queda sujeta a los términos, condiciones y limitaciones especificadas en este contrato

**C.** A los efectos de esta cobertura y estando sujetos a la sección titulada "riesgos no cubiertos" y todas las demás disposiciones y condiciones de la cobertura, se entenderá por Gastos Cubiertos los gastos razonables y acostumbrados descritos a continuación, incurridos por una persona asegurada durante el periodo de vigencia de esta cobertura, a consecuencia de alguno de los tratamientos cubiertos de acuerdo al modulo contratado descrito en las Condiciones Particulares de esta póliza.

#### ARTICULO 2 - DEFINICIONES

A los efectos de la presente póliza de cobertura de Salud para Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad Médica se define como:

**CONTRATANTE O TOMADOR:** es la persona física o jurídica que celebra el contrato colectivo con la Compañía y por cuyo intermedio se pagan las primas mensuales.

**ASEGURADO:** Significa la persona física que habiendo presentado su solicitud de ingreso a la cobertura ha sido aprobada y aceptada por la Compañía o quien esta designe. Son Asegurados los Titulares de la póliza como los Adicionales o Dependientes.

#### **ASEGURADO TITULAR:**

1. Los empleados del Contratante, cuando se trate de una póliza colectiva cerrada, comprendiendo a los empleados, dueños, socios y directores de la Empresa o adherentes vinculados.
2. Quienes formen parte de una póliza, denominada en adelante POLIZA DE SALUD, para participantes de sistemas agrupados o grupos colectivos de personas adherentes de empresas de Medicina Pre-paga, Sanatorios y Hospitales, con no menos de veinticinco (25) miembros, unidos por un interés común y habiendo aprobado los requisitos de selección determinados por la Compañía.
3. Asegurados individuales o miembros de su familia para los que registrarán las mismas condiciones.

#### **ASEGURADO ADICIONAL:**

1. El cónyuge del Asegurado Titular.
2. Los hijos solteros a cargo, desde los nueve (9) días y hasta los veintiún (21) años de edad, del Asegurado Titular y los del cónyuge del Asegurado Titular, siempre y cuando hayan sido declarados en la solicitud original y hayan sido aceptados por la Compañía
3. Toda aquella persona que la Compañía haya expresamente aceptado como Asegurado a solicitud del Asegurado Titular y que no esté contemplada en los incisos precedentes, siempre que haya sido individualizada en la solicitud y que la Compañía considere que existe un interés asegurable y una relación de dependencia económica.

**AMBULANCIA AEREA:** transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el asegurado está hospitalizado hasta el hospital más cercano en el cual se puedan brindar los servicios apropiados.

**AMBULANCIA TERRESTRE:** Transporte de emergencia hacia un Hospital por ambulancia terrestre.

*(Firma manuscrita)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico



Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 – 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**ACCIDENTE:** toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida independientemente de la voluntad de la persona, por la acción repentina y violenta de o con un agente físico externo.

**ACOMPAÑANTE:** pariente cercano o cualquier otra persona adulta, que acompaña al ASEGURADO durante su período de hospitalización en un Hospital o Centro de Trasplantes.

**ANGIOPLASTIA:** Dilatación de la abertura de un vaso sanguíneo, por medio de un catéter de balón, el cual se inserta a través de la piel, y atravesando la pared del vaso, alcanza el sitio de la estrechez, y al inflarse, aplana la placa que produjo la estrechez contra la pared del vaso sanguíneo.

**AÑO PÓLIZA:** Significa el período de tiempo de doce (12) meses consecutivos, que comienza en la Fecha de Vigencia y termina en la Fecha de Expiración de la vigencia de la cobertura.

**BENEFICIARIO:** Ver Asegurado.

**BENEFICIO MÁXIMO o SUMA ASEGURADA:** Es la suma máxima de dinero que se pagará por Persona durante el año póliza, y que figura en las Condiciones Particulares. Cuando en las Condiciones Particulares se indique que el Beneficio Máximo será por asegurado, para su cálculo se sumarán los montos de Beneficios Máximos anuales pagados.

**CÁNCER:** Significa una enfermedad caracterizada por la presencia de uno o varios tumores malignos cuyas células exhiben propiedades de invasión y metástasis, la cual ha sido diagnosticada como cáncer por un médico. El término "Cáncer" incluye Leucemia.

**CENTRO DE TRANSPLANTE:** Significa una institución, la cual:

1. está habilitada y funciona como un Centro de Trasplantes de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio;
2. está especialmente equipada para efectuar Trasplantes de Órganos y Trasplantes de Tejidos, y es reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos trasplantes;
3. se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de Médicos, tratamiento y cuidado a enfermos, incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de Trasplante de Órganos y Trasplante de Tejidos, y cuidados en unidades de cuidado intensivo;
4. proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados;
5. posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo Trasplantes de Órganos y de Tejidos;
6. requiera un mínimo de dos años para recibir una certificación de cirujano de Trasplantes;

El término Centro de Trasplantes no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para: descanso; cuidados de custodia; cuidados de enfermería; cuidado de ancianos; cuidados de convalecencia; o tratamientos de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o mentales.

**CENTRO ASISTENCIAL** Hospital, Centro Medico, Centro de Transplante, u otro proveedor que forma parte de la Red de Proveedores de la Compañía.

**CERTIFICADO DE COBERTURA:** Documento de la póliza que especifica la información filiatoria de los asegurados, la fecha efectiva en que la póliza entra en vigor, las condiciones, y la vigencia.

**CIRUGÍA:** Intervenciones mecánicas o manuales que implican abordaje al organismo del paciente con instrumental especializado para reparar algún daño o enfermedad. Deberán ser realizadas por cirujano/s acreditado/s y en un quirófano institucional previsto para tal fin, autorizado por la Autoridad de Salud competente.

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico  
22

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA:** actos quirúrgicos que se realizan sobre el corazón, aorta y grandes bazos torácicos con uso de circulación extracorpórea.

**CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA:** acto quirúrgico que se realizan sobre el corazón, aorta y grandes bazos torácicos sin circulación extracorpórea.

**COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO:** Significa:

- 1) Un parto cesáreo que no fue electivo;
- 2) Un embarazo ectópico que ha terminado;
- 3) Una terminación espontánea del embarazo ocurrida durante un período de gestación en el cual no es posible un parto viable.

También se considera complicación del embarazo, aquellos casos en que el embarazo no haya terminado (por parto o por cualquier otro motivo), por cualquier condición médica que por afectar adversamente el embarazo exija la internación en un Hospital, tales como, a) Nefritis aguda; b) nefrosis; c) Descompensación cardiaca; o d) Aborto malogrado (el producto fetal es retenido en el útero durante cuatro (4) semanas o más después de la muerte del feto).

No se entenderá por Complicación del Embarazo el sangrado ocasional durante el embarazo, ni los períodos de descanso durante el embarazo, aún cuando sean ordenados por un Médico, o la náusea matutina causada por el embarazo. A los efectos de esta póliza una cesárea electiva no se considera una complicación del embarazo.

**COMPLICACIONES DEL PARTO:** Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los Primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (Ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o Traumatismos durante el parto.

**COMPROBANTE DE GASTOS:** Significa el original del recibo, factura (u otra documentación idónea que sirva como sustituto de éstos), y que sea aceptable para La Aseguradora y que sirva para demostrar que un ASEGURADO ha incurrido en Gastos Médicos Cubiertos, en relación con los cuales se ha establecido un reclamo para el pago de beneficios bajo este Contrato.

**CUIDADOS EN EL HOGAR** Cuidados al Asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La Atención Médica en el Hogar incluye los servicios de profesionales certificados y autorizados previamente por la Compañía siempre y cuando estén específicamente incluidos dentro de la cobertura del asegurado. Estos servicios no incluyen los Cuidados Personales.

**DEDUCIBLE:** Es la primera participación a cargo del asegurado en los gastos cubiertos a consecuencia de accidente y/o enfermedad cubierta. Es la primera porción de gastos cubiertos incurridos por asegurado **por año póliza**, que no será indemnizada por el Asegurador y queda a cargo del asegurado o contratante, según corresponda. **El deducible se paga en cada año póliza.**

**DIALISIS RENAL:** técnicas de filtrado para la normalización de los humores mediante hemodiálisis o diálisis peritoneal

**DONANTE:** persona viva o fallecida a la cual se le han extraído uno, o más de uno, de los Órganos o Tejidos de su cuerpo con la finalidad de insertarlos (en total o en parte) al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico considerado Médicamente Necesario.

**ELECTIVO:** Significa, en relación con un Transplante, un tratamiento, servicio, procedimiento o cirugía, el cual:

- no es Médicamente Necesario
- no es la única alternativa para lograr que un Asegurado tenga la posibilidad de vivir una vida normal a pesar de la enfermedad o condición que sufre

**EMERGENCIA o URGENCIA MEDICA:** Situación en la que el facultativo interviniente determina la necesidad de atención inmediata debido al riesgo inminente de pérdida de la vida del asegurado.

*(Firma manuscrita)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**ENFERMEDAD(ES):** Significa una afección, dolencia o desorden físico.

**ENDOSO O ENMIENDA** es el documento emitido por la Compañía a efectos de modificar, aclarar o explicar la póliza en alguno de sus artículos. Las enmiendas forman parte de las condiciones particulares de la póliza.

**ENFERMEDAD(ES) CARDÍACA(S):** enfermedad del Corazón, pero excluyendo cualquier enfermedad o anomalía congénita del Corazón.

**ENFERMEDAD(ES) CONGÉNITA(S):** cualquier desorden o Enfermedad que haya sido adquirido por herencia, o que estaba presente en el momento del nacimiento, las enfermedades congénitas, diagnosticadas o no, están excluidas de esta cobertura excepto en los casos previstos para hijos cuya madre haya estado como Asegurada en la póliza por un período no interrumpido no inferior a 10 meses, en cuyo caso se amparará hasta el tope establecido en las condiciones particulares.

**ENFERMEDAD (ES) NEUROLÓGICA (S):** significa una enfermedad o condición por la cual el sistema nervioso (central o periférico), se encuentra afectado en forma primaria y ocurre principalmente dentro de las estructuras de dicho sistema. No se considera Enfermedad Neurológica a cualquier enfermedad o condición que afecte en forma secundaria al sistema nervioso (central o periférico).

**ENFERMEDAD (ES) NEUROLÓGICA (S), este Contrato no cubre** tratamientos o servicios de enfermedades neurológicas que no sean quirúrgicos, y las enfermedades congénitas del sistema nervioso.

**ENFERMEDAD EPIDÉMICA:** Se considera enfermedad epidémica cuando una enfermedad afecta a un número de individuos superior al esperado en una población durante un periodo de tiempo determinado. A los efectos de esta póliza se consideran enfermedades epidémicas aquellas que hayan sido declaradas como tales por la Autoridad Sanitaria Nacional Competente en el lugar donde se encuentre el asegurado en el momento de recibir el diagnóstico.

**ENFERMEDAD O CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Significa una condición o Enfermedad debido a la cual un ASEGURADO ha recibido diagnóstico, tratamiento médico, servicio, suministro o medicamento recetado por un Médico antes de la Fecha de su ingreso a esta cobertura.

**EVENTO:** Significa el período de tiempo, que comienza con el primer servicio incurrido por un asegurado en relación con una condición o patología cuyos gastos han sido previamente autorizados por la Compañía bajo esta cobertura y que termina antes o el día de finalización de la vigencia de esta póliza, o de su renovación.

**EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** Significa que un tratamiento, cirugía, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento relacionado con los módulos cubiertos:  
No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para efectuar un Tratamiento de cualquiera de las patologías cubiertas, por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; y

Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico.

Está limitado a los esfuerzos clínicos disciplinados y a los estudios científicos.

No se ha demostrado de forma objetiva que posee efecto o beneficio terapéutico, y

Es médicamente cuestionable con respecto a su eficacia.

Estén bajo estudio, investigación, en período de prueba, o en cualquier fase de ensayo clínico

(Incluidos los protocolos de investigación).

**FECHA DE VIGENCIA:** Significa la fecha en la que entra en vigor la Cobertura según está indicado en las Condiciones Particulares. Para cada ASEGURADO es la fecha en la que ha sido aceptado como asegurado por el Asegurador e incluido como tal en la presente Póliza.

**HABITACIÓN SEMIPRIVADA:** Significa una habitación de un Hospital o Centro de Transplantes con baño, la cuál es compartida por dos pacientes.

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**H.I.V. POSITIVO, PORTADOR SANO :** significa la etapa de infección producida por el virus HIV y que se manifiesta en una persona después de haber sido esta diagnosticada como portadora del virus HIV, que no se acompaña de síntomas que sugieran la presencia de infecciones asociadas

**HOSPITAL:** Significa una institución pública o privada, la cual:  
Está habilitada y funciona como un hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio; y

Se ocupa en primer término y por remuneración o no, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de Médicos, tratamiento y cuidado de enfermos y accidentados; y

Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados; y Posee los equipos e instalaciones necesarias para efectuar intervenciones de cirugía mayor.

El término Hospital no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para: descanso; cuidados de custodia; cuidados de enfermería; cuidado de ancianos; cuidados de convalecencia; o tratamiento de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o mentales.

**INDEMNIZACIÓN:** Es la contraprestación a cargo del Asegurador, según las condiciones y los capitales especificados en los módulos contratados, en caso de producirse el siniestro.

**INTERNACIÓN HOSPITALARIA CLÍNICA y/o QUIRÚRGICA:** Significa el ingreso y estancia de un Asegurado en un Hospital o Centro de Transplantes en calidad de Paciente Interno como resultado de una Enfermedad o Accidente cubierto por esta Póliza.

**INTERNACIÓN HOSPITALARIA QUIRÚRGICA:** Significa el ingreso y estancia de un Asegurado en un Hospital o Centro de Transplantes en calidad de Paciente Interno como resultado de una intervención quirúrgica cubierta por esta póliza.

**MÉDICAMENTE NECESARIO o NECESIDAD MÉDICA:** Significa una operación, procedimiento o tratamiento de cualquiera de los módulos cubiertos que:  
Es apropiado y esencial;

No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado;

Ha sido prescripto por un Médico Especialista en la patología cubierta;

Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República del Paraguay, Países del Mercosur, incluyendo Chile y en los Estados Unidos de América (incluido Puerto Rico); y Europa.

En el caso de un paciente internado en un Hospital, no puede ser administrado fuera del Hospital, sin riesgo para el paciente.

La Necesidad Médica será determinada basándose en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, operación, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico no es necesariamente suficiente para considerarlo Médicamente Necesario.

**MÉDICO:** Una persona con licencia legal para practicar la medicina emitida por el Ministerio de Salud o la autoridad competente en el área donde ejerce su profesión.

**MÉDICO ESPECIALISTA:** es un Médico que se ha capacitado en un área específica de la medicina realizando estudios de postgrado o cuarto nivel académico y ha obtenido el título del organismo competente en esa rama de la medicina.

**MÉDULA ÓSEA:** Significa el tejido que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

*(Handwritten signature)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente 25 de febrero

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 – 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**NEONATOLOGÍA:** Significa el cuidado del recién nacido patológico hasta los treinta (30) días del nacimiento.

**NEUROCIROGÍA CRANEANA:** actos quirúrgicos realizados en el sistema nervioso central endocraneal.

**NEUROCIROGÍA VERTEBROMEDULAR:** actos quirúrgicos realizados sobre la médula espinal y la columna vertebral (excluye tratamiento quirúrgico de las hernias de disco)

**NÚMERO DE DÍAS CORRIDOS:** número total de días consecutivos de internación de un Beneficiario en un Hospital o en un Centro de Trasplantes, y que corresponden a un mismo Período de Hospitalización que tiene lugar en un Año Póliza. El Número de Días Corridos está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de este contrato.

**NÚMERO DE DÍAS INTERRUMPIDOS:** total de días de internación de un Beneficiario en un Hospital o en un Centro de Trasplantes, pudiendo corresponder tales días a más de un Período de Hospitalización. El Número de Días Interrumpidos está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de este Contrato.

**ÓRGANO:** parte del cuerpo que ejerce una función específica.

**PAÍS de RESIDENCIA:** Significa el país donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza; o donde el Asegurado ha residido por más de doscientos setenta (270) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigencia.

**PERÍODO de CARENCIA o ESPERA:** Significa el o los períodos de tiempo indicados en las Condiciones Generales o Cláusulas Anexas durante el/los cuál/es los gastos médicos incurridos por un ASEGURADO, no serán considerados Gastos Médicos Cubiertos y no serán reembolsados por la Aseguradora.

**PERÍODO de HOSPITALIZACIÓN:** significa el período de tiempo durante el cual un Beneficiario se encuentra internado en un Hospital o Centro de Trasplantes como paciente interno por, o como consecuencia de una Enfermedad o Accidente por el que, o debido al cual un Médico ha certificado dicha internación como una Necesidad Médica para tal Beneficiario.

Sucesivos Períodos de Hospitalización se considerarán como un solo Período de Hospitalización si el paciente es dado de alta de un Hospital o Centro de Trasplantes y readmitido al mismo o a otro Hospital o Centro de Trasplantes dentro de los 30 días. A los efectos del Período de Hospitalización se considerará que un día completo comprende los gastos incurridos por no menos de 24 horas consecutivas de internación en un Hospital o Centro de Trasplantes, incluyendo los cargos hechos por habitación y comida.

**PLAN de ASISTENCIA NACIONAL de SALUD:** Significa cobertura médico quirúrgica proporcionada por una Institución de Asistencia Médica Colectiva o Privada (directamente o mediante Intermediación Financiera), o por un plan de Seguro de Salud de una compañía de Seguros u Obra Social, dentro del territorio nacional.

**PRÓTESIS:** significa piezas o aparatos que reemplazan, en forma permanente a un órgano, miembro o parte, reproduciendo sus formas y en lo posible realizando las mismas funciones. Se excluyen de esta cobertura las prótesis electrónicas o computarizadas con excepción del marcapasos.

**QUIMIOTERAPIA:** Significa el uso de agentes químicos prescritos por un médico para el tratamiento y control del cáncer.

**RADIOTERAPIA:** significa el uso de Rayos X o de otras sustancias radioactivas recetadas por un Médico para el tratamiento y control del cáncer.

**RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Significa un gasto que:

- es el gasto usual que cobraría el proveedor de servicios médicos a EL ASEGURADO por un servicio igual o similar en el caso de que no existiera esta Cobertura; y
- no excede el gasto usual cobrado por la mayoría de los proveedores similares por el mismo o similar servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.

Para el caso de pólizas colectivas, cuando EL CONTRATANTE tenga pactados contratos o módulos prestacionales con algún o algunos efectores a precios superiores a los usuales y acostumbrados, sólo serán aceptados por La Aseguradora si previamente le han sido comunicados y no fueran objetados por La Aseguradora dentro de los 15 días.

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**RECIEN NACIDO:** Es el infante desde el momento de su nacimiento hasta que cumple los 31 días de vida.

**RECEPTOR:** significa una persona Asegurada por esta póliza que recibe un Trasplante de Órgano o de Tejido.

**RED de PROVEEDORES:** grupo de Hospitales, Médicos, y otros proveedores de servicios que están autorizados con el objeto de proporcionar a los ASEGURADOS, los servicios médicos cubiertos que cuentan con la conformidad de La Aseguradora. La red de Proveedores esta sujeta a cambio en cualquier momento.

**REEMBOLSO:** Reintegro de gastos cubiertos y producidos por el Asegurado, según las condiciones y capitales especificados en las módulos contratados, contra la presentación de comprobantes de gastos originales o copias certificadas conjuntamente con la información medica completa en relación con el gasto incurrido y cubierto por la póliza

**SINIESTRO:** Es el evento cuyo acaecimiento, una vez aceptado por la Aseguradora, tendrá cobertura de acuerdo a las condiciones de esta póliza. La fecha de siniestro es aquella en la cual se produce el primer servicio aprobada por la Aseguradora o por quien ésta designe, la documentación requerida.

Se consideran parte de un mismo siniestro todos los gastos cubiertos, derivados de una misma patología, en que haya incurrido un asegurado a partir de la fecha de siniestro y durante la vigencia de esta póliza de acuerdo a todos los plazos, condiciones, limitaciones y estipulaciones establecidos en esta póliza, siempre que la póliza permanezca vigente.

**SIDA:** significa el estado avanzado de infección causada por el virus de HIV, que genera importante compromiso con la aparición de infecciones oportunistas y tumores (enfermedades marcadoras)

**SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:** significa el sistema que controla y regula las actividades del cuerpo y el cual está compuesto por el cerebro y la médula espinal.

**SOLICITANTE:** Es la persona que ha completado la solicitud y la Declaración Jurada de Salud consignando información sobre si y sus dependientes. El solicitante es responsable por la veracidad de la información brindada a la Compañía y es quien firma la solicitud.

**SOLICITUD** Es el documento que conjuntamente con la documentación complementaria que se adjunta, si corresponde, en el cual el solicitante consigna información sobre si y sus dependientes. La solicitud constituye una declaración jurada de Salud y en la información consignada se basa la Compañía para aceptar o declinar la emisión de la póliza.

**TEJIDO:** Significa un conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

**TRASPLANTE(S) de ÓRGANO(S):** Significa el procedimiento quirúrgico, Médicamente Necesario, efectuado durante el período de vigencia mediante el cual se inserta en el cuerpo de un ASEGURADO cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), de un Donante fallecido o vivo.

**TOMADOR O CONTRATANTE:** Es la persona física o jurídica tomadora de la póliza que suscribe la propuesta y el respectivo contrato de Seguro.

**TRASPLANTE de TEJIDOS:** Significa el procedimiento quirúrgico, Médicamente Necesario, efectuado durante el período de vigencia mediante el cual se transfiere a un ASEGURADO Médula Ósea proveniente de un Donante, o del mismo paciente.

**UNIDAD de CUIDADOS INTENSIVOS:** significa una entidad especial integrada a un Hospital o Centro de Trasplantes donde los pacientes –debido a una Emergencia Médica, Enfermedad o Accidente, reciben en forma continua y durante las 24 horas del día, bajo la dirección de un cuerpo de Médicos, un tratamiento especial, Médicamente Necesario, consistente en servicios, técnicas y equipos especiales para salvar vidas, bajo la continua observación de un cuerpo de enfermeras especialmente entrenadas y seleccionadas para este tipo de pacientes.

**VASOS SANGUÍNEOS:** significa las arterias que llevan la sangre desde el Corazón a las demás partes del cuerpo; y las venas que llevan al Corazón la sangre que previamente viajó por las arterias.

*(Handwritten signature and stamp)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO GUILLETA S.  
27

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



### **ARTÍCULO 3 – PERSONAS ASEGURABLES**

Podrán ingresar como Asegurados a este seguro, siempre que no sean mayores de sesenta y cinco (65) años al momento de su incorporación, salvo pacto en contrario:

#### **Seguros Colectivos**

- Todos aquellos empleados del Contratante y sus grupos familiares y/o participantes de sistemas agrupados o grupos cubiertos o asegurados individuales que, a la fecha de emisión de esta póliza, se encuentren en servicio activo siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en esta póliza.
- Las personas que en el futuro ingresen como empleados al servicio activo del Contratante serán asegurables a partir de la cero (0) hora del día primero del mes siguiente a la fecha en que cumplan dos meses, sin interrupción, como integrantes del grupo regido por el Contratante siempre y cuando sea aceptada su incorporación por la Compañía.
- Las incorporaciones de participantes de sistemas agrupados que hayan presentado su solicitud y el Anexo Declaración Individual de Salud y hayan sido aceptados por la Compañía.

#### **Seguros Individuales**

A asegurables individuales y sus grupos familiares (Adicionales o dependientes) serán asegurados a partir de la fecha en que la Compañía apruebe la Solicitud Individual del seguro y el Anexo: Declaración Individual de Salud, que deberán completar y entregar previamente.

#### **Seguros Colectivos e individuales**

La Compañía puede solicitar información adicional, exámenes médicos u otros requisitos al solicitante para la evaluación de la solicitud de ingreso. Los costos de dichos exámenes estarán a cargo del solicitante.

En el caso de los nuevos miembros de familia, de un asegurado Titular de una póliza Individual o colectiva por matrimonio o nacimiento, se exigirán las pruebas de asegurabilidad respectivas y si son aceptadas por la Compañía la incorporación se hará en forma retroactiva a la fecha del matrimonio o a la del nacimiento, según corresponda.

Siempre y cuando la Compañía sea notificada dentro de los primeros 30 días de producirse el hecho.

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.

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.

### **ARTÍCULO 4 – AMBITO GEOGRAFICO**

Los tratamientos de Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad otorgados por este SEGURO DE SALUD serán prestadas dentro de la Red de Proveedores, salvo autorización expresa por escrito de la Compañía en la República del Paraguay, u otros países conforme al dictamen de la Junta Medica, a las prestaciones pactadas con el Contratante para los Asegurados, y a los lugares y Países indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

### **ARTICULO 5 – OPCION DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO**

Los Asegurados Adicionales 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 a Asegurado Individual.

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 el nuevo estado civil.

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

  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



Los Asegurados Titulares y/o Adicionales que cumplan sesenta y cinco (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 adicionales mantendrán su condición de tales.

La Compañía podrá, a su exclusivo criterio, aceptar emitir una nueva póliza para los Asegurados Titulares y sus Asegurados Adicionales 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.

### **ARTÍCULO 6 – REQUISITOS Y PLAZOS DE INCORPORACION AL SEGURO**

Todo empleado asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo por escrito utilizando la Solicitud Individual de Seguro y la Declaración de Salud Individual que, para tales efectos, proveerá la Compañía dentro de los plazos que para cada grupo se fijarán. El mismo criterio se aplicará para los casos de sistemas agrupados de asegurados o asegurados individuales.

Transcurrido el plazo fijado en el inciso anterior, los empleados sólo podrán incorporarse a esta póliza durante los periodos que, de común acuerdo, establezca el Contratante o el Tomador de los participantes del sistema agrupado con la Compañía.

El Asegurado Titular notificará por escrito a la Compañía de toda aquella persona que pretenda incorporar como Asegurado Adicional, o dar de baja y que se encuentre incluida como tal en este instrumento, suscribiendo el anexo "Solicitud de incorporación de asegurables y baja de asegurados" del presente contrato.

Asimismo el Contratante deberá suministrar al asegurador cualquier otra información que se requiera.

### **ARTICULO 7 – FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE CADA ASEGURADO INDIVIDUAL**

El seguro de cada asegurable que hubiera solicitado su incorporación, y esta haya sido aprobada por la Compañía tendrá vigencia desde el día primero del mes siguiente al de su incorporación; salvo en los casos en que la incorporación haya sido suscrita un día primero, en cuyo caso el mes de vigencia se cuenta a partir de dicho día. En los casos en que la incorporación se produzca un día que no sea el primero del mes, el Asegurado tendrá cobertura hasta el último día del mes siguiente y de ahí en más su cobertura se renovará de la manera expuesta en el párrafo precedente. Es aplicable para el caso de declaraciones mensuales de ingreso y egreso de la cobertura.

### **ARTÍCULO 8 – CERTIFICADOS INDIVIDUALES**

La Compañía 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.

### **ARTICULO 9 – CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS TITULARES Y PORCENTAJE MINIMO DE ADHESION**

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en todas las condiciones pactadas, que tanto la cantidad de Asegurados Titulares como el porcentaje de los mismos con relación a los que se hallen en condiciones de ser incorporados al seguro alcancen, por lo menos, los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir los beneficios asegurados y/o modificar la tarifa de primas aplicada. La Compañía notificará su decisión al Contratante o a los integrantes del sistema agrupado con una anticipación mínima de treinta (30) días.

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico



Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 – 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**ARTICULO 10 – ALCANCE DE LA COBERTURA – COBERTURAS PACTADAS**

Queda expresamente aclarado que el Asegurador sólo ampara los gastos médicos indicados en la sección "Riesgos Cubiertos" detallados en las condiciones particulares de esta póliza de acuerdo a todas las limitaciones y exclusiones de este contrato que hayan sido incurridos dentro de la Red de Proveedores autorizada por la Compañía.

- a) La Compañía se compromete a pagar los gastos médicos incurridos por un Asegurado y cubiertos bajo todas las especificaciones de este contrato que hayan sido suministrados por los prestadores médicos elegidos libremente dentro de la red de Prestadores admitida por un evento cubierto durante la vigencia de esta cobertura, por procedimientos y servicios médicos que sean médicamente necesarios para el tratamiento de uno de los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
- b) En este contrato no se pagaran gastos médicos si los mismos no han sido suministrados dentro de la Red de Proveedores Médicos autorizada por la Compañía, y hayan sido previamente autorizados por la Compañía.
- c) Sin embargo podrán aceptarse gastos médicos cubiertos incurridos por un asegurado fuera de la Red de Prestadores de la Compañía cuando hubieran sido inevitables por circunstancias de fuerza mayor derivadas de una urgencia o cuando haya mediado autorización escrita por parte de la Compañía. En casos de Urgencia que hayan sido comunicados a la Compañía por el asegurado u otra persona en su nombre dentro de las 24 horas de producido el evento y hayan sido debidamente comprobados, la Compañía pagara directamente a los prestadores que brinden los servicios médicos, como consecuencia de haber recibido atención medica por un procedimiento cubierto bajo todas las cláusulas y especificaciones, condiciones y exclusiones de la póliza.
- d) La Compañía pagara los gastos usuales y acostumbrados incurridos por el tratamiento de un "Riesgo Cubierto" hasta los límites indicados como topes de beneficio para cada procedimiento, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares.
- e) La Compañía no asume responsabilidad alguna tanto frente a Asegurados como a terceros por la calidad y/o el resultado de la prestación de cualquier servicio o tratamiento medico que genere los gastos cubiertos por este seguro.

**ARTÍCULO 11 – EVENTO AMPARADO**

En caso de reclamo por alguna de las enfermedades cubiertas, se considera como un mismo evento todas las complicaciones y/o atenciones ocasionadas por el padecimiento inicial que se presentan posteriores a la fecha de iniciado el tratamiento del mismo, siempre que la cobertura se encuentre vigente, y hasta el final de la vigencia de esta póliza.

Se considerara que un evento ha terminado en la primera en ocurrir entre las dos fechas siguientes:

- 1. La fecha de terminación de la cobertura de seguro evidenciada por esta póliza.
- 2. La fecha en que se cumplan los días de cobertura establecidos en esta cobertura para el tratamiento requerido desde la fecha inicial del tratamiento de la condición o padecimiento que origino el evento.
- 3. Los montos de dinero establecidos como Sublímite para cada prestación o condición cubierta.

**ARTÍCULO 12 – DENUNCIA DE SINIESTROS**

**La denuncia de siniestro se constituye con el formulario destinado a tales efectos, el cual debe ser completado por el Contratante y el asegurado, así como también por lo indicado en el inciso A de este artículo.**

- A. Diagnóstico:** Para que una enfermedad sea considerada Enfermedad Cubierta, se requerirá el diagnóstico positivo hecho por un Médico, más las copias de los exámenes de laboratorio, Rayos X, o cualquier otro reporte o resultado de pruebas en los que fue basado dicho diagnóstico.  
Conjuntamente deberá presentarse HISTORIA CLINICA VIGENTE de la Institución de Asistencia Médica Colectiva o Privada a la que está afiliada la persona asegurada. La misma deberá registrar antecedentes de por lo menos los últimos tres años anteriores a la fecha de diagnóstico, o bien completar dichos antecedentes. En ningún caso se considerará consolidado el siniestro si no se presenta la documentación requerida.
- B.** EL Asegurado deberá comunicar a ASEPASA o a quién éste indique, a través del CONTRATANTE dentro de los diez (10) días de haberlo conocido, el tratamiento o servicio que deberá serle proporcionado, todo de acuerdo al formulario de denuncia de siniestro suministrado por ASEPASA, incluyendo la documentación médica indicada en literal A, así como también la indicación del Hospital o Centro de Trasplantes en el que desea ser internado.

*(Handwritten signature)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente General  
30

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**C. Aviso a ASEPASA en prestaciones programadas:** El ASEGURADO a través del CONTRATANTE tan pronto como sea posible, pero por lo menos con 10 días hábiles de anticipación a la fecha de admisión a un Hospital o Centro de Trasplantes, o a la fecha señalada para efectuar un procedimiento quirúrgico o tratamiento médico, deberá cumplir los requisitos exigidos en los literales A y B del presente artículo e indicar:

- ⇒ El diagnóstico realizado a un ASEGURADO en relación con el ingreso en un Hospital, o Centro de Trasplantes certificado por el médico tratante, incluyendo – de ser posible –, el número estimado de días que permanecerá internado en el Hospital, o Centro de Trasplantes.
- ⇒ La eventual necesidad médica de un Asegurado en relación con tratamientos o servicios cubiertos a efectuarse fuera de un Hospital, o Centro de Trasplantes, certificado por el médico tratante, con una indicación acerca de la naturaleza de los mismos.

**D. Aviso a ASEPASA en caso de urgencia:** En caso de urgencia EL ASEGURADO está obligado a comunicar a ASEPASA o a quien éste designe en forma inmediata, la prestación efectuada, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados, en los que se admitirá la comunicación dentro de las 24 (veinticuatro) horas del primer día hábil siguiente a la resolución del impedimento.

ASEPASA tiene el derecho de solicitar una segunda opinión de un Médico Especialista independiente. En el caso de diferir dicha segunda opinión de la opinión original obtenida del médico que indicó el tratamiento, ASEPASA podrá recurrir a una tercera opinión de un Médico que haya sido elegido de común acuerdo entre el médico que indicó el tratamiento y el médico consultado por ASEPASA, y si no existe acuerdo para su designación, será designado por la Facultad de Medicina, cuya opinión resolverá en forma definitiva la controversia médica. Los Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por una tercera opinión médica, correrán por cuenta de la parte perdidosa.

### **ARTÍCULO 13 – RETICENCIA DEL ASEGURADO O LA CONTRATANTE**

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por EL CONTRATANTE O EL ASEGURADO que de acuerdo con la opinión de peritos hubiera impedido la aceptación del presente contrato o modificado sus condiciones, si ASEPASA se hubiere cerciorado del verdadero estado de la situación, determinará la nulidad del seguro. El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los (3) tres meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia.

En el caso de que cualquier información que EL ASEGURADO, CONTRATANTE O TOMADOR hubiera suministrado fuera falsa, incompleta, engañosa, o errónea, ASEPASA se reserva el derecho de reclamar al ASEGURADO cualquier cantidad que hubiera pagado basada en todo o en parte en dicha información.-

### **ARTICULO 14 – LIMITES Y DEDUCIBLES**

La Compañía de seguros será responsable del porcentaje establecido de los gastos médicos cubiertos por encima del importe fijado como deducible y hasta el importe que se indica como límite.

Los límites deducibles se aplican por año póliza en relación a las suma de todos los gastos médicos cubiertos incurridos por el asegurado durante el periodo de vigencia de esta póliza.

### **ARTÍCULO 15 – TRASLADOS Y COBERTURAS INTERNACIONALES**

Si el Asegurado, por orden Médica propone y la Junta Médica del Contratante y la Compañía, aprueba un tratamiento médico y/o quirúrgico en el extranjero que requiera hospitalización, el traslado del paciente (pasaje en avión), traslado del Aeropuerto al Centro Asistencial y la estancia en el mismo (Internación hospitalaria completa), quedará íntegramente cubierta por la Compañía conforme a las Condiciones Particulares especificados en la presente póliza. 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.

ASEPASA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**ARTICULO 16 – AUTORIZACIONES – AVISO PREVIO Y USO DE LA RED DE PROVEEDORES**

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:

Cualquiera de los beneficios pagaderos por esta póliza están sujetos a la obligación del Asegurado de:

- a) Dar aviso previo a la Compañía con antelación a la fecha en la que se proporcione el servicio o tratamiento cubierto.
- b) Utilizar los servicios dentro de la Red de Proveedores de la Compañía.
- c) En caso de emergencia medica el asegurado deberá dar aviso a la Compañía dentro de las 72 hs. siguientes al incidente que ocasiono dicha emergencia.

Para obtener la autorización y la información necesaria para utilizar los servicios cubiertos el Asegurado, o cualquier persona en su nombre deberá ponerse en contacto con la Compañía, tan pronto como le sea posible pero al menos con 10 días de anticipación a la fecha de admisión en un hospital o centro de trasplantes.

El Asegurado deberá notificar al Asegurador dentro las setenta y dos (72 Hs) horas de ocurrido cualquier accidente que sufriera y dentro de diez (10) días los demás hechos generadores de beneficios.

El Asegurado deberá certificar esta notificación.

La falta de notificación en los plazos previstos extinguirá el derecho del 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.

**A.** La Compañía aceptara hacerse cargo de los Gastos Médicos Cubiertos en que incurra un asegurado luego de que se acredite que:

- ⇒ el ASEGURADO debe incurrir en Gastos Médicos en relación con o como consecuencia de alguna de las enfermedades, condiciones y tratamientos cubiertos bajo las disposiciones y límites establecidos en este contrato;
- ⇒ Que tales gastos serán incurridos durante el período de vigencia del contrato, pero fuera del período de espera, si lo hubiere;
- ⇒ Que la cobertura no estuviere cesada conforme a lo indicado en las Condiciones Generales o Generales comunes, según correspondiere;
- ⇒ Que la internación será efectuada en alguno de los establecimientos médicos de la Red de Prestadores que figuran en las Condiciones Particulares de esta Póliza;
- ⇒ Que se han dado los correspondientes avisos de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales o Generales Comunes de esta Póliza;
- ⇒ Que el ASEGURADO O EL CONTRATANTE en su caso, se hizo cargo del deducible y/o el co-pago señalado en las Condiciones Particulares, si los hubiere;

**B.** Aceptada por ASEPASA la cobertura, éste o quién éste designe, gestionará la aceptación e internación del ASEGURADO en el establecimiento elegido por éste.

**C.** De tal manera, los proveedores de los servicios médicos al ASEGURADO facturarán a ASEPASA o a quién éste indique, quién efectuará directamente el pago, permaneciendo el ASEGURADO responsable por el deducible y por todo gasto que no sea un Gasto Médico Cubierto.

**ARTICULO 17 - GASTOS INCURRIDOS POR QUIEN CESA DE SER ASEGURADO DE ESTA POLIZA.**

Queda expresamente convenido que no se cubrirán Gastos Médicos correspondientes a servicios prestados a una persona que estuvo cubierta por esta Póliza:

- después de que deje de ser ASEGURADO, cualquiera fuera la causa.
- durante el cese de cobertura o suspensión de la misma por falta de pago

*(Handwritten signature)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



La falta de cobertura se producirá aún cuando la enfermedad o condición de la que se deriva la necesidad médica del gasto haya sido determinada con anterioridad al vencimiento y durante la vigencia del contrato.

**ARTÍCULO 18 - GASTOS REALIZADOS FUERA DEL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTE CONTRATO:**

Queda expresamente convenido que no se cubrirán Gastos Médicos correspondientes a prestaciones de servicios proporcionados antes o después del período de vigencia de la Cobertura de este Contrato o durante la suspensión de la cobertura. Como excepción, quedaran cubiertos aquellos gastos quirúrgicos y/o tratamientos a incurrirse o realizarse con posterioridad al vencimiento de la vigencia o expiración anticipada de este contrato, siempre y cuando concurren simultáneamente las siguientes condiciones:

- a) que la no renovación o la rescisión del contrato sea por voluntad de ASEPASA, y no del CONTRATANTE o del ASEGURADO;
- b) que la enfermedad o condición de la que se deriva la necesidad médica del gasto haya sido aceptado por Asepasa con anterioridad al vencimiento y durante la vigencia del contrato.
- c) que la intervención quirúrgica y/o tratamiento haya sido denunciado y aceptado por ASEPASA durante la vigencia del contrato y que por razones de agenda de los Proveedores médicos elegidos dentro de la red no haya sido posible de realizar durante la vigencia. pero se hubiese programado y realizado dentro de los 30 días posteriores a la rescisión. Bajo ningún concepto será cubierto un tratamiento, gasto medico o intervención quirúrgica luego de los treinta días posteriores a la fecha de la rescisión o no renovación.

**ARTICULO 19 - GASTOS REALIZADOS FUERA DE LA RED**

Bajo la presente póliza sólo se reconocerán gastos médicos incurridos en prestadores médicos integrantes de la Red de Prestadores admitidos.

Sin embargo, podrán aceptarse gastos médicos incurridos en los Estados Unidos de América pero fuera de la Red de Prestadores cuando hubieran sido inevitables por circunstancias de fuerza mayor derivadas de una urgencia o cuando haya mediado autorización por parte de ASEPASA, y siempre sujeto a las limitaciones y condiciones de este contrato.

En tales casos el Asegurado o cualquier persona en su nombre deben dar aviso a la Compañía en un plazo de 72 hs. Inmediatas y Posteriores a su ingreso al hospital o prestador del servicio.

En tales casos, cuando la facturación no haya sido presentada por el prestador o proveedor de los servicios médicos directamente a ASEPASA, los gastos cubiertos bajo este contrato deberán ser presentados por EL ASEGURADO a ASEPASA dentro de los 120 días siguientes a la fecha en la que el gasto fue incurrido. Una vez que haya expirado dicho plazo, terminará su derecho a recibir los beneficios pagaderos bajo el Contrato, en relación con cada reclamo determinado.

Los reclamos deberán formularse por escrito, adjuntando la documentación indicada en el artículo 12 incisos A y B y los Comprobantes de Gastos. En el caso que después de haberse revisado el reclamo, ASEPASA considerare necesario solicitar cualquier información adicional del ASEGURADO, DEL CONTRATANTE o de cualquier otra persona o

entidad involucrada en dicho reclamo, el trámite de liquidación se considerará en suspenso hasta la fecha en la que ASEPASA haya recibido la requerida información adicional. Cualquier solicitud de información adicional estará igualmente sujeta a un período separado de limitación de dos meses durante el cual la información adicional solicitada deberá ser suministrada.

Si el ASEGURADO no presentare los requeridos Comprobantes de Gastos dentro del término estipulado, su reclamo no se invalidará, siempre y cuando se demuestre que al ASEGURADO no le fue razonablemente posible enviar dichos Comprobantes de Gastos dentro del plazo requerido.

ASEPASA se reserva el derecho de solicitar de cualquier Compañía de Seguros, Empresa de Medicina Pre-paga, Mutualista, Obra Social, Empleador, Hospital, Médico, Entidad o Persona, la información que considere necesaria para procesar y liquidar un reclamo.

Todo reclamo, indemnización o reintegro deberá ser presentado en facturas originales del proveedor que prestó los servicios, con el detalle del gasto médico de que se trata.

*(Handwritten signature)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



Una vez que ASEPASA acepta que corresponde realizar el pago, el mismo se realizará dentro de los quince (15) días hábiles posteriores al momento en que el ASEGURADO haya completado la entrega de los Comprobantes de gastos que fueren necesarios.

**ARTICULO 20 - DE LA JUNTA MÉDICA**

Todos los casos deberán ser comunicados, inmediatamente, por escrito (Certificado del Médico Tratante), a la Compañía, y los mismos, serán estudiados por una Junta Médica, compuesta por 3 (tres) Profesionales Médicos del Contratante y la Compañía. La Junta Médica deberá evaluar todos los casos y determinará el procedimiento a seguir.

**ARTICULO 21 - DE LA ANTIGUEDAD REQUERIDA**

La antigüedad necesaria para la utilización de la presente Cobertura de "Salud para Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad Médica", esta dada de acuerdo a las detalladas en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

**ARTÍCULO 22 - PREEXISTENCIAS - CARENCIAS Y LÍMITES DE EDAD**

Una vez aceptado el Asegurado para esta Cobertura deberá transcurrir un período no menor de 90 días a partir de la fecha de inicio de Vigencia indicada en el Certificado Individual, para que los Gastos Médicos incurridos sean considerados Gastos Médicos cubiertos. No obstante, no tendrán un período de espera los servicios requeridos como resultado de un Accidente.

Se establece el siguiente régimen para las preexistencias:

- 1.- No se cubrirán en esta póliza las enfermedades o condiciones preexistentes (cualesquiera su naturaleza) que afecten a los Asegurados y que hayan sido detectadas antes o a su ingreso como Socios/Afiliados del Contratante o como Asegurados bajo esta póliza.
- 2.- Cuando la enfermedad o condición preexistente haya aparecido con posterioridad a su ingreso como Socio/Afiliado del Contratante, pero antes de su ingreso como Asegurado de esta póliza, dicha condición será cubierta luego de un período de espera o carencia de dos años a contar desde el ingreso a la presente póliza siempre que:
  - sea comunicada a ASEPASA en la solicitud de ingreso a la presente cobertura.
  - dicha condición no sea excluida de la cobertura mediante comunicación escrita, en cuyo caso, ASEPASA no será responsable por ningún gasto incurrido en relación con la condición ó enfermedad, ni por los gastos ocasionados como consecuencia de patologías derivadas de dicha condición o enfermedad.
- 3.- Cuando se trate de un traspaso de cartera o de una póliza grupal cubierta por otra compañía de seguros, las enfermedades preexistentes podrán ser cubiertas, si se observan como mínimo las siguientes condiciones.
  - Una cobertura no inferior a dos (2) años continuos en la Compañía Aseguradora de la cual proviene el traspaso.
  - La condición o enfermedad Haya sido declarada en la solicitud de ingreso y haya sido aceptada por ASEPASA.
  - El pago de una prima adicional a ser definida por el ASEGURADOR.

**ARTÍCULO 23 - REQUISITOS DE INGRESO:**

- 1.- La admisión de un solicitante hasta cumplidos los 60 años de edad, se hará previa declaración jurada de salud, que se cumplirá en los formularios que ASEPASA utilice a tales efectos.
- 2.- La admisión de un Solicitante a partir de los 61 años y hasta los 65 años de edad como asegurado de esta Póliza se hará previa declaración jurada de salud y examen médico.

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



**3.-** Los gastos incurridos por estos exámenes serán de total cargo del solicitante. En su caso, podrán establecerse para el asegurado períodos especiales de carencia. Luego de los 65 años, no se admitirá el ingreso de Asegurados a esta Póliza

**4.-** La admisión de un afiliado del Contratante que haya residido fuera del país durante los últimos dos años, se hará previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad que haya establecido ASEPASA, luego de analizar la Declaración Jurada de Salud que debe ser presentada con la firma del médico de cabecera.

ASEPASA podrá solicitar en los casos en que no hay antecedentes un examen médico al solicitante.

**5.-** Edad máxima de permanencia: Luego de ingresado a la Póliza, el Asegurado no tendrá edad máxima de permanencia en esta póliza.

Se entiende por carencia el tiempo durante el cual cada asegurado esta privado de recibir cobertura. La carencia mínima se fija en 90 (noventa) días, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de este contrato o de la incorporación de los Asegurados, lo que sea posterior.

Para la nomina del plan cubierto al inicio de la cobertura de Seguros, se respetará el período de carencia por correr establecido por la Contratante.

Para los nuevos miembros del plan se aplicará el período de carencia definido correspondiente y los que sean pactados en cada caso con la empresa de medicina Prepaga y/o el Contratante.

La Compañía no estará obligada a reembolsar los gastos médicos que se ha obligado a pagar en virtud del presente contrato, en el evento que los asegurados al momento de suscribir o incorporarse a la Prepaga, y durante el periodo de carencia pactado, contados desde la fecha de vigencia inicial o de su incorporación a la Prepaga, según corresponda, tengan o hayan tenido alguna patología que requiere alguno de los tratamientos cubiertos, o que estén sometidos a un proceso de estudio de diagnóstico de enfermedades que posteriormente requiera efectuarse alguna intervención cubierta.

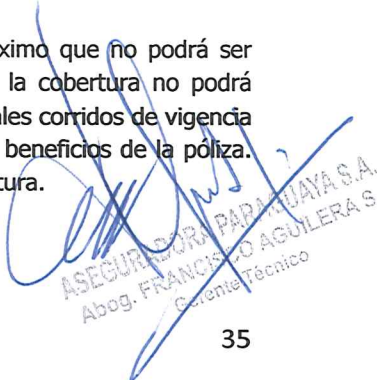
Por consiguiente, cualesquiera de las enfermedades que un asegurado tenga o haya tenido antes o se encuentre en proceso de estudio de diagnóstico al momento de suscribir o incorporarse a este seguro, o durante los primeros 90 días contados desde la vigencia inicial del seguro, y que posteriormente requiera efectuarse alguna intervención, se considerará para todos los efectos como una enfermedad vigente, no curada ni sanada, quedando en tales casos automáticamente sin efecto este seguro respecto de dicho asegurado, sin dar derecho a indemnización o reembolso alguno. En tal caso el contratante tendrá derecho a que se le devuelvan sin intereses las primas pagadas por este seguro respecto de ese asegurado.

Para los efectos de la aplicación de los incisos anteriores no podrá esgrimirse el hecho de que el asegurado, o su representante, no hayan tomado un cabal conocimiento de las enfermedades que tenga o haya tenido. En estos casos, se aplicarán derechamente dichos incisos, pues prevalecerá el hecho cierto de la existencia de la enfermedad, por sobre el conocimiento que de ella tenga o hubiere tenido el asegurado, aún cuando este último haya obrado de buena fe.

### **ARTICULO 24 - TOPE DE BENEFICIOS**

La cobertura que se otorga se acompaña con topes de beneficio de acuerdo a lo que figura en las Condiciones Particulares.

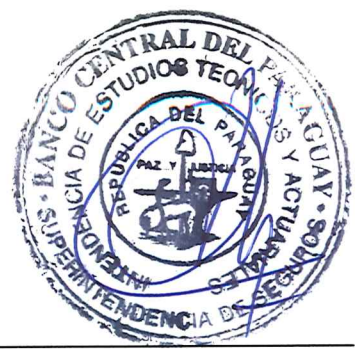
Existe un tope de beneficio para cada una de las prestaciones cubiertas y un Beneficio Máximo que no podrá ser superado por la suma de las prestaciones en que deba incurrir el asegurado., por el cual la cobertura no podrá exceder el máximo tope de los topes de beneficio son por asegurado y por doce ciclos mensuales corridos de vigencia de la póliza contados a partir del momento en que cada asegurado comienza a gozar de los beneficios de la póliza. Siendo los mismos por año póliza, no acumulables de un año a otro ante el no uso de la cobertura.

  
ASEPASA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



### **ARTICULO 25 – AUDITORIA**

Los Asegurados facultan a la Compañía para que, en caso de cualquier siniestro requiera información sobre el tratamiento recibido, autorizando a profesionales médicos intervinientes para que la entreguen a la Compañía, la que se compromete a mantener toda información recibida en absoluta reserva.

Queda expresamente convenido que ASEPASA o quien éste designe, tendrá derecho a efectuar auditorias médicas y contables tanto en relación a los gastos médicos cubiertos y a los reclamos que de ellos se derivaren cuanto a las nóminas presentadas y a la condición de los ASEGURADOS. A tales efectos, EL CONTRATANTE deberá autorizar a ASEPASA a realizar auditorias médicas y permitirá hacerlo tanto en relación a los ASEGURADOS cuanto en relación a los documentos médicos que a ellos se refieren, tales como historias clínicas, análisis y otros documentos, transfiriendo al auditor médico de ASEPASA la información afectada por el secreto profesional.

ASEPASA implementará un programa de auditoria contable y médica (antes, durante y después del acto médico en cuestión) en hospitales y otros servicios o establecimientos médicos, y en las historias clínicas de aquellos pacientes cubiertos en cualquiera de los módulos. A estos efectos la solicitud de incorporación como Asegurado de esta póliza implica la autorización del Asegurado a ASEPASA y al CONTRATANTE para la revisión de la historia clínica de esa persona.-

Asimismo será de responsabilidad del Contratante obtener del asegurado las autorizaciones correspondientes para los auditores médicos designados por ASEPASA a los efectos de adquirir los documentos médicos necesarios de la Institución de Asistencia Médica de Salud a la cual pertenece el asegurado.

### **ARTÍCULO 26 – EXCLUSIONES.**

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

Todo procedimiento medico o quirúrgico, inclusive consulta medica, ya sea ambulatoria o en internación, realizado para diagnosticar o tratar enfermedades y/o sus secuelas que tengan origen en:

1. Gastos médicos originados por enfermedad o condiciones no cubiertas bajo este contrato.
2. Procedimientos o tratamientos que no sean Médicamente Necesarios, tal como se define en esta póliza
3. Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
4. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual y/o enfermedades transmitidas sexualmente.
5. La participación del Asegurado en hechos de guerra, civil o internacional, rebelión, sedición o motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga y lock-out.
6. Actos, calificados como delito por ley, en los que el Asegurado tomó participación activa en su comisión.
7. Fenómenos naturales considerados catástrofes, epidemias oficialmente declaradas y accidentes producidos por elementos radioactivos.
8. Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales
9. 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, la Compañía otorgará cobertura – siempre que ello no colisione 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 la Compañía – cuando ella corresponda de acuerdo con las restantes condiciones de este contrato – siempre que ceda a la Compañía

ASEPASA ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.A.  
Gerente Médico

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



los derechos que permitan a ésta, subrogándose en ellos, accionar contra el responsable del accidente y/o la compañía de seguros que le cubrirá riesgos contra terceros a dicho responsable.

10. Alcoholismo y drogadicción, incluyendo sus consecuencias o patologías derivadas del consumo del alcohol o drogas
11. Cualquier tratamiento relacionado con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), VIH positivo o enfermedades relacionadas con el SIDA
12. 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.
13. Interrupción voluntaria del embarazo, Aborto provocado y sus consecuencias
14. Tratamientos de infertilidad o esterilidad femenina o masculina y tratamiento cuyo objetivo sea conseguir la fertilidad o la fertilización o embarazo de la mujer.
15. Cualquier condición o enfermedad congénita o hereditaria, excepto si ha sido estipulado bajo las provisiones de esta póliza.
16. Acciones con fines de embellecimiento, cualquiera sea la técnica o procedimiento que se utilice, incluyendo tratamiento para adelgazar.
17. Por lesiones sufridas en actividades deportivas profesionales.
18. Por lesiones sufridas por navegación aérea, como piloto o navegación submarina de cualquier clase.
19. Por lesiones sufridas por deportes peligrosos tales como la práctica de boxeo, lucha, levantamiento de pesas, paracaidismo, esquí, hockey, carrera de autos, motociclismo, carreras en la nieve y otros deportes de alto riesgo.
20. Por lesiones o enfermedades sufridas por un accidente nuclear.
21. Enfermedad o Trastorno Mental: queda excluido también el cuidado debido a una condición mental sin causa orgánica o trauma y/o crisis emocional., tratamientos psicológicos o psiquiátricos.
22. Otras exclusiones: no se pagarán beneficios por cuidados en los siguientes casos:
23. Cuando el tratamiento sea provisto por una institución del Gobierno, a menos que así se la requiera por ley.
24. Cuando el tratamiento no esté incluido en el plan de cuidado indicado por el facultativo tratante.
25. Toda consulta técnica o procedimiento que no sea de medicina alópata, tales como: medicina naturista, homeopática, acupunturistas, etc., así como tratamientos médicos o quirúrgicos, cualesquiera 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.
26. Aquellos gastos médicos ambulatorios y de internación directamente relacionados con aquellas enfermedades expresamente excluidas de cobertura por las partes.
27. Atención particular de enfermería, sea o no domiciliaria, salvo aquella que se otorgue como complemento del servicio de internación domiciliaria que la Compañía pueda ofrecer.
28. Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento mayor.
29. Tratamiento médico o Intervención quirúrgica requerido como producto de intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros, con su consentimiento.

*(Handwritten signature)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico  
37



Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 – 52

El presente plan consta de 52 páginas.



30. Intervención quirúrgica o tratamiento médico producto de enfermedades preexistentes de acuerdo a las estipulaciones de esta póliza
31. Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta, medicamentos por receta de uso ambulatorio aunque los mismos fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo hospitalizado, y medicamentos por receta que son recetados como parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria.
32. Cualquier tratamiento cuyo costo este amparado por cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos.
33. Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.
34. Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las provisiones de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crió preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración, salvo expresión en contrario en las condiciones particulares de la póliza.
35. Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio.
36. Cuidado pediátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fasciitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles, incluyendo pedicura, zapatos especiales, y soportes de cualquier tipo o forma.
37. Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.
38. Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto.
39. Incurrido por concepto de orthesis, o por la compra o alquiler de todo tipo de arnés, bastones, muletas, sillas de ruedas, camas ortopédicas, trípodes; tutores externos; Elementos de tracción y reducción, taloneras, estribos, lechos; Andadores y sillas para patologías infantiles.
40. Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual. Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula, o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, y otras condiciones de la mandíbula o de la articulación de la mandíbula que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de Músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
41. Cirugía electiva o cosmética o estética con excepción de una cirugía reconstructiva de una cirugía cubierta y efectuada bajo esta póliza ,
42. Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto como se define y estipula en esta póliza.
43. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición indicada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).

*(Handwritten signature)*  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico  
38

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



44. Periodo de carencia: los beneficios de cualquier condición o enfermedad que se diagnostique o tenga tratamiento durante el periodo de carencia no tendrán cobertura de acuerdo a lo estipulado en las condiciones de esta póliza, salvo accidentes.

#### **ARTÍCULO 27 – AGRAVACION DEL RIESGO**

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

- 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.
- Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo autorizado.
- Intervención en otras ascensiones aéreas.
- Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montañas, o práctica de paracaidismo o aladeltismo.
- La dedicación profesional a armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, doma de potros u otros animales, conducción de personal como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos, tareas en fabricas como usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.
- Deberá asimismo comunicar cualquier cambio de residencia o domicilio.

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

#### **ARTÍCULO 28 – PAGO DE LA PRIMA Y PREMIO DEL SEGURO**

El Contratante y/o el Tomador y/o el Asegurado Titular asume la obligación de abonar a la Compañía 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 la Compañía o a cobradores específicamente autorizados por la Compañía o mediante los procedimientos de débito automático, o a través de cualquier otro mecanismo que convengan la Compañía y/o el Contratante y/o Administrador y/o el Asegurado Titular.

**A.-** El premio de la cobertura inicial será el que figura en las Condiciones Particulares por persona y por mes.

**B.-** EL CONTRATANTE informará la nómina con la totalidad de sus Afiliados/Asegurados que se hubieran incorporado a esta cobertura, indicando la condición que revisten. La mencionada nómina formará parte integrante del presente contrato.

**C.-** La nómina podrá ser entregada por EL CONTRATANTE a ASEPASA:

- En listados completos, a máquina o por impresora;
- En soporte magnético.

**D.-** Actualización de la nómina:

- El Contratante deberá actualizar la mencionada nómina mensualmente, indicando las altas y bajas que se han producido. No basta una simple cuantificación de altas y bajas, es indispensable la identificación e individualización de las mismas (Nombre, Apellido, número de afiliado y número de documento). Si las circunstancias lo requieren podrán entregarse nuevas nóminas. Formarán parte de la nómina aquellos asegurados que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y hayan sido aceptados por ASEPASA como tales.
- La actualización podrá realizarse por listados o por medio magnéticos.
- La actualización de las nóminas, deberá realizarse antes del día 25 de cada mes, quedando conformada ese día la nómina que regirá a partir del 1er. día del mes siguiente.
- La falta de presentación de la actualización de la nómina dará derecho a ASEPASA a suspender la cobertura.

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



E.- La falta de pago en término por parte de un ASEGURADO lo hará incurrir en mora de pleno derecho y producirá a su respecto el cese automático de la cobertura sin necesidad de previa interpelación, intimación o notificación alguna, a partir del primer vencimiento impago.

F.- EL CONTRATANTE deberá hacer efectivo el pago del premio en las oficinas de ASEPASA, del 1 al 10 de cada mes siguiente al de cobro. El importe resultante de la multiplicación del costo del módulo contratado por persona y por mes, por la cantidad de personas que se incorporen como ASEGURADOS de esta póliza, será el importe que EL CONTRATANTE deberá abonar a ASEPASA

G.- La falta de pago del premio en término por parte del CONTRATANTE lo hará incurrir en mora de pleno derecho y producirá el cese automático de la cobertura del seguro para todos los asegurados, sin necesidad de previa interpelación, intimación o notificación alguna a partir del primer vencimiento impago.

#### **ARTICULO 29 –DISCONTINUACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS**

La falta de pago de cualquier cuota de prima dentro del plazo establecido producirá la mora automática y consecuentemente la suspensión de la cobertura. Pasados sesenta (60) días desde el comienzo de la mora y de persistir la misma, la Compañía podrá automáticamente rescindir y dejar sin efecto la póliza por el mero vencimiento de dicho plazo.

#### **ARTÍCULO 30 – REHABILITACION**

Si la póliza hubiera sido anulada o rescindida, el Contratante o Tomador podrá obtener su rehabilitación dentro de un plazo de cuatro (4) meses, restituyéndola a sus términos originales, siempre que pague todas las primas vencidas hasta la fecha de rehabilitación, así como también los gastos que se originen.

El Contratante o el asegurado podrá solicitar dentro del año de operado el cese previsto en los incisos F y H del Artículo 28 de estas condiciones, la rehabilitación de la cobertura mediante presentación de nueva prueba de asegurabilidad. ASEPASA podrá conceder o no lo solicitado según la opinión que le merezca el riesgo. No se considerarán en ningún caso gastos incurridos ni patologías aparecidas durante el período en que operó el cese de la cobertura.

Los plazos de carencia, preexistencias y demás se contabilizarán desde su ingreso original al contrato, salvo que la rehabilitación agregue exclusiones o restricciones que no tenía, en cuyo caso se contabilizarán desde la fecha de operada la rehabilitación.

Asimismo de accederse a la rehabilitación, corresponde al Contratante o al asegurado el pago de todas las primas pendientes más intereses.

#### **I) Del Contrato**

- A. Este contrato entrará en vigencia y terminará en las fechas establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si el contrato no hubiera sido objeto de rescisión, caducidad o anulación, salvo comunicación expresa de las partes en contrario, se renovará automáticamente por períodos iguales al inicial.-
- B. Cualquiera de las partes puede rescindir este contrato sin expresión de causa, mediante un aviso a la otra por telegrama colacionado u otro medio auténtico de comunicación.
- C. ASEPASA no tendrá responsabilidad por gastos médicos cubiertos incurridos después de la fecha de finalización de la vigencia del presente contrato - siempre y cuando no hubiere sido renovado -, y aún cuando un ASEGURADO se encontrara bajo tratamiento, salvo lo establecido en el Artículo Nro. 18 de las Condiciones Generales COMUNES de este Contrato.

#### **II) Del Asegurado**

- A. La cobertura para cada asegurado entrará en vigencia a partir de la fecha establecida en su Certificado Individual.
- B. En los casos en que no se emita Certificado Individual (operativa por nómina de asegurados) la vigencia para cada asegurado será el primero del mes siguiente al de la presentación de la nómina en la cual ha sido incluido por el Contratante, luego de cumplidos y aceptados por ASEPASA los requisitos de asegurabilidad, de acuerdo a lo establecido en el ARTICULO 28 de estas mismas condiciones.
- C. En los casos de operativa por nomina de acuerdo a lo especificado en el ítem anterior el Asegurado podrá rescindir su cobertura sin expresión de causa, mediante aviso a ASEPASA a través del Contratante por telegrama colacionado u otro medio auténtico de comunicación, salvo en aquellos casos en los cuales su

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



incorporación a la nómina de asegurados haya sido decidida por el Contratante. La rescisión surtirá efecto a partir del 1º del mes siguiente a la fecha de solicitud de la baja.

- D. ASEPASA no tendrá responsabilidad por gastos médicos cubiertos incurridos después de la fecha de rescisión de la cobertura individual.
- E. En caso de rescisión del Contrato celebrado entre el Contratante y ASEPASA, se considerarán rescindidos todos los certificados individuales a partir de la fecha en que la misma surta efecto. Para aquellos asegurados que se encuentren en tratamiento a la fecha de rescisión del contrato, será de aplicación el artículo 18 incisos a, b y c de las Condiciones Generales Comunes. del Contrato, si corresponde.

### **ARTICULO 31 – OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O TOMADOR Y/O DEL ASEGURADO TITULAR**

Sin perjuicio de las que específicamente se convienen en el presente contrato, el Contratante y/o Tomador y/o el Asegurado Titular asumen las siguientes obligaciones:

- a) Deberá informar a la Compañía sobre todo cambio que se produzca respecto a los datos personales, tanto propios como de los Asegurados adicionales, informados al momento de suscribir el presente contrato, dentro de los treinta (30) días de producida dicha modificación.
- b) Deberá presentarse a la Compañía la documentación original médica y contable historia clínica, exámenes de laboratorio, recibos, facturas, comprobantes avalatorios de la realización del procedimiento médico y/o quirúrgico y/o de la práctica de diagnóstico y/o tratamiento donde figure el nombre del paciente, la fecha y lugar de cada una de las prestaciones, los honorarios profesionales y el diagnóstico y tratamiento en cada caso – para resolver respecto a pedidos de reintegros o beneficios. Dicha presentación deberá realizarse dentro de los treinta (30) días corridos de la fecha en que se origino la prestación.
- c) Como condición para recibir Autorización para Atención, en los casos en que ella resulte necesaria para acceder a las coberturas, deberá presentarse a la Compañía el diagnostico positivo realizado por el medico especialista, la respectiva indicación médica, y los exámenes clínicos que comprueben dicho diagnostico conjuntamente con la historia clínica completa y los exámenes de laboratorio e imágenes que sustenten dicho diagnostico del Asegurado, estén debidamente identificados y abonarse, cuando corresponda, el monto de la prestación no cubierto por su póliza. Dichos formularios serán dispensados por la Compañía o por cada profesional médico.

### **ARTÍCULO 32 – RESPONSABILIDAD**

El Asegurado Titular y los Asegurados Adicionales asumen la total responsabilidad por sus decisiones con respecto a la elección de centros prestacionales y profesionales médicos tratantes y al consentimiento tácito o explícito que otorgan para realización de prácticas médicas.

Queda expresamente convenido que la responsabilidad del Asegurador queda limitada a abonar la suma asegurada siempre que la intervención médica este debidamente autorizada por la Ley correspondiente.

### **ARTICULO 33 – RECLAMOS POR ACTOS U OMISIONES DE PRESTADORES**

El Contratante o Tomador, el Asegurado Titular, los Asegurados Adicionales y/o sus derecho habientes se comprometen a mantener a la Compañía indemne por todos los actos u omisiones de los prestadores que pudieran dar lugar a reclamos.

Si la Compañía indemnizara, por algún acto u omisión de un prestador, al Asegurado Titular y/o a los Asegurados Adicionales, estos subrogarán todos sus derechos contra dicho prestador a favor de la Compañía hasta el monto total de dicha indemnización.

### **ARTICULO 34 – CAUSALES DE RESCISIÓN**

Tanto la Compañía Aseguradora como el Contratante y/o el Asegurado Titular se reservan el derecho de rescindir este seguro, sin expresión de causa en cualquier momento, cuando este derecho sea ejercido por la Compañía Aseguradora dará un preaviso no menor a 15 días Sin embargo, si la no renovación o la rescisión del contrato sea por voluntad de la Compañía Aseguradora, y no del Contratante o del Asegurado se aplicara lo establecido en el Artículo 18 de estas condiciones.

Si la rescisión es por voluntad del Asegurado surtirá efecto a partir de la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión. Al rescindirse la cobertura del Asegurado Titular automáticamente también se rescinde la de los Asegurados Adicionales.

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Secretaría Técnico

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 – 52

El presente plan consta de 52 páginas.



Además, este seguro quedará rescindido y sin valor alguno, sin perjuicio del Artículo 28, en los siguientes casos:

1. Por renuncia del Asegurado Titular a continuar asegurado.
2. Cuando los Asegurados Adicionales pierdan su condición de tal, según define el Artículo 2 en Definiciones
3. Por cesantía o retiro voluntario del empleo, en los casos que el Asegurado Titular integre una póliza contratada a través de su empleador o Tomador.
4. Por haber dejado de integrar el sistema agrupado.
5. Por culpa o dolo del Asegurado.
6. Por rescisión del contrato por parte del Tomador o Contratante en cuyo caso se consideran rescindidos todos los certificados individuales a partir del 1 del mes siguiente a la fecha en que se comunico la voluntad de rescindir.
7. Por cambios de país de residencia cualquiera fuera la causa de dicho cambio, salvo aprobación por escrito de la Compañía Aseguradora.
8. Por cualquier causa que constituya un agravamiento del riesgo si la misma no es aceptada por escrito por la Compañía.

#### **ARTÍCULO 35 – MODIFICACIONES DE COBERTURA**

Los beneficios cubiertos por este contrato, los toques de beneficios especificados en las Condiciones Particulares y las primas correspondientes, podrán ser modificados por la Compañía en función del incremento del costo de los servicios cubiertos por esta póliza.

La Compañía informará al Contratante, Administrador del sistema agrupado o al Asegurado Titular las nuevas condiciones con una anticipación no menor de treinta (30) días a la fecha que las mismas comiencen a regir.

#### **ARTÍCULO 36 - COBERTURA MEDIDA DE LA PRESTACION**

Las coberturas ofrecidas en la presente póliza son anuales. No se aceptarán transferencias de derechos de una persona a otra. Así mismo no podrán transferirse los derechos de coberturas no utilizadas de un año a otro.

Se limita hasta la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, la cobertura de cada uno de los tratamientos, trasplantes o prestaciones cubiertas por la presente póliza, para la cual la junta o equipo de médicos fiscalizadores determinará la prestación médica correspondiente y la eventual cobertura hasta el límite de la suma asegurada.

El Asegurador se obliga a resarcir, conforme al presente contrato, el daño o la prestación justificada por el Asegurado y en el que haya mediado la autorización correspondiente, sin incluir el lucro cesante, ni la Responsabilidad Civil o Penal Profesional o Institucional que pudiera resultar de la referida intervención o relación médico – paciente.

#### **ARTÍCULO 37 – ARBITRAJE**

Si entre el Asegurado Titular y la Compañía surgiere alguna controversia en cuanto a la interpretación de los términos y condiciones de este póliza, así como en evaluación o liquidación de cualquier indemnización dicha controversia se deberá someter a un tribunal profesional, compuesto de dos miembros elegidos uno por cada parte, que a su vez elegirán un tercero, los cuales deberán producir dictamen dentro de un período no mayor de sesenta (60) días contados a partir del momento de la aceptación de formar parte del Tribunal, cuyos informes sobre el caso y sus conclusiones serán inapelables.

#### **ARTICULO 38 – DUPLICADOS DE POLIZA O DE CERTIFICADO**

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier certificado individual, el Contratante, Administrador o Asegurado Titular respectivamente, podrán obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyen en el duplicado serán los únicos validos.

#### **ARTICULO 39 – IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES**

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción creadas o a crearse en el futuro o los aumentos de los ya existentes, estarán a cargo del Contratante, Administrador o Asegurado Titular, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.A.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



### **ARTÍCULO 40 - ELEGIBILIDAD**

La elegibilidad para obtener una cobertura bajo este Contrato se inicia en la fecha en la que el "Asegurado o Afiliado" del CONTRATANTE y/o sus Dependientes Elegibles (si los hubiera), tal como está definido éste término por EL CONTRATANTE en relación a sus asegurados o afiliados, es aceptado por LA COMPAÑIA como ASEGURADO de esta póliza. Sin embargo, ninguna persona podrá convertirse en ASEGURADO de esta póliza, o continuar siendo un ASEGURADO, si dicha persona:

1. Deja de pertenecer como asegurado o afiliado de El CONTRATANTE,
2. no cumple el requerimiento de residencia en la República del Paraguay , al menos nueve (9) meses en cada Año Póliza, o
3. no está nombrado como ASEGURADO en la Nómina de afiliados que EL CONTRATANTE remite a COMPAÑIA, o
4. reside físicamente en los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico), por más de tres (3) meses en cada Año Póliza, o
5. trabaja en forma temporal o permanente en Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico), o
6. Deja de pagar las primas correspondientes a la presente cobertura, conforme a lo establecido en las Condiciones Generales o las Generales Comunes según corresponda.

  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO ANJULERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



### **POLIZA DE SALUD**

### **CONDICIONES GENERALES**

### **LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES**

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

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

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.

#### **PROVOCACION DEL SINIESTRO**

**CLAUSULA 2** - El Asegurador queda liberado si el Asegurado y/o Beneficiario provoca, por acción u omisión, el siniestro, dolosamente o con culpa grave. Quedan excluidos los actos realizados para prevenir el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (*Art. 1609 C. Civil*).

#### **PLURALIDAD DE SEGUROS**

**CLAUSULA 3** - Quien asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, notificará dentro de los (10) diez días hábiles a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de nulidad, salvo pacto en contrario.

Salvo estipulaciones especiales en el contrato o entre los Aseguradores, en caso de siniestro el Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.

El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido. Si se celebró el seguro plural con la intención de un enriquecimiento indebido, serán anulables los contratos celebrados con esa intención, sin perjuicio del derecho de los Aseguradores a percibir la prima devengada en el periodo durante el cual no conocieron esa intención, si la ignoraban al tiempo de la celebración del contrato (*Art. 1606 y Art. 1607 C. Civil*).

#### **RETICENCIA O FALSA DECLARACION**

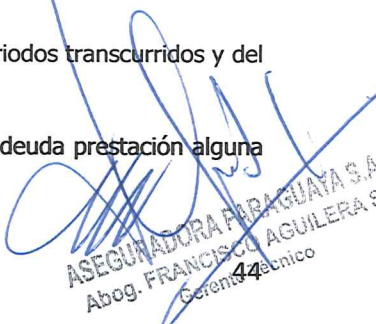
**CLAUSULA 4** - Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace anulable el contrato.

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

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

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

  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



### **RESCISION UNILATERAL**

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

Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, 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 Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (*Art. 1562 C. Civil*).

### **AGRAVACION DEL RIESGO**

**CLAUSULA 6** - El Tomador está obligado a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (*Art. 1580 C. Civil*).

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. Civil*).

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. Civil*).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador, o si éste debió permitirlo o provocarlo por razones ajenas a su voluntad, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir el contrato dentro del plazo de (1) un mes, y con preaviso de (7) siete días. Se aplicará el Artículo 1582 de 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 hacerse la denuncia (*Art.1583 C. Civil*).

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. Civil*).

### **PAGO DE LA PRIMA**

**CLAUSULA 7** - 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. Civil*).

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

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

  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AQUILERA S.  
Gerente Técnico



## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



### **FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE**

**CLAUSULA 8** - El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, solo esta facultado para recibir propuestas, entregar instrumentos emitidos por el Asegurador referentes a contratos o sus prorrogas y aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo del Asegurador.

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

### **CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS**

**CLAUSULA 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 incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Artículo 1579 del Código Civil.

### **VERIFICACION DEL SINIESTRO**

**CLAUSULA 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; es únicamente un elemento de juicio para que éste pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

El Asegurado está obligado a justificar por medio de sus títulos, libros y facturas o por cualquiera de otros medios permitidos por leyes procesales, la existencia y el valor de las cosas aseguradas en el momento del siniestro, así como la importancia del daño sufrido; pues la suma asegurada solo indica el máximo de la responsabilidad contraída por el Asegurador y en ningún caso puede considerarse como prueba de la existencia y del valor de las cosas aseguradas. Además debe presentar historia clínica y toda información médica que compruebe el gasto incurrido y permita al Asegurador evaluar la indemnización o reembolso correspondiente de la mejor manera posible.

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

### **GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR**

**CLAUSULA 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 C. Civil).

### **REPRESENTACION DEL ASEGURADO**

**CLAUSULA 12** - El Asegurado podrá hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño y serán por su cuenta los gastos de esa representación (Art. 1613 C. Civil).

### **ANTICIPO**

**CLAUSULA 13** - Cuando el asegurador estimó el daño y reconoció el derecho del Asegurado, 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.

Cuando la demora obedezca a omisión del Asegurado, el término se suspende hasta que éste cumpla las cargas impuestas por la ley o el contrato (Art. 1593 C. Civil).

  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico  
46

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



### **SUBROGACION**

**CLAUSULA 14** - Los derechos que correspondan al Asegurado contra un tercero, en razón del siniestro, se transfieren al Asegurador hasta el monto de la indemnización abonada. El Asegurado es responsable de todo acto que perjudique este derecho del Asegurador.

El Asegurador no puede valerse de la subrogación en perjuicio del Asegurado (*Art.1616 C. Civil.*)

### **VENCIMIENTO DE LA OBLIGACION DEL ASEGURADOR**

**CLAUSULA 15** - En los seguros de personas el pago se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro (*Art.1591 C. Civil.*)

### **MORA AUTOMATICA**

**CLAUSULA 16** - 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. Civil.*)

### **PRESCRIPCION**

**CLAUSULA 17** - Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. (*Art.666 C. Civil.*)

### **DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES**

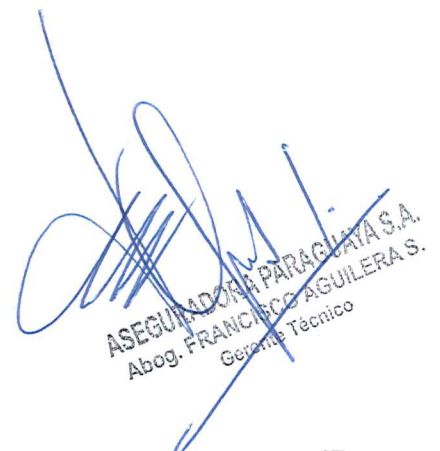
**CLAUSULA 18** - El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en el Código Civil o en el presente contrato, es el último declarado (*Art.1560 C. Civil.*)

### **COMPUTO DE LOS PLAZOS**

**CLAUSULA 19** - Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

### **PRORROGA DE JURISDICCION**

**CLAUSULA 20** - Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza (*Art.1560 C. Civil.*)

  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



## POLIZA DE SALUD

### CONDICIONES ESPECÍFICAS

#### Para las Modalidades:

- GLOBAL (Mundial).
- LATINO (Paraguay, Uruguay, Argentina, Brasil y Chile solamente).
  
- CORPORATIVO.

#### Beneficios:

- Gastos por tratamientos médicos ambulatorios u hospitalarios.  
Beneficio máximo por persona por año: De acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares (A partir de 75 años y hasta 99 años la cobertura se reduce al 75%).
- Deducibles ( Anual, uno por asegurado y 2 deducibles por familia por año póliza): De acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares.
  
- Hospitalización, máximo por año póliza: 240 días  
Se cubrirán los gastos razonables y acostumbrados al 100% después de satisfecho el deducible y hasta el Beneficio Máximo.
- Servicios ambulatorios:  

En instituciones afiliadas:	100%
Por reembolso/reintegro de Red:	100%
Fuera de la Red Médica, salvo autorización:	70%
En el territorio de residencia (fuera de la Red):	85%

#### Condiciones:

Residencia en el país del Asegurado:	Al menos 270 días por año (estudiantes fuera del país, a ser Cubiertos mediante condiciones Especiales con opciones a ser cotizada por Asepasa.
Edad Máxima de Ingreso:	64 años hasta el día anterior a cumplir los 65 años.
Edad Máxima de ingreso a la Cobertura dependientes:	9 días a 21 años solteros y hasta 24 años solteros y estudiantes.

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



Edad máxima de ingreso de dependientes cónyuge:

64 años hasta el día anterior a cumplir los 65 años.

Plazo de Inscripción de Dependiente recién nacido:

30 días de nacido, sin carencia.

Plazo de Inscripción de Dependientes en otras fechas:

90 Días de carencia.

Territorio de cobertura:

De acuerdo a la modalidad contratada especificada en las Condiciones Particulares.

### Requisitos Operativos

Beneficios dentro de la Red Proveedores :

Cubierto al 100%

Beneficios fuera de la Red de Proveedores :

Cubierto 70% (salvo emergencias o excepciones previa aprobación de Asepassa.

Aviso fuera de plazo:

Sujeto a penalidad 20%

### Periodos de espera o Carencia

Enfermedades preexistentes:

No cubiertas (Excepción cuando se trate de traspaso de cartera o póliza grupal cubierta por otra compañía, si se cumplen condiciones).

Enfermedades diagnosticadas durante el periodo de carencia, serán consideradas preexistentes:

No cubiertas.

Apendicitis y/o apendicitis aguda:

Sin carencia.

Enfermedades no especificadas:

90 días.

Enfermedades oncológicas, cáncer, tumores malignos o benignos, hipertensión o hipotensión arterial, operaciones de corazón o vasos sanguíneos, meniscopatía, salvo accidente, artroscopía:

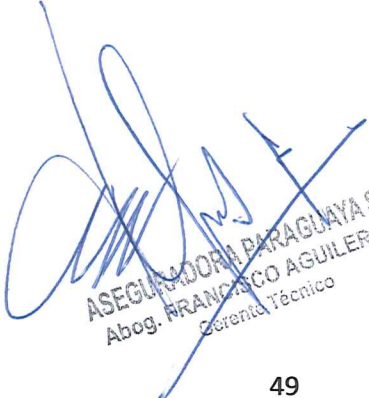
90 días.

Cobertura pre-natal, complicaciones con el embarazo, aborto no provocado o amenazas de Aborto o partos prematuros:

Inicio de embarazo 90 días después del ingreso.

Trasplantes:

1 año.

  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 – 52

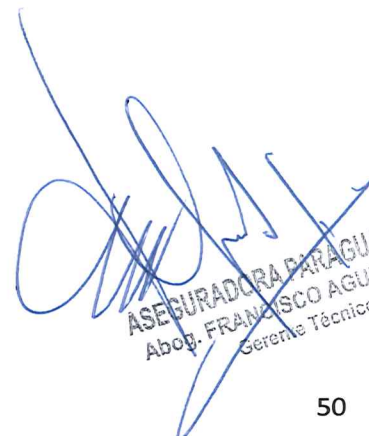
El presente plan consta de 52 páginas.



### Riesgos cubiertos:

#### Patologías y condiciones Cubiertas:

Oncología:	100%
Prótesis (externa no dental y/o auditiva):	Cubierto al 80%
Cirugía:	100%
Segunda opinión médica:	100%
Tercera opinión médica:	50% (Si la 3ra. opinión es solicitada por Asepasa debido a alguna discrepancia con el Asegurado): Sin gasto para el asegurado.
Desórdenes congénitos del recién nacido (diagnosticadas antes de cumplir 1 año de edad con cobertura hasta los 18 años):	U\$. 100.000
SIDA (después de 3 años, por asegurado por vida)	U\$. 30.000
Enfermedad epidémica (por año póliza):	U\$. 30.000
Medicina Preventiva (uno por año, solo en país De residencia – chequeos: Hemograma completo, Orina completo, Función Renal, Ionograma, Funcional Hepático, Electrocardiograma, Placa de Tórax, Mamografías en mujeres mayores a 40 años, PSA en hombres mayores a 45 años):	100%
Enfermedades y/o desórdenes Neurológicos (solo en país de residencia excepto autorización expresa de ASEPASA/Redbridge):	100%
Maternidad ( 9 consultas prenatales y 2 post natales cubiertas):	100%
Habitación:	
• En país de residencia:	100%
• En el exterior:	100%(en USA se cubren los costos de la habitación semi privada)
Ambulancia Aérea (nacional e internacional), por Asegurado por año:	U\$. 25.000
Tratamiento odontológico (debido a accidentes):	U\$. 25.000

  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



### **Cobertura de trasplantes de órganos: Corazón, Corazón y Pulmón combinados, Riñón, Córnea, Hígado, Hueso, Piel, Médula Ósea Autóloga, Médula Ósea Alogénica.**

Gastos médicos: Cubierto U\$. 500.000 por Asegurado por vida.

Servicios médicos, internación en Clínica o Centro de trasplante.

Ablación de órganos (pero no el costo del órgano).  
Evaluación de pacientes ambulatorios.

Cuidados post operatorios.

Servicios prestados durante el proceso de remoción, preservación y transporte de un órgano o tejido que se intenta trasladar.

Cirugía y servicios médicos y hospitalarios relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante vivo.

Medicinas proporcionadas durante una hospitalización, o suministros para usar en la casa.

### **Limitaciones y exclusiones en relación con trasplantes:**

Que no haya sido aprobado previamente por Asepassa, o sea resultado, o esté relacionado con un trasplante cubierto: No cubierto.

Proporcionado por o en relación con una condición preexistente, experimental o de investigación: No cubierto.

Si está disponible un tratamiento alternativo igualmente efectivo: No cubierto.

Proporcionado por o como resultado de un trasplante de un órgano animal, mecánico o artificial: No cubierto.

Por un primer trasplante efectuado antes de la fecha efectiva de la cobertura: No cubierto.

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

## SEGURO DE SALUD

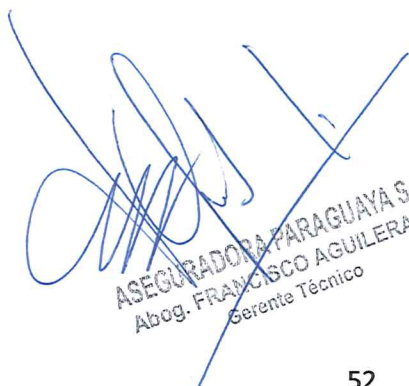
Descripción del Plan	Pag. 1
Propuestas y declaraciones	Pag. 2 - 20
Modelo de Póliza	Pag. 21 - 52

El presente plan consta de 52 páginas.



### Exclusiones o limitaciones, no se cubrirá (estén o no incluidas en aquellas establecidas en las Exclusiones Generales):

- |  |  |
|--|--|
| 1. Enfermedad o condición preexistente:  | No cubierto, excepto provenientes de un traspaso de cartera. |
| 2. Ningún gasto o beneficio si se relaciona, refiere o efectúa por lo siguiente: | No cubierto.   |
- a. Resultante del uso o adicción de drogas, estupefacientes o alcohol.
  - b. Aborto provocado, tratamientos médicos o puerperio.
  - c. Tratamiento de esterilización o fertilización, para procurar o evitar la procreación.  
Implantación de dispositivos intrauterinos o adquisición de anticonceptivos o test de embarazo, hiperprolactinemia o endometriosis.
  - d. Cirugía plástica, incluyendo tratamientos estéticos.
  - e. Tratamientos, servicios o suministros para internación en un hospital o clínica cuando éste pudiera ser ambulatorio.
  - f. Lesiones auto producidas o estando mentalmente insano.
  - g. Tratamientos por obesidad, por alteraciones en el crecimiento.
  - h. Tratamientos psicológicos.
  - i. Servicios o tratamientos en instituciones de cuidados a largo plazo, centros de rehabilitación, etc., que no esté incluido en el tratamiento médico.
  - j. Chequeo médico, examen o prueba de descarte de alguna dolencia o enfermedad (no cubierta).
  - k. Trastornos de desarrollo, crecimiento y disfunción hormonal.
  - l. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena.
  - n. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, fenómenos catastróficos de la naturaleza, etc.
  - o. Tratamiento, servicio, drogas o medicinas y similares no recetados.
  - p. Gastos relacionados con vacuna, antidepresivos, energizantes, y cualquier medicina no relacionada al diagnóstico, así como medicina china, y todo procedimiento no aprobado por la OMS.
  - q. Servicio experimental o investigativo.
  - r. Por tratamiento suministrado por un familiar o sujeto que no sea médico titulado.
  - s. Tratamiento de SIDA y enfermedades relacionadas con el virus HIV positivo antes de los 3 años de vigencia de la póliza.
  - t. Derivados de fusión nuclear o contaminación radioactiva.

  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
Abog. FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico